

Міністерство освіти і науки України
Національний університет «Чернігівський колегіум» імені Т.Г.Шевченка
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПСИХОЛОГІЇ
ТА СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ
Кафедра загальної, вікової та соціальної психології ім. М.А.Скока

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

освітнього ступеня «бакалавр»

на тему

**ПРОЯВ СИМПТОМІВ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ
В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ**

Виконала:

студентка 4-го курсу 41 групи

спец. 053 Психологія

Руденко Анастасія Петрівна

Науковий керівник:

Дяченко Вікторія Анатоліївна

канд. психол. наук, доцент

Захищено з оцінкою _____

Голова ЕК

Чернігів, 2025

Студент(ка) _____

Підпис

П.І.Б.

Науковий керівник _____

Підпис

П.І.Б.

Рецензент _____

Підпис

П.І.Б.

Бакалаврська робота розглянута на засіданні кафедри загальної, вікової та соціальної психології, протокол № _____ від «___» _____ 2025 року. Студент(ка) допускається до захисту даної роботи в екзаменаційній комісії.

Завідувач

кафедри

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ.....	6
1.1 Сутність посттравматичного стресового розладу.....	6
1.2 Специфіка прояву ПТСР у учасників бойових дій.....	9
1.3 Методи діагностики та реабілітації ПТСР.....	14
2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ.....	27
2.1 Організація емпіричного дослідження.....	27
2.2 Аналіз отриманих результатів.....	29
2.3 Рекомендації щодо психологічної допомоги учасників бойових дій.....	36
ВИСНОВКИ.....	41
ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	43

ВСТУП

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є серйозним психічним станом, що виникає внаслідок дії травматичних подій, таких як бойові дії, катастрофи чи насильство. Цей розлад супроводжується різноманітними симптомами, серед яких флешбеки, тривожність, емоційна нестабільність та уникнення ситуацій, що нагадують про травму. ПТСР має глибокий вплив на повсякденне життя постраждалих, часто знижуючи їхню здатність до соціального функціонування та призводячи до погіршення якості життя.

Українське суспільство стикається з наслідками поширення ПТСР серед військовослужбовців-учасників бойових дій, особливо в умовах війни, яка триває вже понад три роки і є найбільш масштабною в Європі з часів Другої світової війни. Цей конфлікт охоплює значні території та впливає на мільйони людей, зокрема на військовослужбовців, які щодня стикаються з ризиком для життя, фізичними травмами та морально-психологічним навантаженням.

Учасники бойових дій, повертаючись до мирного життя, часто стикаються з проблемами адаптації, які супроводжуються серйозним психологічним навантаженням. Відсутність своєчасної підтримки може посилювати ці проблеми, ускладнюючи повернення до нормального життя.

Виявлення специфічних потреб цих людей дозволяє більш ефективно організувати системи допомоги. Необхідно забезпечити як індивідуальну психологічну підтримку, так і створення програм реабілітації на державному рівні, що відповідають сучасним викликам і масштабам проблеми.

Актуальність теми пояснюється нагальною потребою в соціальній та психологічній допомозі цій категорії людей, а також необхідністю вдосконалення методів діагностики та реабілітації ПТСР. Ця проблема вимагає не лише теоретичного аналізу, але й розробки практичних рекомендацій для професіоналів у сфері психологічного здоров'я.

Об'єкт дослідження: посттравматичний стресовий розлад як психологічний феномен.

Предмет дослідження: особливості прояву посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій.

Мета дослідження: дослідити прояви та специфіку посттравматичного стресу в учасників бойових дій та обґрунтувати методи діагностики і психологічної підтримки.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичний огляд специфіки прояву ПТСР у учасників бойових дій.
2. Провести емпіричне дослідження рівня прояву симптомів ПТСР у вибраній групі респондентів.
3. Розробити рекомендації щодо психологічної підтримки учасників бойових дій

Теоретико-методологічна основа дослідження: Теоретичну основу дослідження становлять когнітивно-біхевіоральна модель ПТСР, запропонована Аароном Беком та розвинена Джудіт Герман, а також біопсихосоціальна концепція стресу Ганса Сельє та концепція травматичного досвіду Бессела ван дер Колка. Методологія дослідження ґрунтується на використанні валідизованих психодіагностичних інструментів — опитувальника для оцінки симптомів ПТСР PCL-5 (автори: Блевинс, К. А., Узерс, Ф. У., Дзвіс, М. Т., Витте, Т. К., и Домино, Дж. Л., 2015) та шкали впливу події IES-R (автори: Вайс, Д. С., и Мармар, К. Р., 1997), які дозволяють всебічно оцінити інтенсивність та особливості проявів ПТСР у вибраній вибірці респондентів. Застосування зазначених методик забезпечує наукову обґрунтованість отриманих результатів та їхню відповідність сучасним стандартам психологічного дослідження.

Методи дослідження:

- Теоретичні: аналіз наукової та методичної літератури, порівняльний аналіз.
- Емпіричні: анкетування (PCL-5, IES-R).

Структура роботи: робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел та двох додатків. У першому розділі розглядаються теоретичні основи ПТСР, історія вивчення розладу та специфіка прояву у військових. У другому розділі описано методику дослідження, вибір інструментів, характеристику вибірки, процедуру збору даних, подано результати емпіричного дослідження та проведено статистичний аналіз. Висновки містять узагальнення отриманих даних та практичні рекомендації для психологічних служб. Додатки включають анкетні форми та зведені таблиці результатів.

1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ

1.1 Сутність посттравматичного стресового розладу

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) — це психічний розлад, що виникає у відповідь на пережиту травматичну подію або серію подій, які мали загрозливий, катастрофічний характер і викликали інтенсивний страх, жах або безпорадність [1]. У випадку військовослужбовців, джерелом таких подій можуть бути бойові дії, участь у операціях із застосуванням зброї, спостереження за смертю товаришів або мирного населення, а також перебування в умовах постійної загрози для життя [6].

Вперше ПТСР було офіційно визнано як окрему нозологічну одиницю у класифікації психічних розладів DSM-III Американської психіатричної асоціації в 1980 році [3]. До того термінологічно для опису схожих симптомів використовувалися такі поняття, як «солдатський шок», «в'єтнамський синдром», «обстріловий невроз» тощо. Це свідчить про глибоке коріння проблеми ПТСР саме у контексті військового досвіду [8].

Основною особливістю ПТСР є патологічна реакція психіки на подію, яка мала місце в минулому, але продовжує активно впливати на психоемоційний стан людини в теперішньому [1]. Важливим є той факт, що не кожна травматична подія спричиняє ПТСР, адже індивідуальні особливості психіки, соціальна підтримка та рівень підготовки до стресу відіграють значну роль у формуванні стійкості або вразливості до розладу. Класичними симптомами ПТСР є нав'язливі спогади (флешбеки), нічні кошмари, підвищений рівень тривожності, гіпервигострення (гіпернастороженість), уникнення тригерів (місць, людей, ситуацій), пов'язаних із травмою, а також емоційне притуплення.

Ці прояви не лише знижують якість життя, але й можуть ускладнювати соціальну адаптацію, професійну діяльність та міжособистісні стосунки [1; 6].

Особливо гостро ПТСР проявляється у військових, які брали участь у бойових діях. Причини цього криються не лише у самому факті перебування в умовах смертельної небезпеки, а й у тривалій психологічній напрузі, відсутності стабільного сну, необхідності придушення емоцій та повторюваному переживанні ситуацій морального вибору. У військових, на відміну від цивільного населення, ПТСР часто супроводжується порушенням ідентичності, почуттям провини за вцілілість (*survivor's guilt*), а також глибоким конфліктом між моральними нормами і тим, що було здійснено або пережито в умовах війни [13]. Це може провокувати тривалі депресивні епізоди, соціальну ізоляцію, а іноді й суїцидальні думки або дії.

Важливою рисою ПТСР є відтермінований початок симптомів. У ряді випадків клінічна картина розладу формується через кілька тижнів або навіть місяців після повернення з фронту [6]. Такі випадки є складнішими для діагностики, адже симптоми можуть бути помилково інтерпретовані як звичайне емоційне виснаження чи реакція на адаптацію до мирного життя. Психологічна травма при ПТСР не обмежується лише спогадами. Вона вкорінюється на нейробіологічному рівні, змінюючи роботу мозкових структур, зокрема мигдалевидного тіла, гіпокампу та префронтальної кори. Ці зміни обумовлюють підвищену реактивність до стресу, труднощі з пригадуванням або фрагментованість спогадів, а також втрату здатності логічно оцінювати загрози. Не менш важливим аспектом є фізіологічні наслідки ПТСР. Порушення сну, серцево-судинні розлади, ослаблений імунітет та підвищений ризик зловживання психоактивними речовинами часто супроводжують психологічні симптоми, створюючи порочне коло, в якому стрес поглиблює соматичні проблеми і навпаки [10].

У контексті ПТСР в українських військових особливо актуальним є поняття «бойової психотравми» — це форма психотравмівного досвіду, яка має колективний характер і пов'язана з подіями, що мають масштабне суспільне значення (наприклад, російсько-українська війна). Цей феномен вимагає окремого вивчення, оскільки традиційні підходи до лікування ПТСР не завжди ефективні для осіб, які прожили війну як частину спільноти. Діагностика ПТСР здійснюється на основі встановлених критеріїв, зокрема DSM-5 та МКХ-11 [7]. Обов'язковою умовою є наявність травматичної події у анамнезі, а також специфічних симптомів, що зберігаються протягом більше одного місяця та призводять до порушення соціального або професійного функціонування.

ПТСР у військових часто має хронічний перебіг, особливо якщо своєчасна психологічна допомога не була надана. Саме тому важливою складовою є не лише лікування, а й превенція розладу: психологічна підготовка до стресу, розвиток навичок саморегуляції, побудова підтримуючого середовища у підрозділах та родинних військових. Сутність ПТСР не обмежується лише клінічними проявами. Це комплексне порушення, що зачіпає всі рівні існування особистості: емоційний, когнітивний, поведінковий, тілесний і соціальний. Воно вимагає системного підходу, який охоплює як індивідуальне лікування, так і суспільну трансформацію ставлення до психологічного здоров'я.

Наразі в Україні створюються платформи та ініціативи, спрямовані на реабілітацію ветеранів з ПТСР, проте система ще перебуває на стадії формування. Серед проблем — брак фахівців, недостатнє фінансування та збереження стигми навколо ментального здоров'я у військовому середовищі. Зрозуміння природи ПТСР дозволяє не лише ефективніше надавати допомогу військовим, але й формувати культуру підтримки, відновлення та визнання, які є критично важливими для поствоєнного суспільства. Військові з ПТСР

потребують не жалю, а рівноправного включення в соціум із розумінням їхнього досвіду та шляхів до відновлення.

Таким чином, посттравматичний стресовий розлад у військових — це не лише наслідок бойових дій, а й виклик для держави, суспільства та медичної системи. Його подолання можливе лише за умови інтеграції психологічної науки, соціальної підтримки та політичної волі.

1.2 Специфіка прояву ПТСР у учасників бойових дій

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є складним психічним станом, який розвивається у результаті пережитих людиною подій, що мали загрозливий або шокуючий характер. У випадку військовослужбовців такими подіями найчастіше є бойові дії, поранення, смерть товаришів, полон або тривалий стрес, пов'язаний з перебуванням у зоні бойових дій. ПТСР не лише впливає на психічне здоров'я індивіда, але й позначається на його фізичному стані, соціальних зв'язках, працездатності та загальному функціонуванні [8]. Симптоматика розладу у військових має свої особливості, оскільки пов'язана із специфікою бойового досвіду та адаптаційними механізмами, які формуються в умовах екстремального стресу.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) проявляється у різних формах, але для зручності діагностики та розуміння його структури симптоми прийнято класифікувати за чотирма основними групами. Ця типологія закріплена в провідних міжнародних класифікаціях психічних розладів — DSM-5 (Американська психіатрична асоціація) та МКХ-11 (ВООЗ), і вона широко використовується у клінічній та реабілітаційній практиці.

У контексті військових та учасників бойових дій ця класифікація має особливе значення, оскільки дозволяє не лише чітко окреслити межі ПТСР, але й адаптувати підходи до терапії з урахуванням конкретної симптоматики. Отже, основні чотири групи симптомів ПТСР включають:

1.2.1 Інтрुзивні симптоми (вторгнення спогадів)

Ця група симптомів є однією з найбільш характерних для ПТСР, особливо у ветеранів та учасників бойових дій. Вона охоплює явища, пов'язані з неконтрольованим повторним переживанням травматичної події. Інтрुзивні симптоми проявляються не лише на когнітивному рівні (думки, спогади), але й на емоційному та соматичному рівнях [6]. Ці симптоми можуть з'являтися спонтанно або активізуватися під впливом тригерів – зовнішніх чи внутрішніх факторів, що нагадують про травму.

Основні підтипи інтрुзивних симптомів:

- **Флешбеки (flashbacks)** – це найбільш характерний прояв інтрुзивних симптомів. Людина відчуває, ніби вона знову переживає травматичну подію в реальному часі. Це супроводжується яскравими візуальними, звуковими та навіть тактильними відчуттями.
- **Нав'язливі спогади** – мимовільні, повторювані думки про подію, які неможливо контролювати або зупинити.
- **Жахіття (кошмари)** – сновидіння, пов'язані з травмою, які викликають сильні емоції страху, безпорадності або провини.
- **Інтенсивний емоційний дистрес при нагадуванні** – раптове сильне хвилювання, тривога або плач при зустрічі з тригерами (звуки, запахи, місця, новини тощо).
- **Фізіологічні реакції на тригери** – потовиділення, серцебиття, тремтіння, відчуття паніки у відповідь на стимул, що нагадує про травму.

Для військових ці симптоми часто пов'язані з конкретними подіями: вибухами, втратою побратимів, бойовими зіткненнями, полонем тощо. Особливу небезпеку становлять флешбеки, коли людина буквально «повертається» у подію, втрачаючи контакт із реальністю. Це може бути загрозою як для самої особи, так і для оточення.

1.2.2 Симптоми уникання

Симптоми уникання формують другу базову групу проявів ПТСР. Вони є своєрідним захисним механізмом, який психіка використовує для зменшення емоційного болю, пов'язаного з травматичними спогадами. Проте у довготривалій перспективі така поведінка лише посилює ізоляцію, порушує соціальні зв'язки і перешкоджає нормальній адаптації до життя після війни [6]. Військові з ПТСР намагаються уникати всього, що може нагадувати їм про пережиті бойові події, навіть якщо це значно обмежує їхнє повсякденне життя.

Основні підтипи симптомів уникання:

- **Уникання зовнішніх тригерів (поведінкове уникання)** - ця група включає свідому або підсвідому поведінкову тактику, спрямовану на уникнення людей, місць, ситуацій або предметів, що можуть нагадувати про травму. Наприклад учасник бойових дій може відмовлятися від поїздки у міста, де він проходив службу, або уникати громадських місць через страх зустрітися з нагадуванням про минулі події.
- **Уникання думок та емоцій (когнітивне уникання)** - цей тип включає намагання витіснити з пам'яті або ігнорувати внутрішні переживання, пов'язані з травмою. Наприклад військовий може всіляко уникати розмов про свій бойовий досвід або пригнічувати власні спогади через страх перед емоційним болем.

Такі реакції є зрозумілими як короткострокова спроба впоратися з емоційною перевантаженістю, але якщо уникання стає стабільною поведінковою стратегією, це значно ускладнює психологічну реабілітацію. Можливими наслідками є:

- Соціальна ізоляція. Військові з ПТСР часто уникають спілкування навіть із близькими людьми, що веде до самотності та депресії.

- Функціональні обмеження. Людина може відмовлятися від роботи, громадського життя або навіть необхідних медичних процедур.
- Розвиток коморбідних розладів. Уникання підсилює депресію, генералізовану тривожність і ризик зловживання алкоголем чи наркотиками.

1.2.3 Негативні зміни у когнітивній сфері та настрої

Ця група симптомів відображає глибокі зміни у мисленні, уявленнях про себе, інших людей та світ загалом. Вона також охоплює емоційні порушення, які можуть призвести до депресивних станів, втрати життєвого сенсу й навіть до суїцидальних думок [6]. Зміни в мисленні, пам'яті, самооцінці та настрої формують одну з чотирьох основних груп симптомів ПТСР. У контексті російського вторгнення в Україну 2022 року, ці порушення можуть бути особливо виражені через тривалість бойових дій, високу інтенсивність стресу та масштабні людські втрати.

Основні підтипи когнітивних і емоційних симптомів:

- **Спотворене сприйняття себе та світу** - цей підтип включає негативне бачення себе, почуття провини, сорому, занижену самооцінку та втрату довіри до інших. Наприклад військовий, який пережив втрату побратимів, може відчувати себе винним за їхню загибель, навіть якщо він не мав змоги їх врятувати.
- **Втрата інтересу до життя та соціальної взаємодії** - військові, які пережили бойові дії, часто втрачають мотивацію до професійної діяльності, хобі та навіть спілкування з близькими. Наприклад захисник, який повернувся з фронту, відмовляється виходити з дому, втрачений у своїх думках і не бачить сенсу в подальшому житті.
- **Проблеми з пам'яттю та концентрацією уваги** - травматичний досвід впливає на здатність мозку зберігати та обробляти інформацію, що

ускладнює адаптацію до мирного життя. Наприклад військовий, який був під обстрілами, може не пам'ятати окремих подій або відчувати труднощі з концентрацією уваги під час повсякденних справ.

- **Постійне відчуття небезпеки** - навіть після повернення з фронту військові можуть відчувати, що загроза не зникла, що спричиняє надмірну обережність та емоційне напруження. Наприклад учасник бойових дій може постійно перевіряти виходи в приміщенні або нервово реагувати на гучні звуки, які нагадують вибухи чи обстріли.

Ці симптоми особливо часто спостерігаються у військових, які не мали змоги пройти своєчасну психологічну реабілітацію або які повернулися до ворожого середовища (наприклад, без підтримки з боку сім'ї або суспільства). Можливими наслідками є підвищений ризик суїцидальних думок, проблеми з реінтеграцією в суспільство, втрата довіри до державних інституцій та оточення, розвиток вторинних психічних розладів (депресія, тривожний розлад).

1.2.4 Симптоми підвищеного збудження та реактивності (гіперзбудження)

Ця група симптомів стосується змін у нейропсихофізіологічній регуляції організму. Вона тісно пов'язана з постійною внутрішньою напругою, яка виникає внаслідок тривалого перебування у стані бойової готовності або загрози життю [6].

Основні підтипи симптомів гіперзбудження:

- **Підвищена дратівливість та агресивність** - військові з ПТСР можуть демонструвати різкі перепади настрою, агресію, навіть у відносно безпечних ситуаціях. Наприклад боєць, який повернувся з фронту, може реагувати надмірною агресією на незначні побутові труднощі або підвищувати голос у ситуаціях, що здаються йому загрозливими.

- **Гіпернастороженість та посилене відчуття небезпеки** - людина з ПТСР постійно очікує загрозу, навіть у мирних умовах, що призводить до підвищеної тривожності та емоційного виснаження. Приклад: учасник бойових дій може завжди сидіти спиною до стіни у кафе або перевіряти виходи з приміщень, постійно відчуваючи небезпеку.
- **Проблеми зі сном** - багато військових, які пережили бойові дії, страждають від труднощів із засинанням, частих пробуджень або кошмарів. Наприклад захисник, що брав участь у нічних бойових операціях, може прокидатися щоночі від панічних атак, пов'язаних із пережитими подіями.
- **Підвищена реакція переляку** - будь-які раптові звуки чи рухи можуть спричиняти неадекватно сильні реакції переляку. Наприклад військовий може різко реагувати на звук феєрверків або різкий шум, сприймаючи їх як вибухи чи обстріли.

У учасників бойових дій ці симптоми можуть зберігатися роками після завершення служби, ускладнюючи інтеграцію в мирне життя, ускладнюючи працевлаштування, взаємини в родині та побутову стабільність.

1.3 Методи діагностики та реабілітації ПТСР

1.3.1 Методи діагностики

Діагностика ПТСР в учасників бойових дій передбачає використання комплексного підходу, що включає різноманітні методи оцінки стану пацієнта, спрямовані на виявлення симптомів, ступеня їх вираженості та впливу на повсякденне життя. Цей процес охоплює як суб'єктивну оцінку стану пацієнта через клінічні опитування та бесіди, так і об'єктивні методи, що включають нейробіологічні дослідження, біохімічний аналіз та використання сучасних технологій, таких як віртуальна реальність. Особливу увагу приділяють аналізу

когнітивних, емоційних і фізіологічних реакцій пацієнта, які можуть сигналізувати про наявність розладу [8].

Крім того, важливим аспектом діагностики є довготривале спостереження за пацієнтом, що дозволяє не лише виявити початкові прояви ПТСР, але й оцінити динаміку розвитку симптомів та ефективність застосованих методів лікування. Використання комплексного підходу дозволяє отримати точніші дані про стан військовослужбовців та розробити індивідуалізовані плани реабілітації, які найбільш ефективно допоможуть адаптуватися до цивільного життя та зменшити негативні наслідки травматичного досвіду.

Клінічні методи діагностики

Клінічні інтерв'ю

Це структуровані бесіди з психологами або психіатрами для виявлення основних симптомів розладу, їх тривалості та інтенсивності. Під час інтерв'ю спеціаліст використовує стандартизовані запитання, що допомагають визначити три основні групи симптомів: нав'язливі спогади, уникання та гіперактивацію. Крім цього, аналізуються супутні психічні розлади, такі як депресія чи тривожні стани. Для точнішої оцінки може застосовуватися шкала тяжкості симптомів, що допомагає відстежувати динаміку змін у стані пацієнта [8].

Стандартизовані опитувальники

Опитувальники такі як PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5) та CAPS-5 (Clinician-Administered PTSD Scale), що допомагають оцінити рівень вираженості симптомів. PCL-5 містить 20 питань, що відповідають критеріям ПТСР у DSM-5, і дозволяє оцінити частоту й інтенсивність симптомів. CAPS-5 є більш детальним і проводиться у вигляді структурованого інтерв'ю, що дає змогу встановити діагноз, оцінити ступінь порушень і визначити їхній вплив на функціонування пацієнта. Обидва методи є важливими для діагностики та моніторингу лікування.

Проективні методики

Тести, що виявляють глибокі психологічні механізми (наприклад, тест Роршаха, тематичний апперцептивний тест (ТАТ)). Вони допомагають оцінити несвідомі аспекти психіки, виявити глибоко приховані страхи, конфлікти та переживання, які можуть спричиняти або посилювати симптоми ПТСР. Наприклад, у тесті Роршаха пацієнтові пропонують описати свої асоціації з чорнильними плямами, що дозволяє психологу аналізувати когнітивні й емоційні реакції, рівень тривожності та ступінь інтеграції травматичних спогадів у психіку.

Інструментальні методи

Нейробиологічні методи

Використання МРТ та функціональної МРТ для дослідження змін у мозку, зокрема в мигдалеподібному тілі, префронтальній корі та гіпокампі, що відповідають за стресові реакції. Крім того, сучасні технології дозволяють аналізувати об'єми сірої речовини в певних ділянках мозку, зміни кровотоку та нейропластичність, що може свідчити про глибину пошкоджень нервової системи внаслідок травматичного досвіду.

Електроенцефалографія (ЕЕГ)

Аналіз активності мозку для виявлення порушень у роботі нейронних зв'язків. Дослідження електричної активності мозку допомагає ідентифікувати аномалії в розподілі хвиль різної частоти, що може свідчити про порушення у когнітивних процесах і переробці стресової інформації. Також ЕЕГ дозволяє виявити гіперзбудливість або гіпоактивність певних зон кори головного мозку, що характерно для пацієнтів із ПТСР.

Психофізіологічне тестування

Оцінка рівня збудження автономної нервової системи (частота серцевих скорочень, варіабельність серцевого ритму, реакція шкіри на подразники).

Підвищений тонус симпатичної нервової системи, що проявляється у вигляді прискореного серцебиття або потовиділення у відповідь на специфічні стимули, може бути важливим показником наявності ПТСР. Додатково можуть використовуватися методи варіабельності серцевого ритму для оцінки рівня стресу та здатності організму регулювати емоційні реакції.

Біохімічні та генетичні методи

Біохімічні аналізи

Оцінка рівня кортизолу, адреналіну, норадреналіну та інших гормонів стресу для виявлення фізіологічних маркерів ПТСР. Дослідження крові, слини та волосся дозволяють оцінити довготривалі зміни в рівні стресових гормонів, що свідчать про хронічний стан тривоги та порушення в роботі гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи. Окрім цього, аналізи включають визначення рівня нейротрансмітерів, таких як серотонін та дофамін, які впливають на настрій та емоційну стабільність пацієнтів.

Генетичні дослідження

Аналіз поліморфізмів генів, пов'язаних із реакцією на стрес, що допомагає визначити індивідуальну схильність до ПТСР. Вивчення варіацій у генах FKBP5, SLC6A4 та BDNF дозволяє зрозуміти, наскільки людина є вразливою до розвитку розладу після травматичних подій. Також аналізуються епігенетичні зміни, що виникають під впливом бойового стресу і можуть передаватися наступним поколінням.

Спостереження за поведінкою пацієнта

Аналіз реакцій на стресові ситуації

Спостереження за поведінкою військовослужбовців у реальних та змодельованих стресових умовах. Оцінюється рівень тривожності, агресивності, унікаючої поведінки, а також фізіологічні реакції на тригерні фактори.

Використовуються психологічні тести для оцінки рівня адаптації та стійкості до стресу.

Методи віртуальної реальності (VR)

Застосування VR-технологій для симуляції бойових ситуацій з метою оцінки психоемоційної реакції та виявлення тригерів, що активують симптоми ПТСР. Використання віртуальних сценаріїв дозволяє відстежувати, як пацієнт реагує на повторне переживання травматичних подій, аналізувати фізіологічні зміни (наприклад, частоту серцевих скорочень, рівень потовиділення) та коригувати методи терапії залежно від реакцій пацієнта. VR також використовується для поступової десенсибілізації до травматичних спогадів, що сприяє зниженню інтенсивності симптомів.

1.3.2 Методи реабілітації

Реабілітація військовослужбовців із ПТСР є багатокомпонентним процесом, що включає різні методики психотерапії, медикаментозного лікування, фізичної реабілітації та соціальної адаптації. Ефективна реабілітація спрямована на зниження вираженості симптомів, поліпшення емоційного стану та відновлення функціональних можливостей пацієнта. Основними напрямками реабілітації є:

Психотерапевтичні методи

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ)

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є одним з найбільш вивчених та ефективних підходів для лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Вона спрямована на зміну деструктивних і негативних думок, які виникають у пацієнтів після пережитих травм. Це включає когнітивну реструктуризацію, яка допомагає пацієнтам ідентифікувати і змінити хибні переконання, що сформувалися внаслідок травми, такі як відчуття безпорадності, провини або страху. КПТ надає пацієнтам інструменти для виявлення і корекції

автоматичних негативних думок, які можуть поглиблювати симптоми ПТСР, включаючи тривогу, депресію та панічні атаки.

Додатково КПТ включає навчання методам самоконтролю та саморегуляції, що дозволяє пацієнтам розпізнавати свої емоційні та фізіологічні реакції на стресові ситуації. Це також включає розробку стратегій для ефективного управління тривогою, нападів паніки та негативних емоцій, що виникають у відповідь на травматичні спогади або тригери. Протягом терапії пацієнт вчиться створювати здоровіші та конструктивніші способи реагування на стрес, що сприяє зменшенню симптомів ПТСР. КПТ також фокусується на розвитку навичок розв'язування проблем і навчанні пацієнтів відновлювати контроль над своїм життям, забезпечуючи значне полегшення від симптомів травми.

Експозиційна терапія

Експозиційна терапія є методикою, яка передбачає поступове, контрольоване відтворення травматичних спогадів або ситуацій у безпечному середовищі, щоб зменшити емоційний вплив травми на пацієнта. Цей процес дозволяє пацієнтам зіткнутися з їхніми травмуючими спогадами та емоціями в обстановці, де немає реальної небезпеки, що дозволяє знижувати рівень страху, тривоги та інших негативних реакцій. Протягом терапії пацієнт навчається адаптуватися до своїх спогадів, що дозволяє з часом зменшити їхній емоційний заряд.

Експозиційна терапія може проводитися як в традиційному форматі, коли пацієнт розповідає про свої травматичні переживання, так і через використання сучасних технологій, таких як віртуальна реальність (VR). Технології VR дозволяють створити максимально реалістичне середовище, що відтворює ситуації, подібні до тих, які спричинили травму. Пацієнти можуть поступово взаємодіяти з цими ситуаціями віртуально, контролюючи інтенсивність та

тривалість експозиції, що дозволяє їм ефективніше управляти своїми емоціями і страхами, поступово знижуючи чутливість до травмуючих спогадів. Цей підхід допомагає не тільки зменшити симптоми ПТСР, але й сприяє розвитку впевненості в собі та покращенню емоційного благополуччя.

Десенсибілізація та репроцесінг за допомогою руху очей (ЕМДР)

Терапія десенсибілізації та репроцесінгу за допомогою руху очей (ЕМДР) є високоефективним методом для лікування травмуючих спогадів, пов'язаних із ПТСР. Вона базується на ідеї, що травматичні спогади можуть "застрягати" в мозку і продовжувати викликати негативні емоції та реакції. ЕМДР використовує контрольовані рухи очей або інші типи двосторонньої стимуляції для допомоги пацієнтам у переробці цих спогадів, знижуючи їхній емоційний заряд. Ключова частина методу полягає в тому, що під час рухів очей пацієнт згадує травматичні події, а стимуляція допомагає переписати ці спогади, знижуючи їхній емоційний вплив.

Під час сеансу терапевт спочатку допомагає пацієнту згадати травматичний досвід, потім з використанням рухів очей або інших методів двосторонньої стимуляції пацієнт працює з цими спогадами, поступово знижуючи емоційну напругу. Це дозволяє розвивати нові, здоровіші когнітивні та емоційні реакції на травму. ЕМДР також допомагає пацієнтам усвідомити нові, позитивні переконання про себе та своє оточення, що може бути важливим етапом у процесі відновлення та реабілітації. Метод має високу ефективність при лікуванні ПТСР, і багато пацієнтів відчують полегшення вже після кількох сеансів.

Діалектична поведінкова терапія (ДПТ)

Діалектична поведінкова терапія (ДПТ) є підходом, розробленим для лікування осіб з хронічними психічними розладами, і дуже ефективним для людей з ПТСР. Цей метод поєднує когнітивно-поведінкову терапію з техніками,

що сприяють розвитку емоційної регуляції та стійкості до стресових ситуацій. Основною метою ДПТ є допомога пацієнтам у навчанні ефективного управління емоціями, контролю над імпульсивними реакціями та розв'язування складних емоційних конфліктів, які виникають після травматичних подій. Вона також допомагає пацієнтам розвивати здатність до емоційної стійкості в ситуаціях, які можуть бути потенційно травмуючими або стресовими.

ДПТ включає в себе кілька важливих складових, таких як тренування в ефективному спілкуванні, управлінні стресом та розвитку здатності до самоконтролю. Пацієнти вчаться знаходити баланс між прийняттям ситуації та зміною поведінки, що сприяє зменшенню негативних емоційних реакцій. Протягом терапії акцент робиться на розумінні власних емоцій, управлінні конфліктами, а також розвитку навичок, які дозволяють пацієнтам ефективно адаптуватися до соціальних ситуацій і взаємодії з іншими людьми, що є важливим етапом у відновленні після травми. ДПТ також знижує схильність до самопошкоджувальної поведінки та зменшує симптоми депресії, тривоги та інших супутніх розладів.

Медикаментозна терапія

Антидепресанти

Препарати, такі як селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) та трициклічні антидепресанти, які використовуються для зниження симптомів депресії та тривожності. СІЗЗС допомагають регулювати рівень серотоніну в мозку, що може значно покращити настрій та зменшити занепокоєння. Вони є першою лінією лікування для багатьох пацієнтів з ПТСР, оскільки мають менше побічних ефектів порівняно з іншими препаратами. Трициклічні антидепресанти, хоча і ефективні, мають більше побічних ефектів, таких як сухість у роті, запаморочення, порушення серцевого ритму, тому їх застосовують в окремих випадках. Їх використовують для пацієнтів з ПТСР,

коли інші ліки не дають потрібного ефекту або при наявності супутніх захворювань.

Анксиолітики

Лікарські засоби для зменшення тривожності, які застосовуються у випадках виражених панічних атак або сильного занепокоєння. Основною дією анксиолітиків є зниження рівня тривоги, що дозволяє пацієнтам відчувати себе спокійніше та зберігати емоційну рівновагу. До найбільш поширених анксиолітиків належать препарати на основі бензодіазепінів, такі як діазепам та лоразепам, які мають швидку дію. Однак, їх застосування повинно бути обмеженим за часом через ризик розвитку залежності. Для довготривалого лікування можуть бути використані препарати, що належать до нових класів анксиолітиків, такі як буспірон, що має менш виражений потенціал до розвитку залежності і не викликає седативного ефекту. Вони застосовуються для підтримки психоемоційного стану та зменшення симптомів тривожності в умовах хронічного стресу.

Бета-блокатори

Препарати, що зменшують фізіологічні симптоми стресу, такі як прискорене серцебиття, тремор, пітливість. Вони блокують дію адреналіну та норадреналіну, що призводить до зниження активності симпатичної нервової системи, яка відповідає за реакцію "бийся або біжи". В результаті знижується фізіологічна напруга під час стресових ситуацій, що може значно покращити психоемоційний стан пацієнта. Бета-блокатори, зокрема пропранолол, можуть бути корисними для зменшення фізичних симптомів тривожних реакцій, таких як прискорене серцебиття, що виникають під час панічних атак або інших стресових ситуацій. Вони не змінюють психологічний стан безпосередньо, але ефективно контролюють симптоми, що можуть бути дуже дискомфортними та заважати пацієнту жити повноцінно.

Фізична реабілітація та альтернативні методи

Фізична активність

Фізична активність є важливим елементом реабілітації для людей з ПТСР, оскільки регулярні тренування можуть значно знижувати рівень стресу та покращувати емоційний стан. Фізичні вправи сприяють вивільненню ендорфінів, що допомагають зменшити тривогу та депресію, а також покращують настрій. Вони допомагають знизити рівень кортизолу — гормону стресу, який вивільняється під час стресових ситуацій, і стимулюють тіло до відновлення фізичного та психологічного здоров'я. Заняття спортом також допомагають покращити якість сну, що є важливим аспектом у лікуванні ПТСР, оскільки люди з цим розладом часто страждають від безсоння чи частих нічних кошмарів.

Йога та медитація

Йога та медитація також можуть бути потужними інструментами в процесі відновлення, оскільки вони допомагають пацієнтам навчитися відновлювати контроль над своїм тілом та розумом. Це створює відчуття більшого контролю над власним життям та покращує загальний емоційний стан.

Арт-терапія та музична терапія

Арт-терапія та музична терапія є чудовими методами для вираження емоцій та опрацювання травматичних спогадів через творчість. Ці підходи дозволяють пацієнтам звільнитися від внутрішнього тиску, який накопичується через травматичні переживання, і використовувати творчі процеси для покращення психічного здоров'я. Арт-терапія може включати малювання, ліплення, колажі та інші види мистецтва, що дозволяє людині візуалізувати свої переживання та емоції, роблячи їх менш загрозливими та більш керованими.

Соціальна підтримка та реінтеграція

Групова терапія

Групова терапія є важливим компонентом реабілітації для людей з ПТСР, особливо для тих, хто має спільний досвід, наприклад, військові або люди, що пережили подібні травми. Вона створює безпечне середовище для обміну емоціями, думками та переживаннями з іншими людьми, які пережили схожі труднощі. Це дозволяє пацієнтам відчувати підтримку та розуміння з боку однодумців, що може значно знизити відчуття ізоляції та самотності.

Групова терапія забезпечує емоційну підтримку та дозволяє кожному учаснику побачити, що вони не одні в своїх переживаннях. У процесі групових сесій учасники мають можливість висловити свої почуття, поділитися досвідом, а також отримати підтримку від тих, хто пройшов через схожі ситуації. Це також допомагає знизити стигматизацію травматичного досвіду та полегшує процес адаптації до життя після травми. Групова терапія зазвичай сприяє розвитку навичок комунікації, що допомагає пацієнтам покращити взаємодію з іншими людьми в повсякденному житті. Крім того, групова підтримка може стимулювати почуття спільноти та солідарності, що є важливим у процесі соціалізації.

Програми соціальної адаптації

Програми соціальної адаптації спрямовані на допомогу людям, які повертаються до активного життя після травматичних подій, особливо для учасників бойових дій. Вони зосереджені на навчанні новим навичкам, працевлаштуванні, волонтерській діяльності та розвитку соціальних зв'язків, що допомагає пацієнтам відновити зв'язок із суспільством та отримати нові можливості для самореалізації. Ці програми включають різноманітні аспекти реінтеграції, такі як професійне навчання, психологічну підтримку, допомогу в пошуку роботи, розвиток комунікативних навичок та участь у волонтерських проектах.

Програми соціальної адаптації не лише допомагають пацієнтам знайти роботу чи навчання, але й створюють можливості для розвитку соціальних зв'язків, що важливо для подолання ізоляції та травматичних переживань. Участь у волонтерській діяльності, наприклад, може допомогти учасникам бойових дій знайти нові способи допомоги іншим, що не тільки сприяє соціалізації, але й дає можливість почуватися корисним та цінним членом суспільства. Повернення до активного життя через ці програми також дає учасникам бойових дій нові інструменти для подолання стресу та адаптації до змін у житті. Важливою складовою є також створення безпечного середовища, де учасники бойових дій можуть отримати підтримку і навчитися справлятися з новими викликами, включаючи професійне зростання та емоційну стійкість.

Сімейна терапія

Сімейна терапія є надзвичайно важливою для реабілітації учасників бойових дій, оскільки часто травматичний досвід призводить до емоційного відчуження та конфліктів між учасниками бойових дій та їхніми близькими. Вона допомагає налагодити взаєморозуміння між учасником бойових дій і його рідними, що є важливим кроком на шляху до зменшення емоційного напруження в родині та відновлення гармонійних відносин. В процесі сімейної терапії кожен член родини має можливість виразити свої почуття та переживання, що сприяє розвитку більш глибокого розуміння та підтримки.

Сімейна терапія зосереджується на покращенні комунікації, розвитку навичок вирішення конфліктів і зниженні стресу, пов'язаного з родинними стосунками. Вона дозволяє всім членам сім'ї розуміти, як травма учасника бойових дій впливає на його емоційний стан та поведінку, а також на взаємини в родині. Це важливо для зменшення непорозумінь та розвитку більш здорових способів взаємодії. Крім того, сімейна терапія допомагає родичам навчитися підтримувати учасника бойових дій в процесі відновлення та адаптації, а також

дає їм можливість знайти способи підтримки без шкоди для свого емоційного благополуччя. Завдяки цьому, родина стає міцнішою, а учасники бойових дій отримують більшу підтримку на своєму шляху до відновлення.

Комплексний підхід до реабілітації дозволяє значно підвищити ефективність лікування ПТСР та сприяє успішній адаптації учасників бойових дій до мирного життя.

Висновок

У результаті проведеного теоретичного аналізу можна зробити висновок, що посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є складним, багатогранним феноменом, який охоплює як психічні, так і фізіологічні, когнітивні та соціальні аспекти функціонування особистості. Особливої актуальності проблема ПТСР набуває у контексті військового досвіду, де екстремальні обставини бойових дій, втрата побратимів, тривалий стрес і необхідність морального вибору створюють унікальні умови для розвитку та хронізації цього розладу. Теоретичний аналіз довів, що прояви ПТСР у військових мають свою специфіку, яка обумовлюється як особливостями травматичного впливу, так і соціокультурним контекстом. Основні симптоми ПТСР згруповані у чотири ключові кластери — інтрузивні прояви, симптоми уникання, негативні зміни у когніціях та настрої, а також симптоми гіперзбудження, — що закріплено у провідних міжнародних класифікаціях DSM-5 та МКХ-11.

Діагностика ПТСР вимагає використання комплексного підходу, який включає клінічні бесіди, стандартизовані опитувальники, інструментальні та біохімічні методи, а також тривале спостереження за динамікою стану пацієнта. Особливу цінність становить поєднання традиційних психодіагностичних інструментів із сучасними технологіями, що підвищує точність оцінки та дозволяє розробити ефективні індивідуалізовані програми реабілітації. Реабілітація військових із ПТСР має бути багатовекторною, охоплюючи

психотерапію, медикаментозну підтримку, фізичну активність, творчі методи та соціальну реінтеграцію, а також включати підтримку родини й суспільства.

Таким чином, подолання проблеми ПТСР у військових потребує системного підходу, що поєднує науковий аналіз, розвиток фахових програм реабілітації, а також формування культури підтримки та прийняття середовища. Це створює основу для ефективного відновлення учасників бойових дій, їхньої реінтеграції у суспільство та забезпечення національної стійкості в умовах триваючого військового конфлікту.

2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

2.1 Організація емпіричного дослідження

Для проведення емпіричного дослідження учасників бойових дій, що повернулись до цивільного життя, ми обрали дві методики. Дослідження проводили у два послідовні етапи протягом періоду січень–квітень 2025 року серед військовослужбовців Збройних Сил України з досвідом бойових дій. Метою емпіричної частини є комплексне вивчення рівня та структури симптомів ПТСР, а також виявлення особливостей психологічного реагування та копінг-ресурсів.

Першою методикою є опитувальник IES-R (Impact of Event Scale – Revised). Цей інструмент є стандартизованою самооцінювальною шкалою, що широко застосовується для скринінгу симптомів ПТСР, зокрема у випадках, пов'язаних з переживанням травматичних подій. Опитувальник був розроблений на основі оригінальної шкали IES та модифікований відповідно до критеріїв DSM-IV, включаючи додаткові симптоми гіперзбудження.

Основним результатом опитування є сумарний бал, що обчислюється шляхом підсумовування оцінок за всіма 20 пунктами. Максимально можлива сума балів становить 80, мінімальна — 0. Згідно з науковими рекомендаціями, порогове значення, що вказує на клінічно значущий рівень симптомів ПТСР, становить 31–33 бали. Респонденти, у яких сумарний показник перевищує цей поріг, потребують подальшої клінічної оцінки стану.

Другою методикою є опитувальник IES-R (Impact of Event Scale – Revised). Цей інструмент є стандартизованою самооцінювальною шкалою, що широко застосовується для скринінгу симптомів ПТСР, зокрема у випадках, пов'язаних з переживанням травматичних подій. Опитувальник був розроблений на основі

оригінальної шкали IES та модифікований відповідно до критеріїв DSM-IV, включаючи додаткові симптоми гіперзбудження.

Основним результатом є сумарний бал, який обчислюється як загальна сума оцінок за всіма 22 пунктами. Максимально можлива кількість балів становить 88, мінімальна — 0. Вважається, що значення 31-33 бали та більше свідчить про клінічно значущий рівень посттравматичного стресу, що може вимагати подальшої психодіагностичної або клінічної оцінки.

Окрім загального балу, оцінювання окремих кластерів симптомів дозволяє краще зрозуміти специфіку психологічної реакції учасників на травматичну подію. Опитувальник IES-R є валідованим інструментом, який продемонстрував високу надійність, внутрішню узгодженість та чутливість до змін у динаміці симптомів, що зумовлює його використання в межах даного дослідження.

Усім учасникам було надано письмову інформацію про мету дослідження, процедуру збору даних, гарантії конфіденційності та анонімності. Учасники підписали інформовану згоду, отримавши право в будь-який момент припинити участь без пояснення причин.

Методики збору кількісних даних

1. PCL- 5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM- 5)

- 20 пунктів, оцінка за шкалою Лайкерта від 0 («зовсім не турбує») до 4 («дуже сильно турбує»).
- Визначає інтенсивність симптомів за класифікацією DSM- 5: кластер В (інтрузивні), С (уникнення), D (негативні зміни когніції/настрою), E (гіперзбудження).
- Часова рамка: переживання за останній місяць.

2. IES- R (Impact of Event Scale – Revised)

- 22 твердження з трьома підшкалами: інтрузія, уникнення, гіперзбудження.

- Оцінка від 0 до 4, часова рамка — останній тиждень.
- Дозволяє виявити гостроту переживання травми та рівень адаптивних реакцій.

Обробка та аналіз даних

Результати PCL- 5 та IES- R обраховувались з використання Google Spreadsheets. Обчислювалися показники центральної тенденції (M, Me) та розсіювання (SD).

Характеристика вибірки

Кількість учасників: 28 осіб (28 чоловіків).

Віковий діапазон: 25–55 років (M=37, SD=8,5).

Стаж військової служби: 12–38 міс. (M=28, SD=10).

Час після повернення з фронту: 6–12 міс. (M=8, SD=3).

Таким чином, побудована багатометодна процедура дослідження забезпечила глибоку й комплексну оцінку ПТСР в учасників бойових дій, що дозволило поєднати кількісні індикатори з якісними уявленнями про переживання травми.

2.2 Аналіз отриманих результатів

На першому етапі було опитано 28 респондентів. Для кожного з них підраховано сумарний бал за 20 пунктами PCL- 5 та бали за окремими кластерами симптоматики.

Середній загальний бал (M): 28,8 (SD = 10,2).

Мінімальний бал: 13; максимальний бал: 57.

Кількість осіб із клінічно значущим рівнем (≥ 31 бал): 12 респондентів (43 % вибірки).

Кількість осіб із результатами нижче порогу (< 31 бал): 16 респондентів (57 % вибірки).

Середні бали за кластерами:

Повторне переживання (кластер В): середнє $M = 9,4$ ($SD = 2,8$).

Уникнення (кластер С): середнє $M = 3,5$ ($SD = 1,8$).

Негативні зміни в когніції/настрої (кластер D): середнє $M = 10,9$ ($SD = 4,5$).

Гіперзбудження (кластер E): середнє $M = 5,0$ ($SD = 5,9$).

На другому етапі дослідження кожного респондента було оцінено за шкалою IES- R. Для кожного розраховано сумарний бал та бали за трьома підшкалами.

Середній загальний бал (M): 27,6 ($SD = 12,5$).

Мінімальний бал: 11; максимальний бал: 66.

Кількість осіб із клінічно значущим рівнем (≥ 31 бал): 9 респондентів (32 % вибірки).

Кількість осіб із результатами нижче порогу (< 31 бал): 19 респондентів (68 % вибірки).

Середні бали за підшкалами:

Інтрузії: середнє $M = 11,0$ ($SD = 4,4$).

Уникнення: середнє $M = 9,1$ ($SD = 5,0$).

Гіперзбудження: середнє $M = 7,5$ ($SD = 4,1$).

Таким чином, аналіз опитувальників PCL- 5 і IES- R показав:

Помірний рівень загальних симптомів ПТСР (середні бали ~ 29 та ~ 28 відповідно).

Найвища вираженість серед кластерів PCL- 5 спостерігається у когнітивних змінах ($M = 10,9$), найнижча — у гіперзбудженні ($M = 5,0$).

За IES- R найвищий середній бал за інтрузіями ($M = 11,0$), найнижчий — за гіперзбудженням ($M = 7,5$).

Частка респондентів із клінічно значущими показниками: 43 % за PCL- 5 та 32 % за IES- R.

За результатами PCL-5, значна частина вибірки продемонструвала високий рівень посттравматичних симптомів. З 28 респондентів у 12 осіб (43%) виявлено клінічно значущі симптоми ПТСР – їх сумарний бал PCL-5 становить ≥ 31 (що відповідає порогу ймовірного ПТСР). Ще 8 респондентів (29%) набрали 24–30 балів, що свідчить про помірно виражені симптоми. В сумі, 20 з 28 осіб (71%) мають щонайменше помірний рівень проявів, що є надзвичайно високим показником. Лише 8 осіб (28,6%) не виявляють суттєвих симптомів (менше 24 балів за PCL-5).

Клінічно значущі рівні (≥ 31) означають, що імовірний діагноз ПТСР є присутнім. Помірні (24–30) також викликають занепокоєння – за деякими джерелами, перевищення порогу ~ 24 балів вже є клінічно значущим і потребує уваги. Дійсно, IES-R, інший опитувальник, теж вказує що сума > 24 балів відображає суттєвий клінічний дистрес, а ≥ 33 бали – імовірна наявність ПТСР. За IES-R, 15 респондентів перевищили 24 бали, серед них 7 осіб – понад 33 бали, що узгоджується із даними PCL-5 (ті, хто мали найвищі результати за PCL-5, отримали також високі оцінки за IES-R).

Таким чином, більшість учасників вибірки переживає виражені посттравматичні симптоми. Максимальний зафіксований результат PCL-5 – 57 балів, що близько до максимального можливого (80) і вказує на вкрай сильні

симптоми за всіма критеріями. Висока поширеність симптомів у вибірці свідчить про серйозний психологічний стан групи та необхідність професійної допомоги.

Структура симптомів за кластерами

Для глибшого розуміння профілю симптомів проаналізовано результати по основних кластерах симптомів ПТСР. Розглянемо спочатку профіль симптомів PCL-5 за кластерами.

Тенденція по групі: Найбільш високі середні бали спостерігаються по кластеру негативних когніцій/настроюта повторних переживань. Дещо нижчі – по уникненню, а гіперзбудження варіює залежно від тяжкості випадку.

У респондентів з клінічно значущими проявами середній сумарний бал за негативними когніціями досягає ~14 (з 28 можливих), тобто близько 50% максимальної вираженості цього кластеру. Це вказує на виражені симптоми депресії, провини, сорому, відчуття відчуженості та ін. Також високим є середній рівень інтрузії (~10 з 20), що відображає часті та інтенсивні повторні спогади і сновидіння про травму.

Уникання присутнє помірно: в середньому ~4 з 8 у тяжкій групі та ~3 з 8 у помірній. Це означає, що багато респондентів намагаються уникати думок і нагадувань про травматичну подію, але цей кластер менш виражений, ніж інші. Втім, уникнення навіть середньої інтенсивності має велике значення, адже уникання вважається ключовим фактором підтримання ПТСР – воно заважає пропрацювати травматичний досвід.

Гіперзбудження демонструє найбільшу різницю між групами. У групі з тяжкими симптомами середній бал ~8 (із 24), тоді як у помірній – лише ~4. Це свідчить, що при клінічно значущому ПТСР часто спостерігаються виражені фізіологічні симптоми стресу: постійна напруга, проблеми зі сном, дратівливість та підвищена пильність. В помірних випадках ці симптоми менш виражені. Деякі респонденти з високим PCL-5 мали надзвичайно високі показники саме за

гіперзбудженням. Наприклад, один з респондентів набрав 17 з 24 балів по кластеру гіперзбудження – це переважаючий симптомокомплекс у нього, при відносно нижчих балах за іншими кластерами. Натомість один з респондентів майже не мав гіперзбудження (лише 1 бал з 24), зате відзначив максимум негативних переживань (17 з 28) та високі інтрузивні симптоми (11 з 20). Це ілюструє, що профіль ПТСР може варіювати: у одних фізіологічне збудження та тривога домінують, в інших – емоційні та когнітивні наслідки травми.

Індивідуальні профілі: Загалом, у більшості респондентів найбільш “вибуховими” є кластери негативних когніцій/настрою та повторного переживання. У 75% осіб, що мають ≥ 24 бали, одним з цих двох кластерів був найвищим. Уникання майже ні в кого не було провідним (воно радше супутнє). Гіперзбудження було провідним лише у поодиноких випадках, але коли воно присутнє, то значно посилює сумарну тяжкість ПТСР. Такий профіль відповідає DSM-5 концепції, за якою негативні зміни в настрої та когніціях є одними з основних компонентів ПТСР наряду з інтрузивними спогадами.

Профіль симптомів IES-R за субшкалами

Результати IES-R загалом узгоджуються з даними PCL-5 щодо провідних симптомокомплексів. Серед респондентів з високими PCL-5, за IES-R також найвищими виявились субшкали інтрузій та уникнення. Середні бали по IES-R для “проблемних” респондентів (≥ 24 за PCL-5) складали приблизно: Інтрузія ~ 11 , Уникнення ~ 9.8 , Гіперзбудження ~ 8

(з максимальних 32, 32 і 24 відповідно, оскільки в IES-R 8 пунктів інтрузій, 8 уникнення, 6 гіперзбудження). Отже, інтрузивні переживання і тут найвираженіші. Водночас, IES-R не містить прямих пунктів на негативні когніції/настрій, тому у випадках, де PCL-5 вказував на домінування саме когнітивно-емоційних симптомів, сумарний бал IES-R виходив нижчим. Це спостерігалось, наприклад, у згаданого респондента: PCL-5=33 (з переважанням когнітивно-афективних ознак) при IES-R=15. Таким чином, повна картина ПТСР оцінюється саме за рахунок PCL-5, який охоплює всі 4 кластери DSM-5, тоді як IES-R більше фокусується на класичних тріадах інтрузій, уникання і гіперзбудження.

Обидва опитувальники разом демонструють консистентність: там, де інтрузивні та реактивні симптоми справді високі, обидві методики це відобразили.

Найбільш проблемними для вибірки загалом є нав'язливі повторні спогади та сновидіння про пережиту травму, а також глибокі негативні переживання (думки і почуття), що залишила по собі травма. Багато учасників відчувають сильну емоційну біль, провину, тривогу, сум чи відчай, пов'язані з травматичною подією. Більшість також намагається уникати всього, що може нагадати про травму, хоч це уникнення і не завжди тотальне. У значної частини відмічається підвищена фізіологічна збудливість – проблеми зі сном, дратівливість, напруженість, що є типовими симптомами стресової реакції. Така структура симптомів відповідає картині хронічного ПТСР, де пережитий досвід продовжує глибоко впливати на думки, емоції і фізичний стан людини.

Майже 71% респондентів потребують тією чи іншою мірою професійної допомоги. З них приблизно половина (43%) – у невідкладному порядку (через

вираженість симптоматики). Їхній стан потребує детального обстеження фахівцем-психотерапевтом чи психіатром з метою підтвердження діагнозу та негайного планування втручання. Ці результати сигналізують про необхідність розгортання програми підтримки психологічного здоров'я для даної групи.

Психологічний стан вибірки характеризується високим рівнем травматичного стресу. Більшість респондентів має симптоматику, сумісну з посттравматичним стресовим розладом. Особливо відзначаються такі тенденції:

- **Висока поширеність симптомів ПТСР.** Понад 70% учасників набрали ≥ 24 бали за PCL-5, причому у 43% – навіть вище клінічного порогу 31. Це означає, що значна частина групи, імовірно, страждає від ПТСР або близька до цього стану.
- Домінування інтрузивних та негативних симптомів. Аналіз кластерів показав, що найбільше люди потерпають від нав'язливих спогадів про травму та від негативних думок і почуттів, які вона викликала. Багато хто не може позбутися спогадів, снів, образів, пов'язаних з подією, що призводить до повторного переживання травми у теперішньому. Паралельно люди відчують стійкі негативні емоції і переконання: провину за те, що сталося; сором чи злість; безнадію; відчуття відчуження від інших. Ці симптоми вказують на глибоку психологічну травму, що продовжує «жити» всередині психіки.
- Помірне, але поширене уникнення. Більшість постраждалих намагаються уникати всього, що може нагадувати їм про травматичні події – місць, розмов, думок. Хоч показники уникання в середньому нижчі за інші кластери, уникання присутнє майже у всіх випадках. Це природний захисний механізм психіки, але він закріплює проблему: уникаючи, людина не проживає і не інтегрує травматичний досвід, що підтримує симптоми.

- Фізіологічна тривога та напруга. Значна частина респондентів перебуває у стані підвищеної фізіологічної готовності: погано сплять, легко дратуються, відчувають постійну напруженість чи настороженість. Ці симптоми свідчать про те, що нервова система респондентів залишається “перевантаженою” травмою, ніби загроза досі триває.
- Індивідуальні варіації. Хоч загальні тренди відокремлюються, варто підкреслити, що кожен респондент має унікальний симптоматичний профіль. Наприклад, частина людей демонструє переважно емоційно-когнітивні наслідки (депресивність, ізоляція, пригніченість) при відносно меншій вираженості фізіологічних симптомів. Інші – навпаки, сильну тривожну збудливість і паніку на фоні помірних когнітивних порушень.

Це підкреслює необхідність індивідуалізованого підходу в допомозі: не існує «стандартного» ПТСР, і терапія має враховувати, які саме аспекти є найбільш важливими для конкретної людини.

Вибірка перебуває у стані, близькому до кризового. Переважна більшість учасників мають виражені прояви травматичного стресу, що впливають на їхнє повсякденне життя, емоційний стан і функціонування. Це вказує на нагальну потребу психологічної інтервенції. Без належної терапії ці симптоми можуть зберігатися роками, підвищуючи ризик розвитку вторинних проблем (депресії, суїцидальних думок, розладів сну, соматичних захворювань тощо). З іншого боку, своєчасна і якісна психотерапевтична підтримка має високі шанси суттєво поліпшити стан цих людей, враховуючи, що багато з них виявили готовність відверто повідомити про свої симптоми (що видно з детальних відповідей в опитуваннях).

2.3 Рекомендації щодо психологічної допомоги учасників бойових дій

На основі проведеного емпіричного дослідження ми розробили рекомендації щодо психологічної допомоги військовослужбовцям враховуючи характер прояву

симптомів ПТСР. Аналіз профілів симптомів (включно з кластерним аналізом PCL-5) показав, що у більшості цих респондентів провідними є інтрузивні переживання або негативні когніції та настрої, тоді як уникання майже не виступає домінантним (радіше супутній симптом), а гіперзбудження є провідним лише у поодиноких випадках. Відповідно, можна виділити кілька груп за особливостями симптоматики та надати цільові рекомендації для кожної з них.

Група 2: Домінування негативних когніцій та настрою (43%)

Для цієї групи необхідна психологічна допомога, націлена на корекцію дисфункційних переконань та відновлення емоційної рівноваги. Найбільш доцільними є когнітивно-поведінкові втручання, зокрема методи роботи з травматичними спогадами та переконаннями, що лежать в основі негативних емоцій. Ефективним підходом є когнітивна терапія або когнітивне опрацювання травми, де фахівець допомагає клієнту виявити і переосмислити стійкі негативні думки (такі як само-звинувачення, песимістичні оцінки майбутнього чи недовіра до оточення). Переробка травматичних спогадів також важлива, але основний акцент робиться на зміні ставлення до пережитого досвіду: наприклад, опрацювання почуття провини шляхом перевірки фактів і об'єктивізації обставин травми, формування більш збалансованих переконань про себе (що людина не була повністю безсилою або винною) та світ навколо. Доцільно застосовувати техніки емоційної регуляції – навчання навичок усвідомлення і вираження почуттів, розвиток самоспівчуття – щоб подолати емоційну відстороненість і притуплення позитивних емоцій. Крім того, елементом допомоги може стати поступове відновлення активності та соціальних зв'язків: респонденти цієї групи часто втратили інтерес до діяльності, тому психологічна підтримка в залученні до приємних чи значущих справ (так звана поведінкова активація) сприятиме покращенню настрою і подоланню ізоляції. Отже, оптимальною є комбінована терапія, що поєднує роботу з думками і переконаннями клієнта та відновлення

його емоційної залученості до життя; такий підхід адресує основні когнітивно-афективні прояви ПТСР у цій групі.

Група 3: Домінування симптомів гіперзбудження (14%)

Для роботи з цією групою першочерговим завданням є зниження рівня фізіологічного напруження і навчання навичкам саморегуляції. Респондентам з домінуючим гіперзбудженням рекомендуються методики, спрямовані на управління стресом і тривогою. Ефективним компонентом програми допомоги є навчання релаксаційним технікам: дихальні вправи (повільне глибоке дихання, дихання діафрагмою), прогресивна м'язова релаксація, методи м'язової релаксації по Джекобсону тощо – ці інструменти допомагають зменшити фізичні прояви напруги і відновити відчуття контролю над власним тілом. Також доцільно використовувати методи усвідомленості (mindfulness) та біофідбек, які навчають керувати реакціями організму на стресові стимули і поступово підвищують толерантність до внутрішніх відчуттів збудження. Окрім роботи з фізичними проявами, варто впроваджувати навички емоційної регуляції – зокрема, техніки управління гнівом (наприклад, модель STOPP для паузи і перевірки думок перед реакцією) та методи безпечного вираження накопиченої напруги (через фізичну активність, творчі вправи). Після того, як клієнт навчиться заспокоюватися і контролювати симптоми гіперзбудження, можна більш ефективно проводити основну травмоорієнтовану терапію (опрацювання спогадів, когнітивну реструктуризацію тощо). Таким чином, етап стабілізації з акцентом на зменшення гіперзбудження є необхідною передумовою успішної психологічної допомоги для цієї групи, а надалі ці клієнти також зможуть отримати користь від стандартних ПТСР-орієнтованих втручань (коли рівень тривожної реактивності стане більш контрольованим).

Група 1: Домінування інтрузивних симптомів (7%)

Пріоритетом психологічної допомоги для цієї групи є опрацювання травматичних спогадів, щоб зменшити частоту і інтенсивність інтрузивних переживань. Доцільно застосовувати травмофокусовані методи терапії. Зокрема, ефективним є метод пролонгованої експозиції, який передбачає поступове і контрольоване зіткнення зі спогадами про травматичну подію – це сприятиме десенсибілізації та поступовому зниженню емоційного заряду нав'язливих спогадів. Альтернативним або додатковим підходом може бути EMDR (метод десенсибілізації та переробки травми за допомогою рухів очей), який спеціально націлений на роботу з травматичними образами і спогадами та довів свою ефективність при інтрузивній симптоматиці. Також корисним є навчання технік саморегуляції при виникненні інтрузій – наприклад, практики усвідомленості та техніки “заземлення”, що допомагають швидко повернутися в теперішній момент і зменшити вплив нав'язливих спогадів на поведінку і стан. Таким чином, поєднання прямого опрацювання травматичного досвіду з навчанням навичок подолання інтрузивних симптомів є оптимальною стратегією допомоги для цієї групи.

Група 4: Змішаний профіль – високі інтрузивні та когнітивно-афективні симптоми (7%)

Зважаючи на широту симптоматики, цій групі потрібен комплексний підхід у психологічній допомозі, що враховує обидва провідні напрямки проблем. Оптимально поєднати техніки, спрямовані на переробку травматичних спогадів, із втручаннями для корекції негативних когніцій та емоційного стану. На першому етапі доцільно забезпечити базову стабілізацію: навчити клієнтів стратегіям подолання інтрузивних думок та тривоги (використовуючи описані вище методи релаксації, заземлення, тощо), аби вони почувалися безпечніше при зверненні до травматичних спогадів. Далі можна застосувати травматерапевтичні методи – наприклад, той же метод пролонгованої експозиції або нарративна експозиційна

терапія, щоб клієнт під керівництвом терапевта поступово проговорив і переосмислив пережитий досвід, інтегруючи його в автобіографічну пам'ять без надмірного емоційного перенавантаження. Паралельно ключовим компонентом має бути когнітивна робота: опрацювання дисфункційних переконань, які підтримують відчуття безнадійності чи провини. Тут ефективно зарекомендувала себе когнітивно-поведінкова терапія травми (наприклад, методика когнітивного опрацювання, СРТ), що поєднує письмове або усне оприсування травматичної історії із структурованим аналізом і зміною негативних висновків, зроблених людиною внаслідок травми. Таким чином, для цієї групи рекомендовано інтегроване втручання, яке одночасно зменшує силу інтрузивних спогадів (через їх опрацювання) і трансформує негативні когніції та емоції, дозволяючи поступово звільнитися від впливу травми на життя.

Висновок

В результаті проведеного емпіричного дослідження серед 28 військовослужбовців Збройних Сил України, ми виявили високу поширеність симптомів посттравматичного стресового розладу: понад 70% учасників мали принаймні помірний рівень проявів, а у 43% було зафіксовано клінічно значущі показники. Найбільш вираженими симптомами у більшості респондентів виступають нав'язливі спогади, емоційно-когнітивні порушення (депресія, почуття провини, емоційна відстороненість), тоді як уникання та фізіологічна збудливість зустрічаються рідше та мають варіабельний характер. Порівняльний аналіз опитувальників PCL-5 та IES-R підтвердив консистентність отриманих даних та важливість диференційованої оцінки різних кластерів симптомів, оскільки структура проявів ПТСР у кожного респондента є індивідуальною і потребує персоналізованого підходу.

Висока поширеність та інтенсивність симптомів свідчать про актуальність проблеми психологічної підтримки учасників бойових дій. Дослідження

підкреслює необхідність впровадження систематичного скринінгу, використання травмофокусованих психотерапевтичних втручань, організації групової підтримки та залучення сімей до процесу реабілітації. Розробка та впровадження індивідуалізованих стратегій допомоги є важливою умовою для зниження ризику хронізації симптомів ПТСР, підвищення якості життя учасників бойових дій та сприяння їхній успішній інтеграції у мирне життя.

ВИСНОВКИ

На основі теоретичного аналізу літератури по темі дослідження ми можемо стверджувати, що посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) — це глибокий багатовимірний психічний стан, що охоплює емоційну, когнітивну та поведінкову сфери особистості. Основними його проявами є нав'язливі травматичні спогади, хронічна тривога, схильність до уникнення певних ситуацій, а також емоційне відчуження й порушення сну. У учасників бойових дій ПТСР характеризується складністю переживання минулого досвіду, порушенням самоідентичності, труднощами у встановленні стосунків із соціальним оточенням і внутрішнім конфліктом між військовим та цивільним способом життя. Симптоми розладу мають тенденцію до хронізації та формують перешкоди на шляху до повноцінної адаптації.

На основі проведеного емпіричного дослідження проявів симптомів ПТСР встановлено, що в учасників бойових дій домінують інтрузивні стани, виразне уникнення ситуацій, пов'язаних із травматичним досвідом, а також стійкі негативні зміни у сприйнятті себе й світу. Психоемоційна напруга, емоційна відстороненість та порушення адаптивних механізмів є характерними ознаками, що ускладнюють повернення до звичного життєвого ритму та поглиблюють психологічну вразливість. Особливістю виявлених проявів є їхній стійкий і комплексний характер, що часто потребує тривалого й багаторівневого підходу до подолання. Це підкреслює необхідність ранньої діагностики й цілеспрямованої підтримки з урахуванням індивідуальних ресурсів кожного військовослужбовця.

На підставі проведеного дослідження сформульовано рекомендації щодо організації ефективної психологічної підтримки учасника бойових дій із проявами ПТСР. Пріоритетними напрямками є комплексний супровід із застосуванням сучасних психотерапевтичних методів, розвиток індивідуальних і групових програм відновлення, залучення родини та близького оточення, а також створення

сприятливого соціального середовища для інтеграції й самореалізації військовослужбовців. Особливу увагу слід приділяти підвищенню психологічної обізнаності у військових колективах, усуненню стигми щодо звернення по допомогу та забезпеченню доступності спеціалізованих послуг. Реалізація таких заходів сприятиме не лише відновленню психічного здоров'я, а й ефективній соціальній адаптації учасників бойових дій у післявоєнний період.

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бац Ю. Б. Посттравматичні стани учасників бойових дій на сучасному етапі в Україні. / Проблеми сучасної психології. 2023. 66 с.
2. Гоуг Чарльз. Одного разу воїн – воїн назавжди / пер. з англ. Київ: Наш Формат, 2024. 352 с.
3. Гриневич Т. І., Пацеля О. В. Психологічна допомога учасникам бойових дій: історичний контекст і сучасність / ПТВ Library. 2019. 34 с.
4. Гроссман Дейв, Крістенсен Лорен. Бій / пер. з англ. Київ: Наш Формат, 2017. 320 с.
5. Даллер Ромео. В очікуванні першого променя сонця / пер. з англ. Київ: Портал, 2024. 224 с.
6. Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Олійник В. О. Теоретичні основи посттравматичного зростання військовослужбовців. / ПТВ Library. 2023. 147 с.
7. Круз Вірджинія. Терапія ПТСР для військових: практичний посібник. Київ: Арій, 2020. 280 с.
8. Лозюк А. М., Верещак Н. С. Лікування ПТСР та розладів адаптації за допомогою АСТ. / E-Med Journal. 2022. 61 с.
9. Синельник І. О., Грабович С. Р. Особливості психологічної допомоги учасникам військових дій. / ПТВ Library. 2021. 66 с.
10. Яценко Ю. П., Литвиненко М. І. Посттравматичний стресовий розлад під час повномасштабної війни. / ResearchGate. 2023. 115 с.
11. Юнгер Себастьян. Плем'я / пер. з англ. Київ: Кальварія, 2014. 256 с.
12. Cantrell B. C., Dean C. Down Range: To Iraq and Back. Minneapolis: Milkweed Editions, 2010. 288 p.
13. Chubenko R. D., Solomakha T. L. Everyday Strivings in War Veterans With PTSD. // PubMed Central. 2018. Т. 10. 108 p.

14. Donovan D. M., Nelson D. A. Haunted by Combat: Understanding PTSD in War Veterans. New York: Brunner/Mazel, 1999. 248 p.
15. Finley E. P. Fields of Combat: Understanding PTSD among Veterans of Iraq and Afghanistan. Ithaca, NY: Cornell University Press, 2015. 312 p.
16. McCarty-Gould C. Crisis and Chaos: Life With the Combat Veteran. Lanham, MD: Rowman & Littlefield, 2008. 224 p.
17. Morris D. J. The Evil Hours: A Biography of Post-Traumatic Stress Disorder. Boston: Houghton Mifflin Harcourt, 2015. 368 p.
18. Mulholland C. A Marne Mind: A Soldier's War with Recovery. Philadelphia: Temple University Press, 2013. 200 p.
19. Slone L. B., Friedman M. J. After the War Zone: A Practical Guide for Returning Troops and Their Families. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2008. 320 p.
20. Van der Kolk B. The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma. New York: Viking, 2014. 464 p.
21. Wood J. Once a Warrior: How One Veteran Found a New Mission Closer to Home. New York: Gotham Books, 2017. 272 p.

Ресурси:

22. АРРР. Посттравматичний стресовий розлад у військових: як виявити та лікувати.
URL: <https://arpp.com.ua/articles/ptsd-in-the-military/> (дата звернення 20.05.2025).
23. ГМКА. ПТСР – Все, що необхідно знати.
URL: <https://gmka.org/uk/ptsr-vse-shho-neobhidno-znaty-prychyny-symptomy-ta-likuvannya/> (дата звернення 20.05.2025).

- 24.Медична психологія. Психологічні особливості симптомів ПТСР...
URL: <https://medpsychology.pp.ua/symptomiv-pt%C2%B7sr-v-uchasnykiv-boyovykh-diy> (дата звернення 20.05.2025).
- 25.МОЗ України. Діагностика і надання допомоги при бойовій травмі...
URL: <https://moz.gov.ua/uk/diagnostika-i-nadannja-dopomogi-pri-bojovij-travmi-profilaktika-ptsr> (дата звернення 20.05.2025).
- 26.МОЗ України. Що треба знати про ПТСР.
URL: <https://moz.gov.ua/article/health/scho-treba-znati-pro-posttravmatichnij-stresovij-rozlad> (дата звернення 20.05.2025).
- 27.Наркологічний центр Суми. Посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців.
URL: <https://narkosumy.lic.org.ua/statti/posttravmatychnyj-stresovyj-rozlad-u-vijskovosluzhbovtsiv-uchasnykiv-bojovyh-dij/> (дата звернення 20.05.2025).
- 28.Сестри милосердя. ПТСР під час війни: як розпізнати і вийти зі стресового розладу.
URL: <https://www.sestry.eu/statti/ptsr-pid-chas-viyni-yak-rozpiznati-i-viyti-zi-stresovogo-rozladu> (дата звернення 20.05.2025).
- 29.Superhumans. Посттравматичний стресовий розлад у військових.
URL: <https://superhumans.com/blog/posttravmatychnyj-stresovyj-rozlad-u-vijskovykh/> (дата звернення 20.05.2025).
- 30.PfizerPro Україна. Фармакотерапія ПТСР в учасників бойових дій.
URL: <https://www.pfizerpro.com.ua/therapy-areas/psychiatry/ptsr-ua> (дата звернення 20.05.2025).
- 31.Royal College of Psychiatrists. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).
URL: <https://www.rcpsych.ac.uk/mental-health/translations/ukrainian/post-traumatic-stress-disorder-PTSD> (дата звернення 20.05.2025).

Додаток А

Опитувальник PCL-5

Опитувальник складається з 20 тверджень, що відображають основні симптоми посттравматичного стресового розладу. Респонденти оцінювали, наскільки сильно їх турбували зазначені симптоми протягом останніх 30 днів, за п'ятибальною шкалою:

- 0 — зовсім не турбувало;
- 1 — трохи турбувало;
- 2 — помірно турбувало;
- 3 — сильно турбувало;
- 4 — дуже сильно турбувало.

Питання опитувальника:

1. Чи мали думки та спогади, що повторюються і турбують, або ж нав'язливі картини стресового військового досвіду
2. Чи мали сни про стресовий військовий досвід, що повторюються і турбують?
3. Чи часто починаєте раптово діяти або почуватися так, ніби стресовий військовий досвід знову повторюється (переживаєте ситуацію знову)?
4. Чи почуваетесь дуже пригніченими, якщо щось нагадує вам стресовий військовий досвід?
5. Чи маєте фізичну реакцію (наприклад, сильне серцебиття, утруднене дихання або пітливість), коли щось нагадує вам про стресовий військовий досвід?
6. Чи уникаєте думок або розмов про стресовий військовий досвід чи почуттів, пов'язаних із цією ситуацією?
7. Чи уникаєте певної діяльності або ситуацій тому, що вони нагадують вам про стресовий військовий досвід?

8. Чи маєте труднощі з пригадуванням важливих частин стресового досвіду?
9. Чи відчуваєте сильні негативні переконання про себе, інших людей або навколишній світ (наприклад, "я поганий", "зі мною щось дуже не так", "нікому не можна довіряти", "світ - небезпечне місце")?
10. Чи звинувачуєте себе або інших на рахунок стресового досвіду, або того, що сталося після нього?
11. Чи відчуваєте сильні негативні емоції, такі як страх, жах, злість, почуття провини або сором?
12. Чи втратили інтерес до того, що раніше приносило задоволення?
13. Чи відчуваєте відстороненість або відрізаність від інших людей?
14. Чи помітили емоційне заціплення або неможливість відчувати любов до близьких людей?
15. Чи відчуваєте, що ваше майбутнє якимось чином може обірватися?
16. Чи є у вас проблеми зі сном (важко заснути або він части переривається)?
17. Чи відчуваєте роздратування або спалахи гніву?
18. Чи є у вас труднощі з концентрацією уваги?
19. Чи помічаєте, що постійно насторожені, пильнуєте, очікуєте на небезпеку?
20. Чи відчуваєте нервовість (полохливість) та легко лякаєтесь?

Опитувальник IES-R

IES-R містить 22 твердження, які відображають характерні симптоми посттравматичного стресу. Респонденти оцінювали, наскільки сильно їх турбували ці симптоми протягом останнього тижня, використовуючи п'ятибальну шкалу:

- 0 — зовсім не турбувало;
- 1 — трохи турбувало;
- 2 — помірно турбувало;
- 3 — сильно турбувало;
- 4 — дуже сильно турбувало.

Опитувальник охоплює три основні кластери симптомів ПТСР, відповідно до клінічної структури:

- повторне переживання травматичної події - питання 1, 2, 3, 6, 9, 14, 16, 20;
- уникнення - питання 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22;
- гіперзбудження - питання 4, 10, 15, 18, 19, 21.

Питання опитувальника:

1. Будь-яке нагадування про цю подію змушувала вас знову переживати все, що сталося
2. Мені було важко спати всю ніч
3. Інші речі змушували мене думати про те, що зі мною трапилося
4. Я відчував дратівливість і гнів
5. Я не дозволяв собі засмучуватися, коли думав про цю подію
6. Проти своєї волі я думав про те, що трапилося
7. Мені здавалося, що цього не було або не було насправді
8. Я уникав нагадувань про це
9. Картинки того, що сталося раптово спливали в моїй пам'яті

10. Я був напружений і сильно здригався, якщо щось раптово лякало мене
11. Я намагався не думати про те, що сталося
12. Я усвідомлював, що мене досі переповнюють важкі переживання з приводу того, що трапилося, але нічого не робив, щоб їх уникнути
13. Мої почуття з цього приводу були якимись заціпенілими
14. Я помічав, що поведжусь або відчуваю себе так, ніби все ще перебуваю в тій ситуації
15. Мені було важко заснути
16. У мене були хвили сильних почуттів з цього приводу
17. Я намагався стерти те, що трапилося зі своєї пам'яті
18. Мені було важко зосередитися
19. Нагадування про це викликали у мене такі фізичні реакції, як спітніння, проблеми з диханням, нудоту або високий пульс
20. Мені про це снилося
21. Я почувався пильним і настороженим
22. Я намагався не говорити про те, що трапилося