ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»
Навчально-науковий інститут психології та соціальних наук

Кафедра психології

ОПТИМІЗАЦІЯ ПРОЦЕСУ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на здобуття освітнього ступеня
МАГІСТР

за спеціальністю 053 Психологія

КОРОТИЧА СЕРГІЯ ВОЛОДИМИРОВИЧА

Кваліфікаційна робота
допущена до захисту
Зав. Кафедри **Раєвська Я.М**
«___» _____ 2026 р.

Науковий керівник:
Шопша О.Л.,
кандидат психологічних наук,
доцент
Рецензент:
Парасєй-Гочер А.О.,
кандидат психологічних наук,
доцент

КИЇВ – 2026

Реєстрація

номер	дата, підпис лаборанта кафедри

Рекомендовано

до захисту Шопша О.Л.

підпис наукового керівника	ініціали, прізвище наукового керівника

Результат захисту

оцінка	дата захисту

Голова ЕК

підпис	ініціали, прізвище

Члени ЕК

підпис	ініціали, прізвище

підпис	ініціали, прізвище

підпис	ініціали, прізвище

Секретар ЕК

підпис	ініціали, прізвище

ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»
Навчально-науковий інститут психології та соціальних наук

Кафедра психології

спеціальність *Психологія*
курс II *(магістратура)*

ЗАВДАННЯ

на кваліфікаційну роботу магістра

Коротича Сергія Володимировича

1. Тема роботи: Оптимізація процесу психологічної реабілітації військовослужбовців.
2. Цільова установка: міський центр соціальних служб м. Києва; вихідні дані: матеріали професійної та переддипломної практики, навчальні посібники, монографії, методичні вказівки, ресурси інтернету, періодичні видання з теми дослідження.
3. Перелік графічного матеріалу 20 табл., 13 рис.
4. Консультанти по роботі (із зазначенням розділів):

Розділ	**Консультант (Прізвище, ініціали)**	**Підпис, дата**	
		Завдання видав	**Завдання прийняв**
Розділ 1	Шопша О.Л.		
Розділ 2	Шопша О.Л.		
Розділ 3	Шопша О.Л.		

5. Зміст роботи:

Вступ

Розділ 1. Теоретичні засади психологічної реабілітації військовослужбовців.

Розділ 2. Аналіз особливостей та методологія дослідження психологічної реабілітації військовослужбовців.

Розділ 3. Емпіричне дослідження особливостей психологічної реабілітації військовослужбовців.

Висновок

Список використаних джерел

Додатки

Календарний план виконання роботи

№ п/п	Етапи виконання роботи	Термін виконання	
		За планом	**Фактичний**
1.	Вибір теми і призначення наукового керівника кваліфікаційної роботи магістра.	червень 2025	червень 2025
2.	Затвердження теми кваліфікаційної роботи магістра.	липень 2025	липень 2025
3.	Отримання завдання на проведення наукового дослідження та підготовка календарного плану виконання кваліфікаційної роботи магістра, затвердження його керівником.	серпень 2025	серпень 2025
4.	Збір та узагальнення матеріалу за темою роботи.	жовтень 2025	жовтень 2025
5.	Підготовка першого (чорнового) варіанту роботи і подання його на перевірку науковому керівнику.	грудень 2025	грудень 2025
6.	Доопрацювання тексту роботи з врахуванням зауважень наукового керівника, збагачення роботи додатковими дослідженнями, що проводилися під час переддипломної практики, і подання її на повторне читання.	січень-березень 2026	січень-березень 2026
7.	Подання кваліфікаційної роботи магістра на реєстрацію на кафедру, рецензування та написання відгуку науковим керівником.	квітень 2026	квітень 2026
8.	Підготовка до захисту кваліфікаційної роботи магістра на засіданні Екзаменаційної комісії.	травень 2026	травень 2026
9.	Захист виконаної кваліфікаційної роботи.	червень 2026	червень 2026

Дата видачі завдання _____

Науковий керівник _____ (Шоша О.Л.)

Завдання прийняв(ла)
до виконання
здобувач(ка) _____ (Коротич С.В.)

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота: 141 с., 20 табл., 39 джерел, 12 додатків.

Об'єкт дослідження: процес психологічної реабілітації військовослужбовців.

Предмет дослідження: соціально-психологічні особливості, чинники та методи психологічної реабілітації військовослужбовців, зокрема вплив травматичного досвіду на їх психоемоційний стан і міжособистісні взаємини.

Мета: обґрунтування та емпіричне вивчення проблеми дослідження процесу психологічної реабілітації військовослужбовців.

Гіпотеза дослідження: Низький рівень самооцінки військових, підвищена тривожність, агресивність і депресивні прояви ускладнюють процес їх психологічної реабілітації. Комплексний та індивідуалізований підхід сприятиме підвищенню ефективності психологічної реабілітації військовослужбовців.

Методи дослідження:

- теоретичні: аналіз літератури з проблеми дослідження, узагальнення, порівняння, систематизація;

- емпіричні: метод патохарактерологічного діагностичного опитувальника, методика дослідження самооцінки Будасі, опитувальник Басса-Даркі, тест А. Ассингера, методика «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка, методика самооцінки емоційного стану Уессмана-Рікса, «Шкала самооцінки наявності ПТСР (PCL–M) - військова версія», «Шкали оцінювання впливу травмівної події (IES–R)», «Шкала депресії Бека», «Опитувальник пацієнта про стан здоров'я (PHQ-9)», «Тест на наркотичну й алкогольну залежність (Хелпер)», Місісіпська шкала оцінювання посттравматичного стресового розладу.

ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ, ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІ, АГРЕСІЯ, ДЕПРЕСІЯ.

PSYCHOLOGICAL REHABILITATION, MILITARY PERSONNEL, AGGRESSION, DEPRESSION

ЗМІСТ

ВСТУП 7

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ 10

1.1. Сутність психологічної реабілітації, її завдання та етапи. 10

1.2. Реабілітаційні методики, які можуть застосовуватись до військовослужбовців. 17

1.3. Міжнародний досвід психологічної реабілітації ветеранів. 24

Висновки до першого розділу 27

РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ ТА МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ 30

2.1. Особливості психологічного консультування військовослужбовців, які постраждали внаслідок травмівних подій та мають важкі наслідки бойових поранень. 30

2.2. Діагностичний інструментарій у реабілітаційному процесі. 44

2.3. Короткі характеристики обраних психодіагностичних методик. 51

Висновки до другого розділу 62

РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ 65

3.1. Зміст та організація дослідження соціально-психологічних чинників подружніх зрад та розлучень. 65

3.2. Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження. 71

3.3. Практичні рекомендації щодо впровадження ефективних підходів системи психологічної реабілітації в Україні. 97

Висновки до третього розділу 101

ВИСНОВОК 104

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 107

ДОДАТКИ 112

ВСТУП

Актуальність дослідження. Тисячі військовослужбовців повертаються до мирного життя без достатнього періоду психологічної адаптації після пережитих травматичних подій. Бойовий досвід, поранення, втрата побратимів, постійна загроза життю залишають глибокий слід у психіці людини, що проявляється у вигляді підвищеної тривожності, нічних кошмарів, емоційної нестабільності, труднощів у спілкуванні та нездатності повернутися до звичного способу життя. У багатьох випадках це супроводжується відчуттям відчуження, втратою життєвих орієнтирів і розчаруванням у соціальному середовищі. Як наслідок, значна частина військових із психологічними травмами ризикує опинитися в стані глибокої дезадаптації, що може призвести до формування так званого «втраченого покоління». Проблема ускладнюється також тим, що бойові травми часто поєднуються з фізичними ушкодженнями, інвалідністю, змінами соціального статусу та необхідністю переосмислення власної ідентичності. У таких умовах військовослужбовці стикаються не лише з медичними, а й із серйозними психологічними та соціальними викликами, що потребують комплексного підходу до відновлення.

Психологічна реабілітація кожного військового повинна здійснюватися індивідуально, із використанням сучасних науково обґрунтованих методів і за участю висококваліфікованих фахівців. Важливим є врахування особистісних характеристик, життєвого досвіду, рівня травматизації та соціального оточення кожної людини. Ефективна реабілітація передбачає не лише зменшення симптомів психічних розладів, а й відновлення здатності до повноцінного життя, соціальної активності та професійної реалізації.

В умовах російсько-української війни питання оптимізації процесу психологічної реабілітації військовослужбовців, особливо тих, хто зазнав поранень, набуває особливої актуальності. Зростання кількості осіб, які потребують психологічної допомоги, вимагає вдосконалення існуючих

підходів, розробки ефективних програм підтримки та впровадження системних рішень у сфері реабілітації. Це зумовлює необхідність подальших наукових досліджень, спрямованих на підвищення ефективності психологічної допомоги та забезпечення успішної інтеграції військових у мирне життя.

Об'єкт дослідження: процес психологічної реабілітації військовослужбовців.

Предмет дослідження: соціально-психологічні особливості, чинники та методи психологічної реабілітації військовослужбовців, зокрема вплив травматичного досвіду на їх психоемоційний стан і міжособистісні взаємини.

Мета дослідження полягає в теоретичному обґрунтуванні та емпіричному вивченні проблеми дослідження процесу психологічної реабілітації військовослужбовців.

Завдання дипломної роботи:

1. Проаналізувати теоретичні підходи щодо сутності психологічної реабілітації військовослужбовців, її основних завдань та етапів;
2. Дослідити сучасні реабілітаційні методики, що застосовуються у роботі з військовослужбовцями, та узагальнити міжнародний досвід психологічної реабілітації ветеранів;
3. Визначити особливості психологічного консультування військовослужбовців, що мають поранення;
4. Проаналізувати діагностичний інструментарій, що використовується у процесі психологічної реабілітації та охарактеризувати основні психодіагностичні методики, доцільні для дослідження психоемоційного стану військовослужбовців;
5. Провести емпіричне дослідження щодо психологічної реабілітації військових та проаналізувати отримані результати;
6. Розробити практичні рекомендації щодо оптимізації психологічної реабілітації військовослужбовців в Україні.

Методи дослідження: відповідно до завдань дослідження було застосовано методики, спрямовані на дослідження процесу психологічної реабілітації військовослужбовців: «Опитувальник для військовослужбовців, які проходять медико-психологічну реабілітацію», метод патохарактерологічного діагностичного опитувальника (ПДО), методика дослідження самооцінки Будасі (С. Будассі), опитувальник Басса-Даркі, тест А. Ассингера, методика «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка, методика самооцінки емоційного стану Уессмана-Рікса, «Шкала самооцінки наявності ПТСР (PCL–M) - військова версія», «Шкали оцінювання впливу травмівної події (IES–R)», «Шкала депресії Бека», «Опитувальник пацієнта про стан здоров'я (PHQ-9)», «Тест на наркотичну й алкогольну залежність (Хелпер)», Місісіпська шкала оцінювання посттравматичного стресового розладу.

Наукова новизна полягає у систематизації та розширенні наукових знань стосовно проблеми оптимізації процесу психологічної реабілітації військовослужбовців.

Практичне значення отриманих результатів надає можливість застосовувати їх у практичній роботі психолога, спрямованій на дослідження особливостей психологічної реабілітації військовослужбовців та формування заходів щодо оптимізації процесу їх психологічної реабілітації.

Апробація результатів дослідження. Було видано статтю на тему: «Особливості соціально-психологічної адаптації серед військовослужбовців після поранення».

Структура та обсяги роботи. Дана дипломна робота написана на основі вимог та рекомендацій до організації, проведення та оформлення результатів наукових досліджень за методичними рекомендаціями.

Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел. Загальний обсяг кваліфікаційної роботи становить 141 сторінку. Основний зміст роботи викладено на 106 сторінках друкованого тексту. Список літератури налічує 39 найменувань.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

В першому розділі проведено теоретичний психологічної реабілітації військовослужбовців. Розкрито сутність психологічної реабілітації, зазначено її завдання та етапи. Описано реабілітаційні методики, які можуть застосовуватись до військовослужбовців. Наведено міжнародний досвід психологічної реабілітації ветеранів.

1.1. Сутність психологічної реабілітації, її завдання та етапи.

Поняття «реабілітація» сформувалося лише в середині XX століття. Після Другої світової війни у Великій Британії та США були розроблені основні принципи реабілітації, які згодом лягли в основу відповідних підходів до допомоги хворим і людям з інвалідністю в різних країнах світу.

Реабілітація розглядається як система заходів, спрямованих на зменшення впливу факторів, що обмежують життєдіяльність людини або призводять до інвалідності, а також на забезпечення можливості досягнення максимальної соціальної інтеграції осіб із такими обмеженнями (за визначенням ВООЗ).

У цей же період сформувалася окрема галузь медицини - фізична та реабілітаційна медицина, яка є самостійною лікарською спеціальністю. Вона орієнтована на відновлення фізичного та когнітивного функціонування, поведінкових аспектів, участі людини в суспільному житті (зокрема якості життя), а також на вплив на особистісні та середовищні чинники [11].

Лікар-реабілітолог відповідає за профілактику, діагностику, лікування та відновлення осіб різного віку з клінічними й супутніми станами, що спричиняють обмеження життєдіяльності.

Наприкінці ХХ століття у нормативних документах різних держав, зокрема й України, почали активно використовуватися нові поняття, пов’язані з різними напрямами реабілітації [25].

Зокрема, *нейрореабілітація* розглядається як комплекс медичних заходів, спрямованих на використання всіх доступних реабілітаційних засобів для зменшення наслідків уражень нервової системи, що обмежують життєдіяльність або призводять до інвалідності, а також на забезпечення соціальної адаптації та необхідного рівня обслуговування і технічної підтримки.

Професійна реабілітація визначається як система заходів, що готує людину до здійснення трудової діяльності в нових психосоціальних і фізичних умовах. Вона передбачає відновлення або набуття професійної працездатності шляхом адаптації, реадаптації, навчання, перекваліфікації з подальшим працевлаштуванням і соціальним супроводом, з урахуванням індивідуальних можливостей і потреб.

Психологічна реабілітація охоплює заходи, спрямовані на відновлення та корекцію психічного і особистісного стану людини, а також на створення умов для її повноцінного розвитку та самореалізації.

Психолого-педагогічна реабілітація передбачає поєднання психологічних і педагогічних впливів, спрямованих на формування знань, умінь і навичок, зокрема розвиток адекватної самооцінки, засвоєння соціальних норм поведінки та ефективну інтеграцію через освітньо-виховний процес.

Соціальна реабілітація - це система заходів, метою яких є створення умов для повернення людини до активного суспільного життя, відновлення її соціального статусу та здатності до самостійної життєдіяльності в побуті й соціумі [24].

Психологічна реабілітація являє собою комплекс заходів, спрямованих на відновлення або компенсацію порушених психічних функцій людини після травматичних подій чи інших стресових впливів, зокрема військових дій,

нещасних випадків, захворювань або складних життєвих обставин. Вона є складовою загальної системи реабілітаційної допомоги та передбачає тісну міждисциплінарну взаємодію з медичними працівниками, соціальними службами та іншими фахівцями.

Основною метою психологічної реабілітації є не лише нормалізація психоемоційного стану, але й сприяння повноцінному поверненню людини до суспільного життя після пережитого досвіду. Важливо враховувати індивідуальні особливості та потреби кожного клієнта, створюючи сприятливі умови для його відновлення.

Процес реабілітації зазвичай включає кілька послідовних етапів: первинну оцінку психічного стану, стабілізацію емоційного фону, корекцію наявних порушень та підтримку адаптації до повсякденного соціального функціонування [19].

Реабілітаційний потенціал - це комплексна характеристика особистості, яка відображає її здатність відновлювати психофізіологічне, емоційне, соціальне та когнітивне функціонування після травматичних або патологічних впливів. Це поняття охоплює як внутрішні ресурси людини (психологічні, особистісні, фізичні), так і зовнішні умови, зокрема рівень соціальної підтримки та вплив середовища.

До ключових складових реабілітаційного потенціалу належать: стан психофізіологічного здоров’я, рівень адаптаційних можливостей, мотивація до відновлення, особистісні характеристики, соціально-психологічна підтримка, а також когнітивні ресурси, такі як усвідомлення, рефлексія та здатність до саморегуляції.

Реабілітаційний потенціал є багатовимірною системою, що включає низку взаємопов’язаних компонентів. Зокрема, біологічний компонент охоплює загальний стан здоров’я, наявність або відсутність хронічних захворювань, рівень фізичної витривалості та функціонування органів і систем організму [24].

Психологічний компонент охоплює індивідуально-психологічні особливості людини, зокрема емоційну врівноваженість, здатність протистояти стресу, мотивацію до одужання, рівень самооцінки, тривожності, наявність ефективних копінг-стратегій та життєвих установок.

Соціальний компонент передбачає наявність і якість соціальної підтримки, ступінь включеності в суспільне життя, значущі міжособистісні зв'язки, виконання соціальних ролей, рівень соціальних навичок, а також професійний статус.

Духовно-ціннісний компонент пов'язаний із орієнтацією на життєві смисли, релігійністю, наявністю екзистенційної надії та здатністю знаходити сенс навіть у складних і кризових обставинах [25].

На рівень реабілітаційного потенціалу впливають різні чинники, серед яких:

- вік і стать (як правило, у молодших осіб потенціал вищий);
- характер перенесеної травми або захворювання (гострий чи хронічний перебіг);
- попередній рівень соціального функціонування;
- сімейне оточення та наявність підтримки;
- рівень освіти та професійна реалізація;
- наявність залежностей або супутніх психічних порушень;
- попередній досвід подолання складних життєвих ситуацій.

Високий реабілітаційний потенціал характеризується такими рисами, як активна життєва позиція, оптимістичне сприйняття змін, виражена внутрішня мотивація, сформовані навички саморегуляції, поведінкова гнучкість і наявність ефективних копінг-стратегій.

Натомість низький рівень реабілітаційного потенціалу проявляється через песимістичні настрої, відчуття безнадії, підвищену тривожність або депресивність, пасивність, емоційне виснаження, схильність до уникання проблем, а також недовіру до фахівців і небажання приймати допомогу.

Водночас реабілітаційний потенціал не є незмінним, його можна розвивати завдяки цілеспрямованій психокорекційній роботі. Основними напрямами такого розвитку є психотерапевтична підтримка (індивідуальна, групова, сімейна), психоосвіта, спрямована на усвідомлення власного стану та шляхів відновлення, формування мотивації до змін, навчання навичкам саморегуляції та самодопомоги, активізація соціальної участі, а також відновлення ролей у сімейному й професійному житті [19].

Високий рівень реабілітаційного потенціалу значно підвищує результативність відновлювального процесу: сприяє швидшій адаптації, знижує ризик розвитку вторинних психічних розладів і забезпечує більш успішне відновлення особистісного та соціального функціонування, він забезпечує підґрунтя для стабільного покращення якості життя. Низький рівень реабілітаційного потенціалу потребує більш інтенсивної професійної підтримки та цілеспрямованої роботи, спрямованої на подолання внутрішніх психологічних бар'єрів особистості.

Реабілітаційна психологія - це напрям прикладної психології, який зосереджується на дослідженні, діагностиці та корекції психічних станів людей, що пережили фізичні чи психоемоційні травми, з метою їх максимальної адаптації, відновлення та повернення до повноцінного життя [11].

Ця галузь має комплексну структуру та включає кілька основних складових:

– *теоретичну*, що передбачає вивчення механізмів психічного відновлення, адаптації та компенсаторних процесів;

– *діагностичну*, спрямовану на виявлення наслідків травми, порушень адаптації та оцінку особистісних ресурсів клієнта;

– *корекційно-психотерапевтичну*, яка охоплює застосування різних методів психологічної допомоги;

– *соціально-психологічну*, що включає роботу з оточенням клієнта (родиною, колективом, соціальним середовищем);

– *методологічну*, пов’язану з розробкою програм і стратегій психологічної реабілітації.

Психологічна реабілітація є складовою комплексної системи реабілітації (поряд із медичною, професійною та соціальною) і спрямована на відновлення або компенсацію порушених психічних функцій, підвищення працездатності та соціальної активності. Вона також передбачає корекцію самооцінки й відновлення соціального статусу військовослужбовців і учасників бойових дій, які зазнали психічних розладів, бойових травм чи каліцтв [25].

Психологічна реабілітація - це поетапний процес відновлення психічного благополуччя людини після травм, хвороб або кризових подій. Він складається з кількох послідовних стадій, кожна з яких має свої цілі та завдання.

Діагностичний етап спрямований на визначення психічного стану людини, рівня порушень і наявних ресурсів. На цьому етапі проводиться первинне обстеження (інтерв’ю, тестування, спостереження), виявляються основні психологічні труднощі, оцінюється потенціал до відновлення та формується попередній план реабілітації.

Етап психоемоційної стабілізації має на меті зниження гострих емоційних реакцій і нормалізацію психічного стану. У його межах надається психологічна підтримка, здійснюється робота з тривогою, страхами, агресією чи апатією, формується базове відчуття безпеки та розвиваються навички саморегуляції (наприклад, дихальні техніки, релаксація, арт-терапія).

Етап активної психокорекції передбачає зміну неадаптивних установок, подолання внутрішніх конфліктів і формування ефективних моделей поведінки. Сюди входить опрацювання травматичного досвіду (зокрема методами когнітивно-поведінкової терапії, EMDR), підвищення самооцінки, розвиток стресостійкості, покращення міжособистісних відносин і планування майбутнього [19].

Етап соціальної адаптації орієнтований на повернення людини до активного життя в суспільстві. Він включає сприяння професійній або

навчальній діяльності, участь у соціальних програмах чи групах підтримки, психопросвітницьку роботу з оточенням і закріплення навичок самодопомоги.

Етап постреабілітаційного супроводу спрямований на попередження рецидивів і підтримання стабільного психоемоційного стану. Його завданнями є періодичні консультації, участь у підтримуючих групах, самоконтроль і самоспостереження, а також оцінка результативності проведеної реабілітації [24].

Завдання психологічної реабілітації:

1. *Стабілізація психічного стану* - ключове завдання початкового етапу, що передбачає зниження рівня тривожності, нормалізацію сну та зменшення емоційної напруги.

2. *Відновлення психічних функцій* спрямоване на відновлення когнітивної, емоційної, поведінкової та соціальної сфер, порушених унаслідок травматичного досвіду.

3. *Формування нових копінг-стратегій* - навчання людини ефективним і конструктивним способам подолання стресу та життєвих труднощів.

4. *Соціальна адаптація* - допомога у пристосуванні до нових умов життя та відновленні соціальних зв’язків.

5. *Підтримка мотивації до повернення в суспільство* - заохочення до активної життєвої позиції та участі в соціальному житті.

Етапи (фази) реабілітації:

1. *Діагностичний етап* - оцінка психічного стану особистості, виявлення наявних проблем і травматичних переживань.

2. *Етап стабілізації* - зниження емоційного напруження та нормалізація базових фізіологічних процесів (сон, апетит).

3. *Корекційний етап* - глибока робота, спрямована на відновлення психічних функцій і подолання наслідків травми.

4. *Етап реінтеграції* - повернення людини до повноцінного функціонування в соціумі.

5. *Підтримувальний етап* - тривалий супровід, спрямований на закріплення результатів і профілактику повторного виникнення проблем [11].

1.2. Реабілітаційні методики, які можуть застосовуватись до військовослужбовців.

На сьогодні у процесі реабілітації військовослужбовців використовуються різноманітні методи, зокрема групова психотерапія, тренінгові програми, індивідуальні консультації зі спеціалістами, а також додаткові форми роботи, такі як арт-терапія та інші відновлювальні практики. Застосування комплексного підходу сприяє відновленню соціальних навичок, зменшенню фіксації на травматичному досвіді та пов’язаних із ним станах, налагодженню нових соціальних зв’язків, а також покращенню когнітивних і комунікативних функцій [9].

Вивчення вітчизняного та міжнародного досвіду у сфері реабілітації військових дозволяє виокремити найбільш сучасні та ефективні форми допомоги, а також детальніше розкрити їх зміст і практичне значення.

Фізична реабілітація. Після завершення лікування в госпіталі військовослужбовці стикаються з необхідністю відновлення своєї функціональної спроможності. Процес фізичної реабілітації після поранень є тривалим і може тривати від кількох місяців до пів року й більше. Його основна мета — відновлення організму після гострого періоду, що часто дозволяє запобігти інвалідизації або зменшити ризик подальшого погіршення стану [8].

Тривале обмеження рухливості, пов’язане з пораненнями та перебуванням у ліжковому режимі, призводить до ослаблення м’язів, їх атрофії, а також формування контрактур, що суттєво ускладнюють рухову активність. Саме тому фізична реабілітація є ключовим етапом, без якого неможливе повноцінне повернення військовослужбовця до мирного життя.

Сьогодні більшість сучасних реабілітаційних центрів для військових створені на базі медичних закладів у різних містах України, зокрема у Львові, Луцьку, Києві, Черкасах, Миколаєві та інших. Завдяки підтримці міжнародних експертів і волонтерів ці центри оснащені сучасними засобами реабілітації, серед яких ерготерапія (відновлення побутових навичок), кінезіотерапія (лікування рухом і фізичними навантаженнями), зали лікувальної фізкультури з тренажерами тощо. Відповідно до державної політики, громадяни мають можливість проходити безкоштовні курси реабілітації після стаціонарного лікування у спеціалізованих санаторно-курортних закладах.

Науковці у сфері реабілітології визначають основні складові фізичної реабілітації. До них належать фізіотерапія та мануальна терапія, що включають масаж, розтягування м’язів, апаратні методи впливу; психомоторні та функціональні тренування, спрямовані на покращення координації та загальної фізичної витривалості; спеціалізовані програми відновлення після травм і оперативних втручань; адаптація до фізичних обмежень із формуванням навичок ефективного пристосування до нових умов; а також спортивна реабілітація, орієнтована на підвищення фізичної підготовки та активності [15].

Ігрова реабілітація. В Україні впроваджено кабінети інтерактивної реабілітації IREX, створені за канадською методикою. Така форма відновлення здійснюється в ігровому форматі (наприклад, футбол, волейбол, ігри з парашутом), що робить процес більш залученим і мотивуючим для пацієнта. Під час занять людина бачить себе на екрані як учасника гри, де за правильно виконані рухи нараховуються бали. Система відтворює рухи, стимулюючи відновлення функцій кінцівок і допомагаючи «пригадати» їх роботу. Ігровий формат відволікає від больових відчуттів, сприяє розробці суглобів і формуванню нових рухових навичок [9].

Психологічна реабілітація. На сьогодні в Україні відсутня повноцінна системна організація психологічної реабілітації військовослужбовців, і

значною мірою вона здійснюється у форматі гуманітарної підтримки, часто за ініціативи недержавних організацій та приватних донорів.

За оцінками фахівців, державна система психологічної допомоги ветеранам Збройних сил України реалізується переважно у двох напрямах: через військові госпіталі у випадку поранення або через направлення сімейного лікаря до психолога. У зв'язку з цим багато військових повертаються до мирного життя без належної адаптації - після пережитих травматичних подій, із порушеним психоемоційним станом, нічними кошмарами та труднощами у відновленні звичного способу життя.

Нерідко це призводить до глибокого розчарування в навколишній дійсності, а значна кількість таких осіб із психологічними травмами ризикує поповнити так зване «втрачене покоління». У відповідь на ці виклики держава поступово розширює систему психологічної допомоги, зокрема шляхом створення реєстру спеціалістів, які надаватимуть кваліфіковану підтримку військовослужбовцям і ветеранам [12].

Основними складовими психологічної реабілітації є кілька взаємопов'язаних напрямів. Передусім це психотерапія, у межах якої фахівці працюють із військовослужбовцями для подолання таких психологічних труднощів, як посттравматичний стресовий розлад, депресія чи тривожність. Психотерапевтичні сесії сприяють відкритому обговоренню переживань і формуванню ефективних стратегій подолання емоційних проблем.

Важливим компонентом є також групова підтримка, яка дає можливість військовим взаємодіяти з людьми, що мають подібний досвід відновлення. Це підсилює відчуття спільності, взаєморозуміння та допомагає краще впоратися з наслідками бойового досвіду.

Крім того, застосовуються різноманітні терапевтичні підходи, зокрема когнітивно-поведінкова терапія, арт-терапія, техніки релаксації та інші методи. Вони спрямовані на покращення емоційного стану, розвиток адаптивних навичок і підвищення здатності людини пристосовуватися до нових життєвих умов [9].

Дружня реабілітація. Після повернення до мирного життя учасники бойових дій часто переживають складні внутрішні суперечності: з одного боку, у них виникає сильне бажання знову відчути атмосферу військового середовища, з іншого - вони відчувають глибоке почуття провини перед загиблими побратимами за те, що самі залишилися живими. Водночас з'являється потреба висловити свої переживання, поділитися болем і донести власне бачення війни до інших.

Окрім цього, ветерани нерідко стикаються з нерозумінням і неприйняттям з боку суспільства. Поки вони перебували на фронті, цивільне життя тривало у звичному ритмі, що створює відчуття відчуження. Часто колишніх військових сприймають упереджено, вважають їх агресивними або уникають спілкування з ними. Подібне ставлення проявляється і під час працевлаштування, що ще більше сприяє соціальній ізоляції та небажанню взаємодіяти з оточенням.

У зв'язку з цим в Україні активно вивчається та впроваджується зарубіжний досвід так званої дружньої реабілітації. Це особлива форма соціально-психологічної підтримки, у якій допомогу надають не медичні працівники, а інші ветерани з подібним досвідом. Такі реабілітаційні центри функціонують поза межами лікарень, а взаємодія між учасниками будується на принципах рівності, довіри та побратимства, а не у форматі «лікар-пацієнт» [16].

Форми дружньої реабілітації можуть бути як очними, так і дистанційними - зокрема у вигляді спільнот у соціальних мережах, де ветерани мають можливість підтримувати один одного, ділитися досвідом і разом проходити шлях психологічного відновлення.

Родинна реабілітація. Наслідки війни проявляються у військовослужбовців по-різному: одні можуть схилятися до вживання алкоголю, інші ізолюватися від суспільства, ще інші стають більш імпульсивними та емоційно нестабільними. Як зазначають дослідники, для українського суспільства характерною є недостатня культура звернення по

психологічну допомогу, багато людей схильні замикатися в собі та звертаються до фахівців лише тоді, коли втрачають надію на самостійне вирішення проблем. Нерідко вони намагаються впоратися самотужки або ігнорують власний стан, тоді як близькі не завжди помічають глибину внутрішніх переживань і не поспішають звертатися за допомогою [9].

Аналіз зарубіжного досвіду свідчить, що в розвинених країнах значна увага приділяється тривалому періоду реабілітації: військовослужбовцям може надаватися до року відпустки для відновлення, оскільки повернення до мирного життя потребує часу та переосмислення. Ефективність цього процесу значною мірою залежить не лише від державної підтримки, а й від участі родини. Доведено, що в атмосфері турботи, прийняття та взаєморозуміння відновлення відбувається швидше та результативніше.

Сьогодні створено численні онлайн- та офлайн-групи підтримки для осіб, постраждалих від війни, де фахівці навчають родичів, як правильно підтримувати військових після повернення з фронту, на що звертати увагу, які зміни у поведінці контролювати та коли необхідно звернутися до спеціаліста. Кожен член родини має усвідомлювати, що адаптація до мирного життя є складним процесом, який потребує терпіння, розуміння та постійної підтримки [36].

Анімалотерапія (реабілітація за участю тварин). Для військовослужбовців, які потребують психологічної підтримки після повернення, дедалі частіше застосовують методи анімалотерапії, зокрема каністерапію - взаємодію з спеціально підготовленими собаками. Після відповідного навчання такі тварини здатні позитивно впливати на емоційний стан людини та сприяти подоланню депресивних проявів.

Форми такої терапії можуть бути різними: від тимчасового чи постійного перебування собаки в домі військового до організації спільних прогулянок та ігрової взаємодії. Зазвичай подібні програми тривають тривалий час, іноді до року, що дозволяє досягти стійкого позитивного ефекту [9].

Окрім собак, у реабілітації використовують і інших тварин, зокрема коней. Верхова їзда допомагає знизити рівень стресу, відволіктися від травматичних спогадів і сприяє емоційному розвантаженню. Також застосовуються менш традиційні методи, наприклад апітерапія, де відпочинок поблизу бджолиних вуликів сприяє зменшенню напруження та покращенню якості сну.

Соціальна реабілітація. Повернення до мирного життя часто занурює військовослужбовця у складну систему соціальних і бюрократичних процесів. Ветерани змушені вирішувати низку практичних питань, зокрема оформлення статусу учасника бойових дій, пошук роботи та забезпечення фінансової стабільності для себе і своєї родини. Водночас одним із найскладніших завдань є адаптація до життя серед людей, які не мають бойового досвіду.

У відповідь на ці виклики держава поступово впроваджує програми підтримки військових, спрямовані на їх повернення до повноцінного цивільного життя. Наразі функціонує значна кількість безкоштовних центрів і груп соціальної реабілітації.

Як зазначають фахівці, участь у груповій роботі сприяє відновленню соціальних навичок, зменшенню зациклености на власному травматичному стані, розвитку особистісного потенціалу, налагодженню нових контактів та відновленню ефективної комунікації. Крім того, це допомагає військовим поступово звикати до спокійного, більш стабільного емоційного стану та інтегруватися у мирне середовище [32].

Освітня реабілітація. Через тривале перебування поза звичним ритмом життя, інколи протягом місяців або навіть років, військовослужбовці стикаються з труднощами у працевлаштуванні. Однією з причин є втрата професійних контактів, які раніше сприяли пошуку роботи. Крім того, за цей час можуть частково втрачатися професійні навички, а після отриманих травм деякі види діяльності стають недоступними.

У зв’язку з цим важливим напрямом адаптації до цивільного життя є здобуття нових знань і компетенцій. Саме тому Міністерство у справах

ветеранів налагодило співпрацю з понад 30 закладами вищої освіти, де ветерани мають можливість опанувати нову цивільну спеціальність.

Окрім цього, доступними є численні онлайн-курси та освітні програми, які часто надаються безкоштовно для українців як в межах країни, так і на базі провідних університетів світу, що значно розширює можливості професійної реалізації після служби [9].

Бізнес-реабілітація. Держава України активно підтримує розвиток підприємницької діяльності серед ветеранів. Для захисників і захисниць діють спеціальні програми, спрямовані на розвиток власного бізнесу. Зокрема, реалізуються менторські ініціативи, метою яких є навчання військовослужбовців основам проєктної діяльності та підготовці до участі в грантових конкурсах.

Крім того, передбачено фінансову підтримку у вигляді грантів на започаткування або розвиток бізнесу. Наприклад, Український ветеранський фонд впровадив програму #Варто, у межах якої на конкурсній основі надається фінансування підприємницьких ініціатив ветеранів та членів їхніх родин.

Таблиця 1.1

Реабілітаційні методики для військовослужбовців

Методика	Сутність	Основна мета	Особливості застосування	Очікуваний результат
Фізична реабілітація	Відновлення фізичних функцій організму після поранень	Повернення рухової активності, запобігання інвалідності	Включає фізіотерапію, кінезіотерапію, ерготерапію, ЛФК	Відновлення фізичного стану, покращення якості життя
Ігрова реабілітація (IREX)	Використання інтерактивних ігор для відновлення рухів	Стимуляція рухової активності через мотивацію	Ігровий формат, візуалізація рухів, система балів	Відновлення моторики, зменшення болю, підвищення мотивації
Психологічна реабілітація	Психотерапевтична допомога та емоційна підтримка	Подолання ПТСР, тривоги, депресії	Індивідуальна та групова терапія, КПТ, арт-терапія	Стабілізація психоемоційного стану
Групова підтримка	Взаємодія з людьми з подібним досвідом	Зменшення ізоляції та почуття самотності	Формат «рівний-рівному»	Підвищення соціальної адаптації
Дружня реабілітація	Підтримка ветеранів іншими ветеранами	Відновлення через довіру та спільний досвід	Не медичний формат, принцип рівності	Зниження психологічної напруги, покращення адаптації

Методика	Сутність	Основна мета	Особливості застосування	Очікуваний результат
Родинна реабілітація	Залучення сім'ї до процесу відновлення	Покращення сімейних взаємин і підтримки	Психоосвіта, сімейна терапія, групи підтримки	Прискорення соціальної реінтеграції
Анімалотерапія	Використання тварин у терапії	Зниження стресу та депресії	Каністерапія, іпотерапія, апітерапія	Покращення емоційного стану
Соціальна реабілітація	Адаптація до цивільного життя	Відновлення соціальних ролей і зв'язків	Групи підтримки, соціальні програми	Підвищення соціальної активності
Освітня реабілітація	Отримання нових знань і професій	Професійна реалізація	Навчання у ЗВО, онлайн-курси	Підвищення конкурентоспроможності
Бізнес-реабілітація	Підтримка підприємницької діяльності	Фінансова незалежність	Гранти, менторські програми	Самозайнятість, економічна стабільність

Дані таблиці наглядно демонструють, що ефективна реабілітація базується на комплексному підході, який поєднує різні форми допомоги: від медичного та психотерапевтичного втручання до соціальної адаптації, освіти та професійної реалізації.

Кожна методика має власну мету та специфіку застосування, однак у сукупності вони спрямовані на відновлення фізичного стану, стабілізацію психоемоційного здоров'я, покращення соціальних зв'язків і повернення військовослужбовців до повноцінного життя.

1.3. Міжнародний досвід психологічної реабілітації ветеранів.

Надання психотерапевтичної допомоги після участі в бойових діях вже давно є поширеною практикою у світі. На основі численних наукових досліджень сформовано чіткі рекомендації щодо психологічної та медикаментозної підтримки ветеранів.

Зокрема, Відділ у справах ветеранів і Міністерство оборони США розробили детальні, науково обґрунтовані протоколи, які охоплюють різні етапи допомоги: від профілактики психотравм до лікування складних і хронічних форм посттравматичних розладів. Ці підходи передбачають

комплексне та гнучке застосування психотерапевтичних і фармакологічних методів залежно від тяжкості симптомів і потреб пацієнтів [1].

В американській системі підтримки та реабілітації ветеранів ефективність допомоги визначається такими результатами:

– насамперед, позитивними змінами в соціальному та професійному житті;

– також зменшенням рівня соматичних хвороб, смертності й супутніх проблем (зокрема, алкоголізму);

– тривалим покращенням самопочуття після проходження реабілітації;

– зниженням як інтенсивності, так і кількості виявлених симптомів;

– а також задоволеністю ветерана отриманою підтримкою та підвищенням якості його життя.

Зазначені критерії оцінки якості допомоги застосовуються в провідних міжнародних дослідженнях і визнані стандартом для оцінювання у Департамент у справах ветеранів США та Міністерство оборони США [17].

Надання допомоги військовослужбовцям до і після травматичної події відбувається поетапно:

- профілактика стресових розладів і розвиток психологічної стійкості;
- надання першої психологічної допомоги протягом 1–4 діб після травматичної події (у випадку гострої стресової реакції);
- рання психологічна підтримка в період від 4 до 30 діб після події (за наявності гострого стресового розладу);

Проблемами людей, які фізично повернулися з війни, але психологічно залишаються в її умовах, опікується один із підрозділів Міністерство у справах ветеранів США. Це відомство є другим за масштабами після Міністерство оборони США, налічує близько 280 тисяч працівників і має річний бюджет приблизно 200 млрд доларів.

Міністерство забезпечує ветеранам медичне обслуговування, соціальні пільги, страхування, іпотечні програми, призначає пенсії та інші види допомоги, а також відповідає за організацію поховань - від виплат до

утримання військових кладовищ. Майже 40% бюджету спрямовується на медицину, тоді як понад половину (57%) становлять витрати на компенсації, допомоги та пенсії.

У структурі відомства функціонують численні заклади: понад сотня госпіталів, реабілітаційні центри, сотні клінік, будинки для літніх людей і осіб з інвалідністю, служби догляду вдома та велика кількість ветеранських кладовищ.

Американська система реабілітації спрямована не лише на фізичне відновлення військових, а й на психологічну підтримку (як індивідуальну, так і групову), включно з допомогою членам їхніх сімей. Важливу роль відіграє фізіотерапія: фахівці разом із лікарями з реабілітації, протезування та ортопедії допомагають ветеранам відновити функції організму та повернутися до повноцінного життя. Для кожного пацієнта розробляється індивідуальний план лікування. Проводиться зосередження на виявленні та лікуванні ПТСР, включно з подальшим спостереженням після основного лікування, а також комплексній допомозі при ускладнених формах; на допомозі при постстресових проявах і супутніх розладах, таких як порушення сну, агресивна поведінка або соматичні болі [1].

В Ізраїлі сформовано одну з найефективніших систем психологічної реабілітації військових, зокрема у сфері подолання посттравматичного стресового розладу та інших наслідків бойового стресу. Країна має багаторічний практичний досвід у розв’язанні цих проблем і вирізняється високим рівнем організації психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та їхнім родинам.

У суспільстві існує чітке розуміння важливості психологічної підтримки ветеранів, що знаходить відображення у співпраці держави, армії та громадськості. Спільними зусиллями впроваджуються програми, спрямовані на збереження психічного здоров’я та підвищення якості життя тих, хто пережив бойовий досвід. Ці ініціативи базуються на комплексному та

індивідуалізованому підході, який враховує особисті потреби й життєві обставини кожного ветерана.

Окремої уваги заслуговує система підтримки після демобілізації, побудована за принципом, щоб жоден військовий не залишався сам на сам навіть із незначними труднощами. Вона включає підготовку родини до повернення бійця додому, а також подальший супровід.

Реабілітаційна інфраструктура охоплює розроблення спеціалізованих програм, створення та підтримку центрів анонімної допомоги, супровід осіб з інвалідністю, допомогу військовим із психічними травмами та надання соціальної підтримки[1].

З огляду на постійну загрозу воєнних конфліктів, в Ізраїлі функціонує розгалужена система допомоги, яка складається з кількох ключових напрямів: діагностики й профорієнтації, психологічної підтримки військових, реабілітації демобілізованих, допомоги цивільному населенню в кризових ситуаціях та роботи з родинами постраждалих.

Ізраїльські фахівці (психологи, психотерапевти та реабілітологи) розробили дієві методики, спрямовані на покращення як фізичного, так і психоемоційного стану ветеранів, а також на подолання наслідків бойового стресу й пов’язаних із ним розладів [17].

Висновки до першого розділу

Узагальнюючи викладений матеріал, можна зробити висновок, що психологічна реабілітація військовослужбовців є складним, багаторівневим і тривалим процесом, який охоплює широкий спектр заходів, спрямованих на відновлення психічного, фізичного та соціального функціонування особистості. У ході аналізу було встановлено, що ефективна реабілітація базується на поєднанні різних її видів: психологічної, соціальної, професійної та фізичної, що забезпечує цілісний підхід до відновлення людини після пережитого травматичного досвіду. Важливе значення має поетапність

реабілітаційного процесу, яка передбачає діагностику, стабілізацію психоемоційного стану, психокорекцію, соціальну адаптацію та подальший супровід.

Значну роль у процесі відновлення відіграє реабілітаційний потенціал особистості, який включає біологічні, психологічні, соціальні та духовні компоненти. Саме від рівня цього потенціалу залежить швидкість і результативність адаптації військовослужбовця до мирного життя, а також ефективність застосованих реабілітаційних заходів.

Окрім цього, встановлено, що сучасні методики реабілітації є різноманітними та передбачають використання як традиційних (психотерапія, фізична реабілітація), так і інноваційних підходів (арт-терапія, анімалотерапія, інтерактивні технології, дружня та родинна реабілітація). Такий комплексний підхід сприяє не лише подоланню наслідків бойового стресу, але й відновленню соціальних зв’язків, професійної активності та якості життя загалом.

Сучасні підходи до реабілітації військовослужбовців у провідних країнах світу базуються на комплексності, системності та орієнтації на індивідуальні потреби ветеранів. Досвід США та Ізраїлю демонструє високу ефективність поєднання медичної, психологічної та соціальної допомоги, а також важливість безперервного супроводу військових від моменту профілактики стресових розладів до повного повернення до цивільного життя.

Особливу роль відіграє раннє виявлення психологічних проблем, своєчасне надання допомоги та активне залучення сім’ї до процесу реабілітації. Значна увага приділяється не лише лікуванню, а й підвищенню якості життя, соціальній адаптації та відновленню професійної спроможності ветеранів.

Таким чином, ефективна система реабілітації передбачає міждисциплінарний підхід, державну підтримку, розвинену інфраструктуру та високий рівень суспільної відповідальності. Врахування цього досвіду є надзвичайно важливим для вдосконалення системи допомоги

військовослужбовцям в Україні, особливо в умовах тривалих воєнних викликів. Разом із тим, аналіз сучасного стану системи реабілітації в Україні засвідчив наявність певних проблем, зокрема недостатню системність психологічної допомоги, обмежений доступ до кваліфікованих спеціалістів та потребу у подальшому розвитку державної підтримки у цій сфері.

Врахування теоретичних засад, сучасних методик та міжнародного досвіду є необхідною умовою для вдосконалення системи психологічної реабілітації військовослужбовців в Україні. Це дозволить підвищити ефективність відновлення, сприятиме успішній соціальній інтеграції ветеранів і забезпечить підвищення якості їхнього життя в умовах післявоєнного суспільства.

РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ ТА МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

В другому розділі детально описано особливості психологічного консультування військовослужбовців, які постраждали внаслідок травмівних подій та мають важкі наслідки бойових поранень. Охарактеризовано діагностичний інструментарій у реабілітаційному процесі та обрані психодіагностичні опитувальники та методики: «Опитувальник для військовослужбовців, які проходять медико-психологічну реабілітацію», метод патохарактерологічного діагностичного опитувальника (ПДО), методика дослідження самооцінки Будасі (С. Будассі), опитувальник Басса-Даркі, тест А. Ассингера, методика «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка, методика самооцінки емоційного стану Уессмана-Рікса, «Шкала самооцінки наявності ПТСР (PCL–M) - військова версія», «Шкали оцінювання впливу травмівної події (IES–R)», «Шкала депресії Бека», «Опитувальник пацієнта про стан здоров'я (PHQ-9)», «Тест на наркотичну й алкогольну залежність (Хелпер)», Місісіпська шкала оцінювання посттравматичного стресового розладу.

2.1. Особливості психологічного консультування військовослужбовців, які постраждали внаслідок травмівних подій та мають важкі наслідки бойових поранень.

Військовослужбовці є учасниками бойових дій, які часто вирізняються характерними особливостями, що виявляються у певних психічних станах, процесах, властивостях, поведінці. Це, насамперед, можуть бути підвищена дратівливість, схильність до поганого настрою, нетерплячість, підвищена

реактивність, напруженість, ознаки депресії, підвищена стомлюваність, апатичність, тривожність, страх, фобічні реакції, почуття провини, синдром втрати, агресивність, гнів, образа, злість, гіперболізоване відчуття справедливості, а також фіксація на втратах, труднощі з засинанням, нічні кошмари, тремор, неможливість зняти напругу, в тому числі тілесну, постійне відчуття небезпеки тощо [25].

Все це часто призводить до виникнення відчуття вираженого стомлення й нестачі енергії, підозрілості, ослаблення пам'яті, труднощів концентрації, захопленості спогадами про війну, симптомів посттравматичних стресових розладів, несприятливих особистісних змін, соціально-психологічної дезадаптації, обмеження комунікацій, асоціальної поведінки, проблем побутового, медичного та сімейного характеру, зловживання психоактивними речовинами (ПАР), міжособистісних конфліктів зі своїми чоловіком/дружиною, членами сім'ї, близькими друзями або колегами, невпевненості у майбутньому тощо. З усіма цими проблемами стикаються психологи під час консультації військовослужбовців – учасників бойових дій.

У наслідках переживання людиною травмівних подій для психічного здоров'я можна виділити два аспекти. Перший – той, що на поверхні, – руйнівний, виражений, як правило, у вигляді «розладів, що пов'язані з травмою та стресором» (найпоширеніші: «гострий стресовий розлад» (ГСР) і «посттравматичний стресовий розлад» (ПТСР) [27]), а також у вигляді інших розладів (ускладнене або травматичне горе, депресія, генералізований тривожний розлад, панічний розлад, дисоціативні розлади, розлади із соматичними симптомами, конверсійний розлад, короткі психотичні розлади, зловживання психоактивними речовинами) [29]. Ризик мати коморбідний розлад (депресію та ін.) для тих, хто виявляє ознаки ПТСР, становить 80% [23]. Перераховані розлади суттєво впливають на рівень психологічного благополуччя людини, якість її життя, стосунки з близькими людьми, часто призводячи до соціальної ізоляції та навіть інвалідизації, хронічних

психопатологічних змін особистості та відстрочених реакцій на бойовий стрес [55].

Другий аспект впливу травми – це те, що Дж. Брієр називає «зростанням» [26]. Воно виявляється тоді, коли людина здужала «пройти» через травму, пережити її. В результаті такого проживання якість життя людини також змінюється, але вже в інший бік – усе тепер усвідомлюється по-новому, змінюються й стають глибшими погляди на світ, на себе, на інших людей. Разом з тим, як подолати перший аспект, так і досягти другого, буває дуже складно, й допомога фахівця, психолога чи психотерапевта, є надзвичайно важливою.

Аналіз літературних джерел, шо стосуються посттравматичних стресових станів військовослужбовців [9; 16; 19; 20], дозволяє встановити їх характерні прояви, серед яких найбільш поширеними є такі: думки про самогубство, що в деяких випадках закінчуються реальним здійсненням суїциду; потреба мати при собі зброю та за її допомогою вирішувати проблемні ситуації; часткова або повна втрата сенсу життя, невпевненість у своїх силах; депресія, песимізм, відчуття занедбаності й непотрібності; недовіра до інших людей, нездатність відверто говорити про війну; відчуття нереальності всіх тих подій, що відбувалися на війні; розвиток відчуття нездатності реально впливати на хід подій; нездатність бути в спілкуванні з іншими людьми щирим та відкритим; надмірна тривожність; підсвідоме сприйняття того, що ти «загинув» на війні; спроба знайти відповідь на запитання: «Чому загинули твої Друзі, а не Ти?»; потреба зігнати на комусь злість та проявити агресію за те, що ти брав участь у бойових діях і за все те, що там відбувалося; постійна потреба у високому адреналіні та отриманні гострих відчуттів; несприйняття ветеранів інших війн тощо.

Окреме місце займають проблема фізичних травм, які військовослужбовці отримали, беручи участь у бойових діях, та проблема перебування в полоні, особливо в тих з них, хто зазнав катувань чи насильства. З усіма цими наслідками негативних обставин та подій воєнного часу

стикаються практичні психологи при наданні психологічної допомоги даній категорії громадян.

В іншому науковому дослідженні були отримані такі результати: 10% учасників бойових дій не потребують систематичної роботи з психологом, 66% мають помірний або критичний рівень депресивної симптоматики. Велика частина виявлених симптомів стосувалася когнітивно-афективної сфери. Серед соматичних проявів найбільш часто зустрічалося порушення сну: у 80% демобілізованих військовослужбовців. За ступенем суб'єктивної важливості порушення соціального функціонування посідало перше місце серед інших скарг.

Таблиця 2.1

Дослідження 2018 року серед особового складу одного з підрозділів ЗСУ на предмет вивчення психологічного здоров'я військовослужбовців [17].

№ з/п	Рівні психологічного здоров'я	Частка військовослужбовців
1	психологічно нездорові, надзвичайно дезадаптовані	0 %
2	психологічно нездорові, сильно дезадаптовані, потребують допомоги спеціаліста	1,7 %
3	психологічно нездорові, помірно дезадаптовані, потребують послідовного вирішення психологічних проблем, починаючи з більш легких	33,3 %
4	психологічно здорові, але мають низку проблем, що потребують вирішення	55,3 %
5	повністю психологічно здорові	9,7 %

Щодо даних таблиці 2.1, то слід зазначити, що характер ведення бойових дій приблизно з 2023 року значно змінився через постійне зростання кількості й модифікацій використовуваних дронів. Військові, що знаходяться на першій лінії оборони, стикаються зі значно сильнішими стресовими ситуаціями, в яких здатність до виживання вже не так залежить від рівня підготовки військового та його бойового досвіду. Травмівні події значно сильніше вкарбовуються до підсвідомості бійців, вони часто усвідомлюють, що право вижити залежить не від їх навичок та вмінь, а від «милості Божої». Саме тому дані таблиці 2.1 є орієнтовними, але не такими, що є точними для сучасної російсько-української війни.

Психологу не слід стигматизувати, автоматично наклеюючи ярлик «ПТСР» на кожну людину, яка пережила травматичну подію, і застосовувати хибні або взагалі непотрібні інтервенції.

Удосконалення систем евакуації та стрімкий розвиток сучасних медичних технологій призводять до того, що в умовах нинішніх воєн виживає значно більше людей, ніж це було можливо раніше. Водночас зростає кількість осіб, які отримують інвалідність унаслідок бойових дій. Травми, що призводять до інвалідизації або змінюють зовнішність, мають не лише фізичні наслідки, а й впливають на сприйняття власного тіла, знижують самооцінку та позначаються на міжособистісних стосунках [16].

За даними українських науковців (2020), серед учасників АТО/ООС найпоширенішими були поранення кінцівок - 62,5 %. Водночас рівень ампутацій залишається досить високим, причому вони часто поєднуються з іншими ушкодженнями опорно-рухового апарату, що зумовлює необхідність індивідуального та мультидисциплінарного підходу до лікування і реабілітації.

Аналіз спостережень за особами з ампутаціями серед учасників АТО/ООС, які проходили лікування у відділенні реабілітації пацієнтів з ампутованими кінцівками Військово-медичного клінічного лікувально-реабілітаційного центру в період з 26.12.2016 по 01.08.2019, показав такі результати:

- середній вік на момент поранення становив 33 роки (у межах від 18 до 54 років);
- за статтю переважали чоловіки - 98,1%, жінки становили 1,9%;
- ампутація однієї кінцівки зафіксована у 84,3% випадків, подвійна - у 13,7%, потрійна - у 2,0%;
- основною причиною ампутацій були мінно-вибухові травми (78,4%);
- найчастіше ампутації поєднувалися з акубаротравмами (47%) та закритими черепно-мозковими травмами (41,2%), а також із порушеннями адаптації та депресивними розладами (56,8%);

– у 31% випадків ампутації супроводжувалися переломами трубчастих кісток інших кінцівок.

Зазначені чинники суттєво ускладнюють процес реабілітації та впливають на його тривалість і ефективність [29].

Загалом труднощі, пов’язані з ампутаціями, змінами зовнішності чи втратою фізіологічних функцій унаслідок бойових дій, а також неможливість самостійно подолати ці наслідки, спонукають військовослужбовців звертатися по психологічну допомогу.

Розуміння специфічних психологічних особливостей, що формуються у військовослужбовців внаслідок отримання під час бойових дій тяжких травм, зокрема тих, що призводять до інвалідності або змін зовнішності, дає змогу психологу більш ефективно організувати роботу з такими клієнтами та підвищити результативність психологічної допомоги.

Британські дослідники зазначають, що серед людей з ампутаціями увага зазвичай зосереджується переважно на видимих фізичних вадах, тоді як психологічні наслідки часто залишаються поза увагою як суспільства, так і навіть практикуючих лікарів. Особливо гостро ця проблема проявляється серед ветеранів війни. В українських реаліях ситуація навряд чи є кращою, адже цей аспект недостатньо висвітлений у сучасних наукових дослідженнях. Водночас його обов’язково слід враховувати психологам під час консультування клієнтів [15].

Психоемоційний стан людини після ампутації кінцівки можна охарактеризувати як переживання гострого горя. Незалежно від причин травми, людині необхідний час для проживання втрати, а також для психологічної і фізичної адаптації до зміненого образу тіла та нових функціональних можливостей.

Особливо важливу роль у повсякденному житті відіграють верхні кінцівки, адже вони не лише забезпечують виконання щоденних дій, а й мають значення для вираження емоцій, невербальної комунікації та прояву близькості, зокрема через дотики чи обійми.

Довготривале (11-річне) ретроспективне клінічне дослідження травматичних ампутацій верхніх кінцівок у дорослих показало, що близько 39% осіб переживають патологічне горе.

Під час роботи з клієнтами, які перенесли ампутацію однієї чи кількох кінцівок, психологу варто враховувати, що поведінкові порушення зазвичай не проявляються одразу після операції. У ранній післяопераційний період пріоритетними є фізичне відновлення, боротьба з ускладненнями та лікування супутніх травм. Крім того, у нещодавно поранених військовослужбовців нерідко спостерігається стан ейфорії, пов'язаний із пережитим досвідом виживання, що також впливає на їхній емоційний стан і поведінку [7].

Найбільш поширеними емоційними порушеннями у людей із втратою кінцівок є тривожність і депресивні стани. Вони проявляються через відчуття внутрішньої напруги, проблеми зі сном, соматичні симптоми, а також різноманітні фобії (зокрема страх падіння чи травмування кукси). Також характерними є дратівливість, ворожість, спалахи гніву, агресивність, відчуття беззмістовності життя та інші негативні емоційні реакції. Якщо травма супроводжувалася переживанням загрози життю або спостереженням смерті чи каліцтва інших, рівень психологічних порушень може суттєво зростати. У таких випадках значно підвищується ймовірність розвитку Посттравматичний стресовий розлад.

Депресія найчастіше виникає тоді, коли людина починає усвідомлювати реальні масштаби фізичних і соціальних обмежень. Військовослужбовців особливо хвилюють питання прийняття в родині та суспільстві, можливість продовження служби та повернення до звичного способу життя.

Дослідження показують, що рівень тривожності та депресії серед осіб із посттравматичними ампутаціями є значно вищим, ніж у середньому серед населення. Історичні спостереження, зокрема часів Другої світової війни, свідчать, що військові, які отримали ампутації через власну необережність або порушення дисципліни, частіше переживали депресивні стани.

Сучасні дослідження за участю військовослужбовців Нідерландів, які зазнали інвалідності внаслідок тяжких поранень нижніх кінцівок під час бойових дій в Афганістані (2005–2014 рр.), підтверджують, що саме бойова інвалідизація має найсерйозніші наслідки для фізичного та психічного здоров'я порівняно з ампутаціями, не пов'язаними з війною [8].

Дослідники зазначають, що поєднання таких психотравмуючих факторів, як втрата кінцівки та безпосередня участь у бойових діях у момент травмування, має взаємопосилювальний ефект, що значно підсилює негативні психологічні наслідки для пораненого військовослужбовця.

Водночас наукові дані свідчать, що важливим захисним чинником у процесі адаптації після ампутації є наявність стабільної соціальної підтримки, насамперед із боку родини, яка істотно полегшує психологічне відновлення.

Згідно з дослідженнями американських фахівців, проведеними серед жінок-військовослужбовців, які зазнали ампутації, встановлено, що вони переживають страх за власну безпеку, труднощі із прийняттям зміненого образу тіла, почуття втрати та горя. Водночас успішному відновленню сприяють такі чинники, як позитивне ставлення, підтримка з боку оточення, особиста стійкість і мужність, військова підготовка, почуття гумору та переконання у значущості власного досвіду і жертви.

Більшість досліджень із цієї тематики показують, що хоча впродовж перших двох років після ампутації у людей можуть спостерігатися підвищені рівні тривожності та депресії, з часом ці показники поступово знижуються до середніх значень, характерних для загальної популяції.

Однією з типових психологічних особливостей осіб із ампутаціями є використання механізму заперечення. Такі люди можуть, наприклад, не визнавати наявність фантомних відчуттів через страх бути сприйнятими як психічно нестабільні. Заперечення може проявлятися у сновидіннях, де людина бачить себе без ушкоджень, або у переконанні, що в майбутньому отримає трансплантовану кінцівку. Деякі пацієнти мають нереалістичні

очікування щодо протезування, вважаючи, що зможуть функціонувати так само, як і до травми [14].

Крім того, клієнти часто не визнають власні негативні переживання - тривогу, депресію чи внутрішнє напруження. В окремих випадках можливі параноїдальні реакції, коли відповідальність за відсутність прогресу у відновленні перекладається на медичних працівників. Заперечення також може проявлятися у відмові від участі в реабілітаційних заходах або у надмірному зануренні в релігійні практики як способі уникнення обговорення власних проблем.

Цей механізм може функціонувати як тимчасовий адаптаційний ресурс, однак за тривалого збереження він ускладнює процес реабілітації, заважає прийняттю втрати та негативно впливає на міжособистісні стосунки. Часто після тривалого заперечення настає депресивний стан.

Важливим чинником, що впливає на якість життя та психологічний стан осіб із ампутаціями, є фантомний біль. Попри те, що це явище було описане ще у XVI столітті, його механізми досі залишаються недостатньо вивченими. Водночас у роботі з такими клієнтами психологу важливо підкреслювати, що фантомні відчуття є нормальним явищем і не свідчать про психічні порушення [17].

Феномен фантомної кінцівки: фантомна кінцівка, тобто відчуття в ампутованій частині тіла, є майже універсальним явищем. Інтенсивність цих відчуттів може бути різною: іноді вони настільки слабкі, що людина помічає їх лише за умови свідомого зосередження уваги. Спочатку фантомна кінцівка часто сприймається як повністю аналогічна втраченої, однак з часом її характеристики можуть змінюватися - за розміром, формою, положенням у просторі та характером відчуттів. Наприклад, при ампутації на рівні плеча може виникати відчуття проміжку між куксою та «фантомним» ліктем. Найбільш виразно зазвичай відчуваються кисті рук і стопи.

Спектр відчуттів є дуже широким: від легкого поколювання, тепла чи холоду до відчуття тяжкості, судом, скручування, печіння або різкого болю. У

більшості випадків фантомні відчуття з’являються одразу після ампутації, хоча іноді можуть виникати й пізніше [17].

Зазвичай фантомні відчуття поступово зникають протягом кількох тижнів, хоча в окремих випадках можуть періодично проявлятися ще протягом кількох років. Зникнення фантома, особливо у верхніх кінцівках, може супроводжуватися відчуттям, ніби рука або пальці «приєднуються» безпосередньо до кукси. Водночас при наявності хронічного фантомного болю подібне зникнення зазвичай не відбувається.

Соматосенсорні спогади, значна частина яких має болісний характер, можуть бути мультимодальними, тобто включати не лише відчуття болю, а й тактильні, зорові, рухові та навіть нюхові компоненти. Наприклад, якщо військовослужбовець втратив руку внаслідок вибуху снаряда, який тримав, у фантомних відчуттях може зберігатися переживання, ніби рука й досі утримує цей предмет. В інших випадках фантомні відчуття можуть супроводжуватися уявленням про кров, що стікає по кінцівці. Боєць із ампутованою ногою здатен відчувати або візуалізувати уламки кістки чи знову переживати процес накладання пов’язки на поранення [18].

Переважна більшість таких соматосенсорних спогадів пов’язана з підвищеним рівнем тривожності. Крім того, емоційне напруження може провокувати появу фантомного болю або посилювати його інтенсивність/

Нейрофізіологічні аспекти фантомної кінцівки: спостереження, які не знаходили пояснення в межах наявних нейрофізіологічних теорій, а також обмежена ефективність хірургічних методів у зменшенні фантомного болю, тривалий час сприяли уявленню про його переважно психологічне походження. Зокрема, існувала думка, що такі симптоми можуть бути пов’язані з небажанням людини прийняти факт втрати кінцівки, або ж відображають процес переживання втрати. Також припускалося, що фантомний біль може бути пов’язаний із емоційними переживаннями, такими як почуття провини чи ворожості до інших осіб з подібними травмами, з якими

пацієнти себе ототожнюють. Окремі підходи навіть пов’язували ці явища з наявністю попередніх психічних порушень.

Разом із тим сучасні дослідження свідчать, що, хоча психологічні, культурні та емоційні чинники дійсно впливають на сприйняття болю, вони не підтверджують суто психогенного походження фантомних відчуттів. Особи, які мають труднощі з адаптацією, часто зосереджуються на болю як основному джерелі дискомфорту. Відомо також, що стрес, тривожність і депресивні стани можуть провокувати або посилювати фантомний біль [23].

Таким чином формується своєрідне «замкнене коло»: з одного боку, фантомний біль сприяє розвитку тривожності та депресії, а з іншого - ці емоційні стани, у свою чергу, посилюють інтенсивність больових відчуттів.

Під час Другої світової війни було встановлено, що військовослужбовці з ампутованими кінцівками, яких направляли до психіатра через порушення дисципліни, частіше повідомляли про біль, ніж ті, хто звертався по допомогу з власної ініціативи. Водночас це не свідчить про те, що біль обов’язково має психогенне походження. Однак відомо, що люди з хронічними больовими відчуттями (незалежно від їх органічної чи функціональної природи) зазвичай демонструють високі показники нейротизму за особистісним опитувальником Айзенка, що значно ускладнює процес їх лікування.

На сьогодні відзначається зменшення поширеності інтенсивних хронічних болів, пов’язаних з ампутаціями, порівняно з попередніми десятиліттями. Це можна пояснити досягненнями в медицині та психології, зокрема скороченням часу між отриманням травми та госпіталізацією, удосконаленням хірургічних методів, застосуванням сучасних антибіотиків і знеболювальних засобів, а також більшим розумінням поведінкових особливостей після ампутації та зміною суспільного ставлення до людей з інвалідністю [22].

У роботі психолога з військовослужбовцем, який втратив кінцівку, важливо на етапі реабілітації надавати клієнту реалістичне уявлення про майбутні труднощі. Необхідно створити умови, у яких він зможе відкрито

висловлювати свої переживання (безсилля, сором, гнів чи почуття провини) та пройти через процес горювання за втраченою частиною тіла, що є важливим для її прийняття.

У таких клієнтів поступово формується нова ідентичність. Це може передбачати не лише опанування нової професійної діяльності, а й зміну способу мислення, емоційних реакцій, поведінки та взаємодії з іншими. Дії, які раніше виконувалися автоматично, потребують свідомого контролю. Важливим є також перегляд попередніх установок, зокрема щодо фізичної привабливості, ролей чоловічості чи жіночності, а також уявлень про самостійність. Якщо людина дотримується переконання, що фізичні обмеження означають психологічну чи соціальну неповноцінність, вона, ймовірно, буде очікувати такого ж ставлення від оточення [27].

Суттєву роль у процесі адаптації після тяжких бойових травм відіграє попередній життєвий досвід людини. Важливими є її соціальне середовище, рівень освіти, професійні досягнення, якість міжособистісних стосунків, звичні стратегії подолання стресу та система цінностей, яка визначає ставлення до інвалідності.

Цивільні особи, які мають низьку успішність у навчанні, труднощі з працевлаштуванням, досвід вживання психоактивних речовин або пережили жорстокі покарання в дитинстві, зазвичай гірше адаптуються після тяжких травм, зокрема ушкоджень хребта, і частіше демонструють депресивні стани та деструктивну поведінку. Подібна ситуація спостерігається і серед військовослужбовців: ті, хто мав конфлікти з командирами, часто відчувають труднощі у встановленні довірливих взаємин із медичним персоналом під час реабілітації. Імовірно, такі ж складнощі можуть виникати й у процесі налагодження контакту з психологом.

Особи з високим рівнем освіти та сформованими професійними навичками зазвичай краще адаптуються, оскільки здатні до продуктивної діяльності та планування майбутнього. Натомість люди, чия професійна діяльність була пов’язана переважно з фізичною працею, стикаються з

більшими труднощами. Важливим чинником є також відчуття контролю над власним життям: ті, хто вважає себе відповідальними за власне здоров'я та життєві обставини, переживають менший рівень пригніченості, ніж ті, хто приписує все випадку, долі чи впливу інших людей.

Як приклад адаптації на рис. 2.1. наведено фото з обличчями солдатів до, під час та після війни. Автор фото – журналіст, фотограф Сноу Л. [17].



Рис. 2.1. Обличчя солдатів до, під час та після війни [17].

Суттєве значення має і місце інвалідності в системі особистісних цінностей. Деякі люди сприймають біль передусім як сигнал про стан здоров'я і можливі наслідки, тому можуть відмовлятися від лікування, якщо не бачать у ньому терапевтичної користі. Інші зосереджуються на самому переживанні болю та прагнуть лише його полегшення. Особливо складно адаптуватися тим, для кого до травми важливою була фізична активність, адже обмеження рухливості викликає значний психологічний дискомфорт. У частини людей втрата функціональності асоціюється зі зниженням особистісної цінності, а також зі страхом втрати любові та поваги з боку оточення.

У процесі роботи з клієнтами особлива увага приділяється таким напрямам:

а) корекції порушеної усвідомленості;

б) формуванню мотивації до участі в реабілітаційному процесі;

в) подоланню механізму заперечення;

г) опрацюванню проблем, пов’язаних із болем, депресивними станами, сексуальними порушеннями тощо.

Існує точка зору, що зниження мотивації у клієнтів з часом часто пов’язане з неможливістю досягти завищених і нереалістичних цілей, які вони перед собою ставлять. Тому в процесі консультування особлива увага приділяється формуванню досяжних і реалістичних цілей. За можливості психологу варто також поінформувати родину клієнта про необхідність обережного подання інформації щодо майбутніх планів і перспектив, уникаючи необґрунтованих обіцянок повного відновлення. Водночас надзвичайно важливими є підтримка, розуміння та прийняття з боку близьких [18].

Фахівці підкреслюють, що для людей з інвалідністю поряд із фізичною реабілітацією велике значення має психологічна допомога. Особливу увагу слід приділяти формуванню та розвитку копінг-стратегій, які сприяють підвищенню задоволеності життям. Дослідження підтверджують тісний зв’язок між рівнем задоволеності життям і психологічним благополуччям, загальним станом здоров’я та якістю соціальної взаємодії.

Розробляючи копінг-стратегії, психолог має враховувати індивідуальні характеристики клієнта, зокрема стать, вік, рівень освіти, сімейний статус, ступінь функціональних обмежень, час настання інвалідності та її тривалість, оскільки ці чинники впливають на суб’єктивне відчуття якості життя.

Також важливо пам’ятати, що одним із ключових чинників успішної реабілітації є мобільність клієнта. Для осіб з інвалідністю це питання має життєво важливе значення і потребує першочергової уваги.

2.2. Діагностичний інструментарій у реабілітаційному процесі.

Психодіагностика є одним із початкових етапів у процесі надання психологічної допомоги. Важливо зазначити, що діагностичні процедури виконують не лише функцію оцінювання, але й вирішують низку інших завдань, серед яких: встановлення довірливого контакту з клієнтом, його інформування та підтримка, збір відомостей про інші можливі проблеми фізичного і психічного стану, а також налагодження подальшої взаємодії.

Процес оцінювання має сприяти формуванню мотивації у людини до продовження співпраці з психологом та іншими спеціалістами. У разі неналежного проведення цього етапу подальша робота може не відбутися, оскільки клієнт може відмовитися від отримання психологічної допомоги.

Фахівці, які здійснюють психодіагностику осіб, що постраждали внаслідок повномасштабної війни в Україні, повинні дотримуватися відповідних принципів [4, 5,8, 13, 16].

Таблиця 2.2

Принципи психодіагностики постраждалих від постраждалих від воєнних дій на території України

Принцип	Короткий опис
Безпеки	Створення атмосфери психологічної та емоційної безпеки для клієнта. Після встановлення контакту проведення скринінгу на основі чіткої методики. Обов'язково треба пояснити: заповнення опитувальників є необхідною ланкою в процесі психологічної допомоги. Ключовий момент: Виявляти позитивне ставлення до людини.
Зацікавленості	Демонстрування небайдужого ставлення, поваги, щирої турботи. Допомога постраждалим не вичерпується тільки психологічною підтримкою. Суттєва частина допомоги припадає на розв'язання соціальних, родинних проблем, труднощів на роботі чи проблем із працевлаштуванням. Ключовий момент: Сприяння в задоволенні нагальних потреб людини
Мінімізації травми	Мінімізація пов'язаних з травмою переживання людини, з метою уникнення повторного травмування. Заборона на слова: «постраждалий» чи «травмований». Ключовий момент: Постановка тільки необхідних запитань, отримання лише важливої інформації, врахування особливої вразливості людей
Відповідальності	Бути максимально відкритим, послідовним, передбачуваним. Дії тільки після пояснень. Ключовий момент: Своєчасне виконання обіцянок, визнання при непорозумінні своєї відповідальності.

Конфіденційності	Першочергове отримання усвідомленої згоди; пояснення, кому і як буде надана інформація, опис можливих обмежень в дотриманні принципу конфіденційності. Ключовий момент: Інформація особистого характеру, яку повідомляє людина, може використовуватися лише в її інтересах
Професіоналізму і професійної відповідальності	Психолог відповідає за компетентну та якісну роботу, за пріоритетність цілей надання допомоги клієнтові незалежно від його поведінки чи реакцій. Ключовий момент: Компетентна поведінка незалежно від дій клієнта
Достатнього мінімуму	Використання лише такого психологічного інструменту, який допоможе вирішити завдання конкретного обстеження Ключовий момент: Без перевантажування людини, якій надається психологічна допомога
Чіткого розуміння меж професійної компетентності	Скерування клієнта до професіонала в разі відсутності відповідної кваліфікації.

Таблицю складено автором на основі матеріалу [25, с. 87-88].

Під час проведення психодіагностики необхідно дотримуватися певних етичних та професійних обмежень. Зокрема, не допускається здійснювати обстеження особи, яка перебуває у стані інтоксикації; у такій ситуації фахівець повинен надати необхідну допомогу та запропонувати повернутися до діагностики тоді, коли клієнт буде у працездатному стані. Також неприпустимо примушувати людину розповідати про пережиті події, ставити надмірно особисті запитання або нав’язувати їй власні уявлення щодо її почуттів чи можливих дій.

Наслідком воєнних конфліктів часто стають різноманітні порушення психічного здоров’я населення. У світовій практиці для обстеження осіб, які пережили значні психологічні травми, розроблено велику кількість клініко-психологічних та психометричних методик. За окремими даними, для діагностики посттравматичних розладів використовується понад сорок різних опитувальників. Більшість із них є складними у застосуванні та потребують спеціальної підготовки для правильного проведення і тлумачення результатів. Крім того, використання окремих методик, таких як проективні тести Роршаха чи Сонді, вимагає не лише професійної підготовки, але й спеціального дозволу, тому вони переважно застосовуються у клінічній практиці.

Зміст, обсяг і специфіка психодіагностичного обстеження визначаються його метою. Це можуть бути проведення скринінгу, встановлення діагнозу

шляхом оцінювання симптомів і синдромів, диференціальна діагностика, аналіз ефективності попередніх психологічних впливів, а також визначення напрямів психокорекції чи психотерапії та виявлення особистісних ресурсів клієнта [25].

Одним із початкових етапів посткризової психодіагностики є проведення скринінгу. Скринінг (відбір, сортування) у медичній практиці розглядається як система первинного обстеження клінічно безсимптомних осіб з метою виявлення наявності або відсутності певного захворювання. Зазвичай скринінгові методики не виконують функцію повноцінної діагностики, а лише дають змогу визначити осіб із підвищеним ризиком розвитку відповідних розладів.

Головною метою скринінгових процедур у посткризовій діагностиці є оцінка актуального психологічного та фізичного стану людини, а також виявлення осіб, які перебувають у стані стресу. У разі проведення скринінгу протягом першого місяця після травматичної події основна увага приділяється виявленню гострого стресового розладу (ГСР), що найчастіше проявляється саме в цей період. Після закінчення місяця з моменту травми доцільно проводити скринінг посттравматичного стресового розладу (ПТСР) для його раннього виявлення. Крім того, важливим завданням скринінгу є визначення осіб із високою ймовірністю відтермінованого розвитку ПТСР, а також тих, хто потребує більш детального психологічного обстеження.

Результати сучасних досліджень свідчать про те, що на сьогодні не існує точного інструменту для прогнозування відтермінованого розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР). У провідних арміях світу, зокрема в ізраїльській, дотримуються підходу, за яким післякризове обстеження повинні проходити всі учасники бойових дій. При цьому ініціатива щодо проведення такого тестування має виходити від психологів, а не від самих військовослужбовців чи їхнього командування.

В Україні медичним працівникам рекомендується здійснювати скринінг з метою виявлення психологічних чинників соматичних захворювань у

пацієнтів, які звертаються до закладів первинної медичної допомоги зі скаргами на повторювані неспецифічні порушення фізичного здоров'я [25].

У світовій практиці існує значна кількість скринінгових методик, які активно використовуються для оцінювання психічного стану. Частина з них застосовується і в Україні для обстеження осіб, що постраждали внаслідок воєнних дій.

Скринінгові методики є складовою переддіагностичного етапу обстеження, основною метою якого є виявлення осіб, які потребують психологічної допомоги. Водночас слід підкреслити, що скринінг не забезпечує встановлення остаточного діагнозу, а лише дозволяє визначити осіб із підвищеною ймовірністю наявності певного розладу.

Скринінгові опитувальники, спрямовані на виявлення посттравматичного стресового розладу (ПТСР), дають змогу ідентифікувати ключові симптоми цього стану, встановити характер травматичної події, яку пережила людина, а також оцінити рівень її психологічного впливу. Відомо, що ступінь розвитку ПТСР значною мірою залежить від інтенсивності та тривалості травматичного досвіду [28].

Як правило, проведення скринінгових тестів та інтерпретація їх результатів є відносно простими, що дозволяє швидко визначити осіб із наявністю або відсутністю ознак розладу. Раннє виявлення симптомів створює можливість своєчасного початку психологічної допомоги, що сприяє зменшенню негативних наслідків психотравмуючих подій.

У деяких випадках переддіагностичне обстеження може здійснюватися у формі бесіди або інтерв'ю, під час якого визначається наявність симптомів посттравматичних розладів. З цією метою може використовуватися формалізоване психодіагностичне інтерв'ю, зокрема для оцінки ймовірності розвитку ПТСР у комбатантів [29].

Процес скринінгу, подальшого направлення до психолога, психотерапевта або психіатра та проведення поглибленого психологічного обстеження можна систематизувати за окремими напрямами.

1. Для виявлення основних симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) доцільно застосовувати такі інструменти:

– стандартизований опитувальник для скринінгу ПТСР, який містить сім запитань;

– «Контрольний перелік питань для оцінювання ПТСР (PCL–5)»;

– «Шкалу самооцінки наявності ПТСР (PCL–M)», що є адаптованою військовою версією.

2. З метою визначення характеру травматичної події, пережитої особою, використовується «Контрольний перелік життєвих подій (LEC)».

3. Оцінити ступінь впливу травматичної події на психічний стан людини можна за допомогою «Шкали оцінювання впливу травматичної події (IES–R)».

Після проведення скринінгу психолог здійснює подальше поглиблене обстеження, основними завданнями якого є:

- уточнення та конкретизація діагнозу;

- оцінка стану осіб із ПТСР з точки зору їхньої безпеки для себе та оточення (зокрема виявлення суїцидальних тенденцій): наявності суїцидальних думок, попередніх спроб самогубства, проявів агресії, фактів лікування психічних розладів або адиктивної поведінки тощо;

- визначення осіб, які потребують обов’язкової консультації вузьких спеціалістів (психотерапевта, психіатра, нарколога тощо), а також їх направлення для поглибленого обстеження та отримання рекомендацій щодо подальшого лікування.

Для точнішого встановлення діагнозу, якщо під час скринінгу було виявлено ознаки ПТСР, доцільно здійснити їх поглиблене дослідження за допомогою «Контрольного переліку оцінки ПТСР (PCL-5)». Водночас важливо всебічно проаналізувати життєві обставини постраждалого, зокрема досвід психотравм, сімейний стан, рівень соціальної адаптації, професійну активність та якість життя. Це необхідно, оскільки разом із ПТСР можуть виникати супутні психічні порушення, соматичні захворювання, складні сімейні ситуації або залежність від психоактивних речовин [17].

Для оцінювання рівня безпеки клієнтів із ПТСР щодо себе та оточення доцільно використовувати такі методики, як «Опитувальник ризику суїциду» та «Опитувальник агресивності (А. Басса - М. Перрі)». Суїцид, як свідоме позбавлення себе життя, становить одну з найбільших загроз, тому навіть за мінімальних підозр варто проводити відповідну діагностику.

У сучасних умовах одними з основних чинників, що підвищують ризик суїцидальної поведінки, є участь у бойових діях і перебування в полоні, оскільки після повернення ветерани часто не можуть самостійно впоратися з пережитим досвідом. Ризик самопошкодження або самогубства також зростає під впливом таких факторів, як психічні розлади, депресивні стани, вживання алкоголю чи інших психоактивних речовин, попередні спроби суїциду, відсутність підтримки з боку родини, безробіття, почуття безнадії, підвищена тривожність і відсутність життєвих перспектив.

Дослідження свідчать, що сам по собі ПТСР не завжди пов’язаний із підвищеним ризиком суїциду, однак у поєднанні з клінічною депресією ймовірність суїцидальної поведінки суттєво зростає. У випадках, коли стан людини становить загрозу для неї самої або для оточення, необхідно негайно направити її до психотерапевта чи лікаря-психіатра [18].

Окрім цього, військовослужбовці нерідко стикаються з депресивними та тривожними розладами, а також із проблемами зловживання алкоголем чи іншими психоактивними речовинами або формуванням залежності. Такі стани можуть негативно впливати на функціонування особистості в сімейному житті, професійній діяльності та соціальному середовищі.

Для виявлення подібних порушень доцільно застосовувати відповідні психодіагностичні методики:

- «Опитувальник Бека (BDI)» або «Опитувальник здоров’я пацієнта (PHQ-9)» - для діагностики депресивних станів;

- «AUDIT» або «CAGE» - для оцінювання рівня вживання алкоголю;

- «Тест Хелпера» - для визначення алкогольної та наркотичної залежності.

Наукові дослідження також підтверджують тенденцію до збільшення рівня вживання алкоголю після пережитих психотравм. У зв'язку з цим проблема алкоголізму набуває особливої актуальності, зокрема й в Україні, де спостерігається зростання кількості пов'язаних із цим соціальних і психологічних труднощів [25].

Вживання психоактивних речовин часто використовується як своєрідний спосіб подолання стресу, хоча така стратегія є малоефективною. Її поширенню сприяє те, що алкоголь на початковому етапі створює короткочасне відчуття полегшення, однак згодом викликає тривале пригнічення діяльності центральної нервової системи. Таким чином, алкоголь фактично виступає як депресант.

Для розмежування осіб із загальними психологічними труднощами (зокрема невротичними проявами, неускладненими розладами адаптації чи дисоціативними станами) та осіб із імовірним ПТСР доцільно застосовувати мінімально необхідний набір психодіагностичних методик. До основних належать: «Міссісіпська шкала оцінки ПТСР» (окремо для військових/ветеранів і для цивільних), а також «Шкала впливу травматичної події (IES-R)». Усі ці інструменти входять до переліку методик, рекомендованих уніфікованим клінічним протоколом, затвердженим в Україні.

У разі, якщо результати тестування за цими методиками свідчать про наявність ПТСР, особу слід направити до спеціалізованого закладу для проведення поглибленого обстеження та отримання відповідної психологічної допомоги [25].

У разі, якщо результати тестування відповідають нормі, подальше психологічне обстеження не є необхідним.

Якщо ж показники перебувають між нормою та рівнем, що свідчить про можливу наявність ПТСР, психологу слід продовжити діагностичну роботу з метою уточнення глибини та специфіки психотравматичного впливу.

Для цього доцільно застосовувати додаткові методики, зокрема: «Опитувальник перитравматичної дисоціації», «Опитувальник Бека (BDI)», «Опитувальник ризику суїциду» та «Тест Хелпера» для виявлення алкогольної чи наркотичної залежності.

У випадках, коли діагностуються розлади адаптації помірного рівня, психолог може самостійно здійснювати корекційну роботу. Однак якщо такі розлади супроводжуються вираженою психічною травматизацією або депресивними станами, до процесу допомоги необхідно залучати психотерапевта, а за потреби й лікаря-психіатра.

2.3. Короткі характеристики обраних психодіагностичних методик.

Дослідження військовослужбовців доцільно розпочинати з анкети «Опитувальник для військовослужбовців, які проходять медико-психологічну реабілітацію» [18, с. 144-152], що наведено в додатку А. Опитування розпочинається з заповнення «Заяви про добровільну згоду на участь в опитуванні». В даному опитувальнику наведено питання щодо загальної інформації про респондента (стать, вік, сімейний стан, наявність дітей, військово-облікова спеціальність, вид військ, термін військової служби та досвід безпосередньої участі в бойових діях), розкривається інформація щодо наявності поранень, оцінки власного матеріального становища, житла; окремо пропонується оцінити стан особистого здоров’я, розкрити питання про пережиту стресову подію.

Під час експериментального дослідження психолог створює спеціально організовані умови з метою виявлення конкретних психологічних закономірностей і фактів. Опитувальні методи забезпечують отримання безпосередньої інформації від респондентів щодо їхніх переживань, думок і мотивів поведінки.

Дослідження військовослужбовців, що проходять психологічну реабілітацію, доцільно проводити у двох блоках:

- аналіз самопочуття, настрою; особистісної зрілості та самосприйняття; рівня агресивності та ворожості особистості; адекватності поведінки особи у взаємодії з оточуючими; самооцінки, тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності респондента;

- вияв наявності ПТСР, впливу травмівної події, депресії та наркотичної чи/й алкогольної залежності.

Короткі характеристики обраних методик допоможуть зрозуміти інформацію про їх психометричні властивості.

Метод патохарактерологічного діагностичного опитувальника (ПДО) використовується для визначення типів акцентуацій характеру та пов'язаних із ними індивідуально-психологічних рис особистості. Зокрема, він дає можливість оцінити схильність до вживання алкоголю, ризик соціальної дезадаптації, прояви емансипаційних реакцій у самооцінці, а також рівень вираженості маскулінних і фемінних рис у міжособистісній взаємодії. Дана методика широко застосовується у практиці психологів і психіатрів.

ПДО складається з 25 тематичних блоків тверджень (наприклад, «самопочуття», «настрій» тощо), кожен з яких містить від 10 до 19 варіантів відповідей. Обстеження проводиться у два етапи. На першому етапі респондент обирає в кожному блоці твердження, які найбільше відповідають його стану, та заносить їх номери до спеціального бланка. Якщо підходить кілька варіантів, допускається вибір кількох відповідей, але не більше трьох у межах одного блоку.

На другому етапі дослідження обстежуваному пропонується у тих самих блоках визначити відповіді, які найменше відповідають його стану, та також зафіксувати їх у бланку. В обох випадках допускається відмова від вибору у певних блоках - тоді у реєстраційному листі зазначається «0». Якщо кількість таких відмов у двох етапах досягає семи і більше, це може свідчити про труднощі у виконанні завдання, зумовлені низьким рівнем інтелектуального розвитку або негативним ставленням до обстеження. У таких ситуаціях доцільно попередньо провести психотерапевтичну бесіду. Під час другого

етапу також дозволяється обирати дві або три найбільш неприйнятні відповіді в кожному блоці.

Застосування методики ПДО є недоцільним у випадках виражених інтелектуальних порушень або гострих психотичних станів, що супроводжуються розладами свідомості, маренням, галюцинаціями та іншими подібними симптомами, а також при значних психічних відхиленнях шизофренічного, органічного чи іншого генезу. Якщо у респондента спостерігається негативне ставлення до обстеження, його проведення можливе лише після встановлення довірливого контакту та проведення попередньої психотерапевтичної роботи.

Обробка результатів здійснюється за допомогою спеціальних ключів і шкали об’єктивної оцінки, які містять умовні позначення типів акцентуацій та додаткових показників. Кожен символ відповідає одному балу для певного типу характеру: гіпертимного, циклоїдного, лабільного, астено-невротичного, сенситивного, конформного, психоастенічного, шизоїдного, епілептоїдного, істероїдного та нестійкого. В одному виборі можуть нараховуватися бали одразу за кількома типами [2].

Отримані результати відображаються у вигляді графіка, який підлягає подальшому аналізу та корекції, а також дозволяє визначити додаткові показники. Уточнення результатів здійснюється шляхом врахування балів за об’єктивною шкалою. Остаточне визначення типів акцентуацій характеру проводиться відповідно до системи послідовного застосування діагностичних правил (Додаток Б).

Методика дослідження самооцінки Будасі (С. Будассі) є проективним тестом, який передбачає ранжування особою 20 особистісних якостей у двох списках: «Ідеальне Я» (бажані якості) та «Реальне Я» (якості, що властиві людині насправді). Подальше порівняння цих списків дає змогу визначити ступінь їхньої розбіжності та оцінити адекватність самооцінки, що відображає рівень особистісної зрілості та самосприйняття.

Суть методики полягає в тому, що респондент спочатку впорядковує 20 якостей відповідно до власного уявлення про ідеал (перший список), а потім — відповідно до того, наскільки ці якості притаманні йому в реальності (другий список). Ранжування здійснюється від найбільш значущих або характерних до найменш значущих, із присвоєнням відповідних балів. Основний принцип методу полягає в тому, що чим меншою є різниця між позиціями якостей у списках «Ідеального» та «Реального» Я, тим більш адекватною вважається самооцінка особистості. Для аналізу результатів використовується розрахунок коефіцієнта кореляції між двома рядами, що дозволяє визначити ступінь відповідності між «Я-ідеальним» і «Я-реальним» (Додаток В).

Спрощена інструкція застосування методики передбачає отримання переліку з 20 якостей (наприклад, працьовитість, доброзичливість, заздрість, сміливість) та виконання таких дій:

– перший етап («Ідеальне Я»): розташувати якості у порядку від найбільш бажаної до найменш бажаної (де 1 - найважливіша);

– другий етап («Реальне Я»): у тому ж списку впорядкувати якості відповідно до ступеня їх прояву у себе (1 - найбільш притаманна);

– обчислення результату: визначити коефіцієнт кореляції (зокрема, через різницю рангів d2), що характеризує рівень самооцінки.

Отримані результати інтерпретуються таким чином: показник, близький до нуля (±0,37), свідчить про слабкий зв’язок між «Я-ідеальним» і «Я-реальним» та може вказувати на неадекватне самосприйняття. Негативне значення коефіцієнта (від –0,38 до –1) відображає значну розбіжність між цими образами, що зазвичай пов’язано із заниженою самооцінкою.

Таким чином, дана методика дозволяє оцінити не лише рівень самооцінки, а й ступінь її адекватності, тобто відповідність уявлень людини про себе реальному стану її особистісних характеристик [11].

Опитувальник Басса–Даркі є одним із найпоширеніших інструментів для оцінювання рівня агресивності та ворожості особистості. Він включає 75

тверджень, щодо яких респондент висловлює згоду або незгоду (додаток Д). У межах цієї методики виділяють такі основні типи реакцій:

1. Фізична агресія - прояв агресивної поведінки через застосування фізичної сили до іншої особи.

2. Непряма агресія - дії агресивного характеру, які здійснюються опосередковано або не мають чітко визначеного об’єкта.

3. Роздратованість - схильність до швидкого виникнення негативних емоцій навіть під впливом незначних подразників, що проявляється у запальності та різкості.

4. Негативізм - опозиційна поведінка, яка може варіюватися від пасивного опору до активного протистояння встановленим нормам і правилам.

5. Образливість - почуття заздрості та ворожого ставлення до інших, що виникає внаслідок реальних або уявних дій з їхнього боку.

6. Підозрілість - рівень недовіри до оточуючих, який може проявлятися як настороженість або переконання в їхніх намірах завдати шкоди.

7. Вербальна агресія - вираження негативних емоцій через мовлення, як у формі (підвищений тон, крик), так і у змісті висловлювань (погрози, образи).

8. Почуття провини - внутрішнє відчуття власної провини, схильність оцінювати себе як «погану» людину, що супроводжується переживанням каяття.

Кількісна обробка результатів дозволяє визначити загальний рівень агресивності, а також встановити найбільш характерні форми прояву ворожої поведінки [13].

Тест А. Ассингера призначений для оцінювання адекватності поведінки особи у взаємодії з оточуючими, а також визначення рівня її комунікативної відкритості (додаток Е). З метою підвищення достовірності результатів може використовуватися метод взаємооцінювання, коли колеги відповідають на запитання один за одного, що дозволяє порівняти самооцінку з оцінкою з боку інших. Респонденту необхідно обрати один із запропонованих варіантів відповіді та вказати його номер [13].

Методика «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка призначена для дослідження таких психологічних станів, як тривожність, фрустрація, агресивність і ригідність. У тесті подається перелік різних проявів психічних станів, які респондент має оцінити (додаток К). Якщо опис відповідає стану опитуваного і проявляється часто, він оцінюється у 2 бали; якщо виникає час від часу - у 1 бал; якщо ж не відповідає - у 0 балів.

Показники, що визначаються за допомогою цього опитувальника, інтерпретуються таким чином:

– Особистісна тривожність - це стійка схильність людини до переживання тривоги, що характеризується низьким порогом виникнення тривожних реакцій;

– Фрустрація - психоемоційний стан, який виникає через наявність реальних або уявних перешкод на шляху до досягнення мети;

– Агресивність - підвищена активність, що проявляється у прагненні до домінування або лідерства шляхом застосування тиску чи сили;

– Ригідність - схильність до стійкості у поведінці та труднощів у її зміні відповідно до нових умов.

Бланки для проведення опитування та оформлення результатів наведені на рис. 2.2 та 2.3.

Бланк опитувальника

Прізвище, ім'я _____

I	II	III	IV
1.	1.	1.	1.
2.	2.	2.	2.
3.	3.	3.	3.
4.	4.	4.	4.
5.	5.	5.	5.
6.	6.	6.	6.
7.	7.	7.	7.
8.	8.	8.	8.
9.	9.	9.	9.
10.	10.	10.	10.
Всього:	Всього:	Всього:	Всього:

Рис. 2.2. Бланк опитувальника до тесту Г. Айзенка [15].

Як видно, бланк опитувальника поділено на 4 блоки по 10 питань в кожному.

Протокол діагностики самооцінки психічних станів (за Г. Айзенком)

Дата _____

№ з/п	Шифр особи	Показники (кількість балів)			
		Тривожність	Фрустрація	Агресивність	Ригідність
Всього*	Н				
	С				
	В				

Рис. 2.3. Протокол діагностики самооцінки психічних станів (за Г. Айзенком) [15].

Даний тест дає змогу оцінити окремі неадаптивні психічні стани, зокрема тривогу, фрустрацію та агресію, а також такі особистісні характеристики, як тривожність, фрустрованість, агресивність і ригідність.

Методика самооцінки емоційного стану Уессмана-Рікса є простим у застосуванні опитувальником, який використовується для самостійного оцінювання емоційних станів. Оцінювання здійснюється за десятибальною шкалою. Емоційний стан військовослужбовців тісно пов'язаний із рівнем і формами прояву агресії, оскільки в умовах військової діяльності психіка людини постійно зазнає впливу інтенсивних стресових факторів. Бойові дії, постійна загроза життю, відповідальність за виконання завдань, втрати побратимів, хронічна втома та фізичне виснаження формують стан тривалого емоційного напруження, що істотно впливає на поведінкову регуляцію.

У стані підвищеної тривожності та емоційної напруги активізуються захисні механізми психіки, одним із яких є агресія. У цьому випадку вона може виконувати адаптивну функцію - мобілізувати внутрішні ресурси, сприяти швидкому реагуванню на небезпеку та забезпечувати готовність до активних дій. Такі агресивні реакції мають захисний характер і пов'язані з інстинктом самозбереження.

Однак за тривалого впливу бойового стресу агресія поступово втрачає контрольований характер і набуває деструктивних проявів. Хронічне напруження, фрустрація, відчуття безсилля, накопичений гнів і пригнічені

емоції сприяють виникненню імпульсивних реакцій, які можуть проявлятися у словесних конфліктах, фізичній агресії, підвищеній дратівливості або аутоагресивній поведінці.

Емоційні стани, такі як страх, тривога, гнів і фрустрація, виступають безпосередніми чинниками, що провокують агресію. Зокрема, страх і відчуття небезпеки можуть викликати агресивну реакцію як спосіб психологічного захисту. Фрустрація, пов'язана з неможливістю досягти мети або контролювати ситуацію, підвищує ймовірність агресивних проявів. Невиражений гнів накопичується та з часом може проявлятися у різкій і неконтрольованій поведінці.

Особливістю військового середовища є те, що агресія часто розглядається як допустима або навіть необхідна для ефективного виконання бойових завдань. Це сприяє її закріпленню як звичної моделі реагування. Проте після повернення до мирного життя така поведінка може стати неадаптивною, що призводить до труднощів у спілкуванні та підвищеної конфліктності.

Отже, емоційний стан військовослужбовця є важливим чинником, що визначає рівень агресивної поведінки. Підвищена тривожність, фрустрація та емоційне виснаження сприяють зростанню агресії, тоді як емоційна стійкість, навички саморегуляції та наявність психологічної підтримки допомагають зменшити її деструктивні прояви та спрямувати у соціально прийнятні форми.

«Шкала самооцінки наявності ПТСР (PCL–M) – військова версія» (Додаток Л) базується на критеріях DSMIV, містить 17 пунктів – ознак ПТСР, для опитування потрібно 5–7 хвилин. Респонденти оцінюють кожний пункт від 1 (зовсім ні) до 5 (дуже виражено), щоб вказати на міру виявлення конкретного симптому впродовж минулого місяця [25].

«Шкали оцінювання впливу травмівної події (IES–R)» (Додаток М) так само як і Місісіпська шкала, спрямована на виявлення рівня симптомів посттравматичних стресових розладів, вважається достатньо валідною і прогностичною. Порівняно з Місісіпською шкалою вона коротша, а тому

охоплює меншу кількість симптомів і дає менш диференційований діагноз. Перший варіант шкали (Impact of Event Scale – IES) представили М. Горовіц, Н. Вілнер та В. Алварес 1979 року. Тоді вона складалася з 15 тверджень і виявляла лише реакції «вторгнення» та «уникнення». У 1995 році Д.С. Вейс та його колеги зробили доповнення до шкали, що дало змогу додатково виявляти симптоми гіперзбудження. Відповіді на запитання дають у формі п'ятибальної шкали Лікерта [25].

«Шкала депресії Бека», точний переклад – «Інвентаризація депресії Бека» (Beck Depression Inventory). Цю методику представили А.Т. Бек та група його співробітників 1961 року. Вона базувалася на клінічних спостереженнях за людьми, в яких діагностувалися різні рівні депресій. Було відібрано 21 категорію симптомів і скарг:

1) сум;
2) песимізм;
3) відчуття тотальних невдач;
4) незадоволеність собою;
5) відчуття провини;
6) відчуття, що мене ніби постійно за щось карають;
7) самозаперечення;
8) самозвинувачення;
9) наявність суїцидальних думок;
10) плаксивість;
11) дратівливість;
12) почуття соціальної відчуженості;
13) нерішучість;
14) дисморфія-фобія;
15) труднощі в роботі;
16) безсоння;
17) стомлюваність;
18) втрата апетиту;

19) втрата у вазі;

20) заклопотаність станом здоров’я;

21) втрата сексуального потягу.

Кожна категорія складається із чотирьох тверджень, які є показниками симптомів депресії. Ці твердження ранжовані за наростанням їхнього внеску в загальну картину депресії. У класичній формі рекомендувалося, щоб бланк заповнював психолог, зачитуючи пункти опитуваному. Щоб опитуваний не плутався, йому ставлять запитання, але без назв симптомів, балів і ранжування. Тепер допускають, щоб опитуваний сам заповнював бланк, але в такому разі в бланку проставляються лише номери, а не назви симптомів. Однак зрозуміло, що такий підхід менш інформативний, а його результат може бути недостатньо достовірним. Висновок роблять на основі простого додавання балів (бланк методики, опрацювання та інтерпретація даних див. у Додатку Н).

«Опитувальник пацієнта про стан здоров’я (PHQ-9)» (Додаток П) розробили доктори Роберт Л. Спітзер, Джанет Б.В. Вільямс, Курто Кронке. Шкала спрямована на самооцінювання депресії, складається з 9 пунктів, її вважають ефективною в діагностиці великого депресивного розладу, а також для вибору методу/засобу лікування та моніторингу результатів. Опитувальник дає можливість визначити рівні тяжкості депресії:

1) депресії нема;

2) легка («субклінічна») депресія;

3) помірної тяжкості депресія;

4) середньої тяжкості депресія;

5) важка депресія.

Опитувальник PHQ-9 входить до уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад» [25].

«Тест на наркотичну й алкогольну залежність (Хелпер)»: на відміну від осіб із суїцидальними намірами, особи схильні до наркоманії й алкоголізму (навіть якщо ця схильність виникла внаслідок перенесеної травми) схильні заперечувати свою залежність, пояснювати її як «нормальний» наслідок пережитого. Зауважмо, що алкоголізм чи наркоманія, які приховуються, точно і легко діагностуються медичними аналізами.

Для орієнтувального опитування можна застосувати тест, який розробили фахівці наркологічного центру «Хелпер» (Додаток Р). Однак цей тест не можна розглядати як повністю достовірний. Опитування краще проводити у вигляді діагностичного інтерв'ю, коли психолог сам ставить запитання і сам відмічає відповіді, за потреби уточнюючи їх. Однак бувають випадки, коли опитуваному легше самостійно заповнити бланк, аніж вступати в розмову. Тоді йому дають інший бланк, не той, що його використовують психологи.

Місісіпська шкала оцінювання посттравматичного стресового розладу: ця методика є одним із найпростіших серед так званих клінічних способів діагностики. Вона була розроблена Т. Кіаном у 1988 році для виявлення посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військовослужбовців і ветеранів. У 1995 році з'явилася її адаптована версія для цивільного населення. Опитувальник містить 35 тверджень у військовому варіанті та 39 - у цивільному, які оцінюються за п'ятибальною шкалою Лікерта.

Оцінювання результатів здійснюється шляхом підрахунку загальної суми балів, що дозволяє визначити ступінь впливу травматичного досвіду на особистість. Запитання поділяються на чотири групи: симптоми вторгнення, уникнення, фізіологічної збудливості (гіперактивації), а також окремий блок, спрямований на виявлення почуття провини та суїцидальних тенденцій (додаток С) [25].

Методика характеризується достатньою надійністю та широко використовується у практиці психодіагностики. Місісіпська шкала

характеризується належними психометричними показниками, а високі сумарні бали за нею тісно пов’язані з наявністю посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та дозволяють досить точно оцінити рівень адаптації або дезадаптації після пережитої травми. Водночас поняття «розлад адаптації» використовується не як клінічний діагноз, а як умовне визначення ступеня прояву посттравматичних реакцій.

Методика створена на основі MMPI та відзначається високою внутрішньою узгодженістю як у військовому, так і в цивільному варіантах. Обстеження може проводитися як індивідуально, так і в груповому форматі.

Застосування Місісіпського опитувальника дає змогу виявити осіб із можливими проявами ПТСР, невротичними розладами та різним рівнем дезадаптації. Осіб із підозрою на ПТСР доцільно направляти до психіатра, з вираженою дезадаптацією до психотерапевта, тоді як психолог може самостійно або у співпраці з іншими фахівцями надавати допомогу тим, у кого виявлено низький чи середній рівень дезадаптації.

Висновки до другого розділу

У другому розділі було проаналізовано особливості психологічної реабілітації військовослужбовців, які зазнали травматичних подій і мають тяжкі наслідки бойових поранень, а також обґрунтовано методологічні підходи до їх дослідження.

Встановлено, що участь у бойових діях супроводжується широким спектром негативних психічних станів і поведінкових проявів, серед яких домінують тривожність, депресія, агресивність, емоційне виснаження, порушення сну, соціальна дезадаптація та симптоми посттравматичного стресового розладу. Особливу складність становлять випадки поєднання психічної травми з тяжкими фізичними ушкодженнями, зокрема ампутаціями, які значно ускладнюють процес психологічної адаптації та відновлення особистості.

Доведено, що психологічні наслідки травми мають як деструктивний, так і потенційно трансформаційний характер, оскільки за певних умов можливе посттравматичне зростання. Водночас ефективне подолання негативних наслідків травми потребує професійної психологічної допомоги, індивідуалізованого підходу та врахування особистісних, соціальних і біографічних чинників клієнта.

Значну увагу приділено феномену ампутації як складному психофізіологічному явищу, що супроводжується переживанням втрати, формуванням нової ідентичності, розвитком тривожно-депресивних станів, використанням захисних механізмів (зокрема заперечення) та виникненням фантомних відчуттів і болю. Визначено, що ефективність реабілітації значною мірою залежить від рівня соціальної підтримки, особливо з боку родини, а також від сформованості адаптивних копінг-стратегій.

Обґрунтовано, що психологічне консультування має бути спрямоване на формування реалістичних цілей, підвищення мотивації до реабілітації, опрацювання емоційних переживань, подолання заперечення та розвиток навичок подолання стресу. Важливим є також врахування індивідуальних характеристик клієнта, його життєвого досвіду, системи цінностей та рівня соціального функціонування.

У розділі детально охарактеризовано психодіагностичний інструментарій, який використовується у процесі реабілітації, зокрема скринінгові методики для виявлення ПТСР, депресії, тривожних розладів та залежностей. Підкреслено, що психодіагностика виконує не лише оціночну, а й мотиваційну, комунікативну та прогностичну функції, сприяючи встановленню контакту з клієнтом і визначенню подальших напрямів психологічної допомоги.

Таким чином, результати аналізу свідчать про необхідність комплексного, мультидисциплінарного підходу до психологічної реабілітації військовослужбовців, який поєднує психодіагностику, психологічне

консультування та соціальну підтримку, що є ключовою умовою ефективного відновлення та повернення до повноцінного життя.

РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

В третьому розділі представлено зміст, організацію, аналіз та інтерпретацію результатів емпіричного дослідження особливостей психологічної реабілітації поранених військовослужбовців. Наведено практичні рекомендації щодо способів психологічної реабілітації, окремо приділено увагу важливості капеланської служби в реабілітаційному процесі військових з пораненнями.

3.1. Зміст та організація дослідження соціально-психологічних чинників подружніх зрад та розлучень.

Спираючись на теоретичні дослідження, зазначені фактори психологічної реабілітації військовослужбовців, було розроблено програму емпіричного дослідження. У даному пункті визначено основні етапи, процедуру та методи дослідження.

Для вирішення поставлених завдань, дослідження проводилося поетапно.

На першому етапі дослідження, було визначено актуальність вивчення проблеми психологічної реабілітації військовослужбовців з пораненнями. Зазначено фактори, що ускладнюють процес проходження реабілітації, описано особливості психологічного стану військових, що проходять психологічну реабілітацію.

На другому етапі було сформовано відбір та обґрунтування психодіагностичного інструментарію для дослідження особливостей психологічної реабілітації військових. Було обрано наступні методики та опитувальники: «Опитувальник для військовослужбовців, які проходять

медико-психологічну реабілітацію», метод патохарактерологічного діагностичного опитувальника (ПДО), методика дослідження самооцінки Будасі (С. Будассі), опитувальник Басса-Даркі, тест А. Ассингера, методика «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка, методика самооцінки емоційного стану Уессмана-Рікса, «Шкала самооцінки наявності ПТСР (PCL–M) – військова версія», «Шкали оцінювання впливу травмівної події (IES–R)», «Шкала депресії Бека», «Опитувальник пацієнта про стан здоров'я (PHQ-9)», «Тест на наркотичну й алкогольну залежність (Хелпер)», Місісіпська шкала оцінювання посттравматичного стресового розладу.

На третьому етапі було сформовано вибірку досліджуваних військовослужбовців. Всього обрано як учасників дослідження 60 чоловіків-військовослужбовців з пораненнями різного ступеня тяжкості. Зазначені особи віком від 35 до 60 років, що проходять психологічну реабілітацію після служби на першій, другій та третій лінії оборони. Стислу характеристику досліджуваних військовослужбовців наведено в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Стисла характеристика досліджуваних військовослужбовців

№ з/п	Показник	кількість	відсоток
1	***Освіта:***	***60***	***100***
1.1	вища	16	26,7
1.2	неповна вища	14	23,3
1.3	професійно-технічна	20	33,3
1.4	повна загальна середня	10	16,7
2	***Час перебування на службі:***	***60***	***100***
2.1	до 4 років	33	55,0
2.2	5–10 років	23	38,3
2.3	11–15 років	2	3,3
2.4	16–17 років	2	3,3

Як видно, таблиця відображає стислу характеристику досліджуваних військовослужбовців за рівнем освіти та тривалістю служби. Загальна кількість опитаних становить 60 осіб (100%). У структурі освіти переважають особи з професійно-технічною підготовкою - 20 осіб (33,3%). Вищу освіту мають 16 військовослужбовців (26,7%), а неповну вищу - 14 осіб (23,3%). Найменшу частку становлять респонденти з повною загальною середньою

освітою - 10 осіб (16,7%). Це свідчить про те, що більшість досліджуваних мають або спеціалізовану професійну підготовку, або вищу освіту, що загалом характеризує достатній освітній рівень вибірки.

За тривалістю служби найбільша група - військовослужбовці зі стажем до 4 років: 33 особи (55,0%). Значну частку становлять також ті, хто служить від 5 до 10 років - 23 особи (38,3%). Невелика кількість має більший стаж: по 2 особи (по 3,3%) служать 11–15 років і 16–17 років відповідно. Ці дані показують, що у вибірці переважають військовослужбовці з відносно невеликим досвідом служби, тоді як частка досвідчених військових є незначною.

Наглядно структуру військовослужбовців за освітою наведено на рис. 3.1.

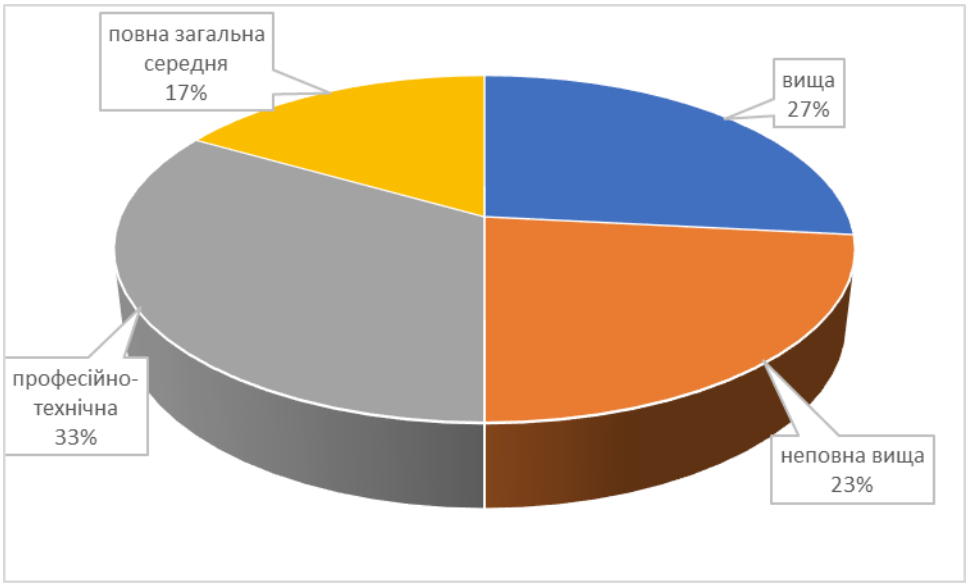


Рис. 3.1. Структура військовослужбовців за рівнем освіти.

Основну частку становлять особи з професійно-технічною освітою 33%. Це найбільший сектор діаграми, що свідчить про переважання військових із практичною спеціалізованою підготовкою. Другу за величиною частку займають військовослужбовці з вищою освітою (27%). Це означає, що понад чверть досліджуваних мають повну вищу освіту. Дещо менше (23%) припадає на осіб із неповною вищою освітою, що також є значною часткою вибірки. Найменший сектор становлять військовослужбовці з повною загальною середньою освітою (17%).

Діаграма наочно демонструє, що серед досліджуваних домінують військовослужбовці з професійно-технічною та вищою освітою, тоді як частка осіб лише із середньою освітою є найменшою. Це вказує на достатньо високий загальний освітній рівень вибірки.

Структуру військових за строком перебування на службі наведено на рис. 3.2. Найбільшу частку становлять військовослужбовці зі стажем до 4 років - 55%. Це більше половини вибірки, що свідчить про переважання осіб із відносно невеликим досвідом служби. Другою за чисельністю є група зі стажем 5–10 років - 39%. Це також значна частка, яка разом із попередньою формує основну масу досліджуваних. Невелику частину становлять військовослужбовці з більшим стажем:

- 11–15 років - 3%;
- 16–17 років - 3%.

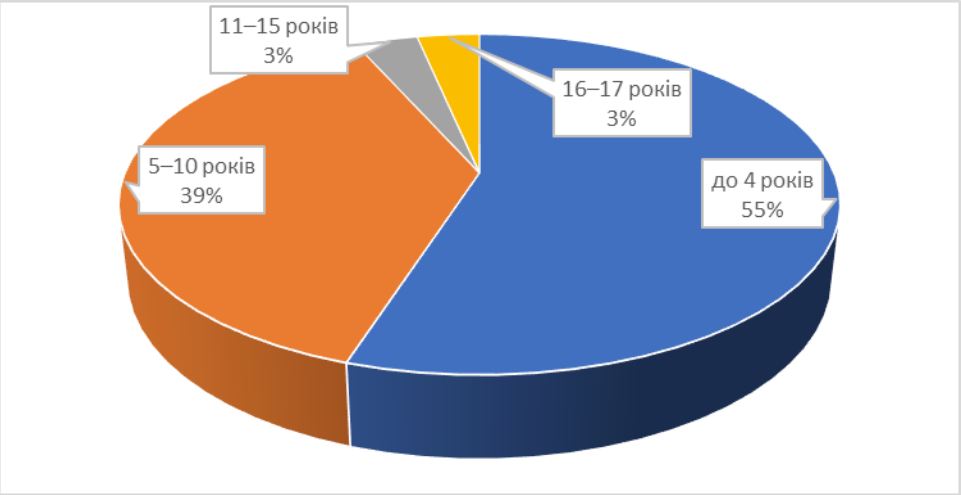


Рис. 3.2. Структура військовослужбовців за рівнем строком перебування на службі.

Діаграма наочно демонструє, що у вибірці домінують військовослужбовці з невеликим та середнім стажем служби (до 10 років), тоді як частка досвідчених військових із тривалим стажем є мінімальною. Це може свідчити про відносно «молодий» за службовим досвідом склад досліджуваної групи.

Загалом отримані результати свідчать про те, що досліджувана група характеризується переважанням молодших за стажем військовослужбовців із достатнім рівнем освіти, серед якого домінує професійно-технічна та вища

освіта. Це може впливати на рівень професійної підготовки та адаптації до умов служби.

Характеристику вибірки військовослужбовців за званням, стажем служби та бойовим досвідом наведено в таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Характеристика вибірки військовослужбовців, що проходять психологічну реабілітацію за званням, стажем служби та бойовим досвідом

Вік	**Звання**	**Чол.**	**%**	**Стаж служби**	**Бойовий досвід**
чоловіки					
35-44 роки	солдат 35-44	14	23,33	1-6 років	1-4 роки
	ст. солдат 35-44	8	13,33	7-18 років	2-3 роки
	м. сержант 35-44	1	1,67	8-12 років	3 роки
	Всього:	**23**	**38,33**		
45-54 роки	солдат 45-54	16	26,67	1-6 років	5 міс - 4 роки
	ст. солдат 45-54	7	11,67	6-16 років	1-4 роки
	м. сержант 45-54	1	1,67	5-7 років	5 років
	Всього:	**24**	**40,00**		
55-60 років	солдат 55-60	7	11,67	2-3 роки	5 міс - 3 роки
	ст. солдат 55-60	5	8,33	6 років	2-3 роки
	сержант 55-60	1	1,67	3-8 років	2 роки
	Всього:	**13**	**21,67**	-	-
	Разом:	**60**	**100,00**	-	-

Як видно з таблиці, найбільшу частку вибірки становлять військовослужбовці віком 45–54 роки - 24 особи (40,0%). Серед них переважають солдати (16 осіб; 26,67%), далі - старші солдати (7 осіб; 11,67%) і незначна кількість молодших сержантів (1 особа; 1,67%). Друга за чисельністю група - військовослужбовці 35–44 років - 23 особи (38,33%). У цій категорії також домінують солдати (14 осіб; 23,33%), старші солдати становлять 8 осіб (13,33%), а молодші сержанти - лише 1 особу (1,67%). Найменшу частку складають військові віком 55–60 років - 13 осіб (21,67%). У цій групі більшість - солдати (7 осіб; 11,67%) та старші солдати (5 осіб; 8,33%), і лише 1 особа має звання сержанта (1,67%). Загалом у вибірці чітко переважають військовослужбовці рядового складу (солдати та старші солдати), тоді як частка сержантського складу є мінімальною.

Стаж служби варіюється залежно від вікової групи:

- у віці 35–44 роки - переважно від 1 до 6 років, але зустрічається і триваліший стаж (до 18 років);

- у групі 45–54 роки - також значний розкид: від 1 до 16 років;

- у найстаршій групі (55–60 років) стаж здебільшого менший - від 2 до 8 років.

Це свідчить про наявність як відносно нових військовослужбовців, так і тих, хто має тривалий досвід служби.

Бойовий досвід досліджуваних також різниться:

- у групі 35–44 роки - приблизно від 1 до 4 років;

- у віці 45–54 роки - від 5 місяців до 5 років;

- у групі 55–60 років - від 5 місяців до 3 років.

Загалом більшість військовослужбовців мають бойовий досвід тривалістю до 4 років, хоча є окремі випадки більш тривалого залучення. Вибірка характеризується переважанням військовослужбовців середнього віку (35–54 роки), здебільшого рядового складу, із різним, але переважно помірним стажем служби та бойовим досвідом до кількох років. Це вказує на те, що психологічну реабілітацію проходять як відносно нові військові УБД, так і ті, хто вже має значний досвід участі в бойових діях.

Структуру військовослужбовців за віком наведено на рис. 3.3.

Як видно з рисунка, найбільшу частку становлять військовослужбовці віком 45–54 роки - 40%. Це свідчить про домінування у вибірці осіб середнього віку. Майже така ж значна частка припадає на групу 35–44 роки - 38%. Разом ці дві категорії охоплюють переважну більшість досліджуваних. Найменшою є група військовослужбовців віком 55–60 років - 22%, хоча вона також становить помітну частину вибірки. Діаграма демонструє, що основну частину вибірки складають військовослужбовці середнього віку (35–54 роки), тоді як частка старших за віком (55–60 років) є меншою, але все ж значущою. Це вказує на зрілий віковий склад досліджуваної групи.

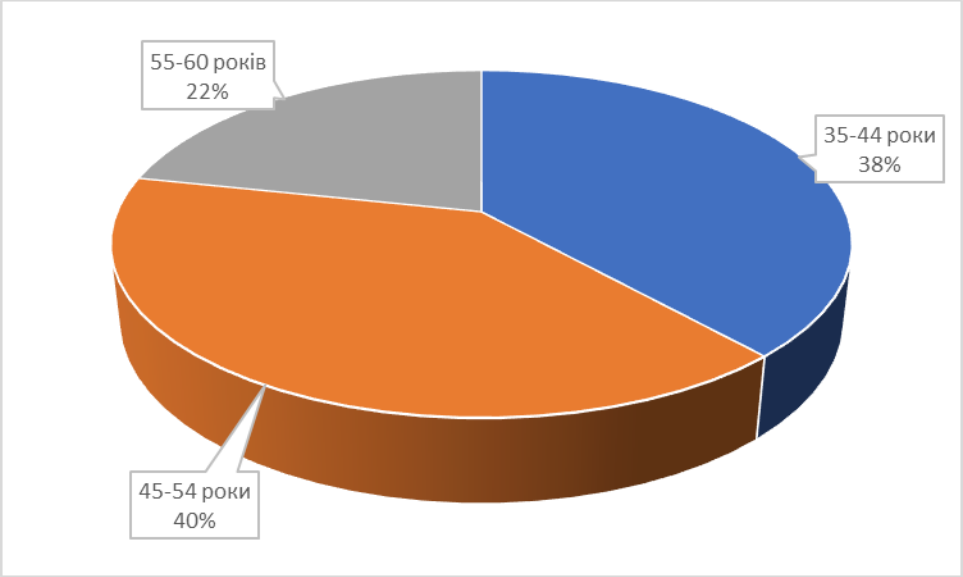


Рис. 3.3. Структура військовослужбовців за віком.

Досліджувана вибірка представлена військовослужбовцями середнього віку (35–60 років), переважно рядового складу, з достатнім рівнем освіти (домінує професійно-технічна та вища) та відносно невеликим або середнім стажем служби. Більшість із них мають обмежений бойовий досвід (до 4 років), що свідчить про поєднання як нових, так і більш досвідчених учасників бойових дій серед осіб, які проходять психологічну реабілітацію.

3.2. Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження.

Дослідження, проведене за допомогою патохарактерологічного діагностичного опитувальника (ПДО), дало змогу визначити такі типи акцентуацій характеру військовослужбовців, що проходять психологічну реабілітацію: епілептоїдний, гіпертимний, нестійкий та змішаний - епілептоїдно-нестійкий.

Епілептоїдний тип (його також називають «збудливим» або «некерованим») характеризується підвищеною дратівливістю, схильністю до агресії, гнівливості та жорстокості. Для таких осіб типово гостро реагувати навіть на незначні подразники, довго пам’ятати образи та прагнути відплати.

Вони надають великого значення порядку, однак мають труднощі з контролем власних імпульсів, що часто призводить до конфліктних ситуацій.

Гіпертимний тип акцентуації є варіантом норми і проявляється стабільно піднесеним настроєм, високою активністю, енергійністю та комунікабельністю. Такі люди прагнуть до діяльності та спілкування, однак можуть бути поверхневими, не доводити розпочате до кінця, тяжіють до ризику й важко переносять одноманітність, обмеження та сувору дисципліну, що іноді викликає у них спалахи роздратування.

Нестійкий тип акцентуації (за класифікаціями А. Лічка та К. Леонгарда) визначається слабкою волею, відсутністю внутрішньої стійкості та надмірною орієнтацією на розваги. Для таких осіб характерна емоційна нестабільність, підвищена чутливість до стресу, а також небажання навчатися чи працювати.

Епілептоїдно-нестійкий тип поєднує риси двох попередніх: з одного боку - імпульсивність, схильність до агресії, педантичність і прагнення домінувати, а з іншого - безвольність, труднощі з дотриманням дисципліни та постійну потребу в розвагах. У відповідному середовищі такі особистості часто прагнуть лідерства, демонструючи при цьому різкі та агресивні реакції.

Графічні результати представлено на рис. 3.4.

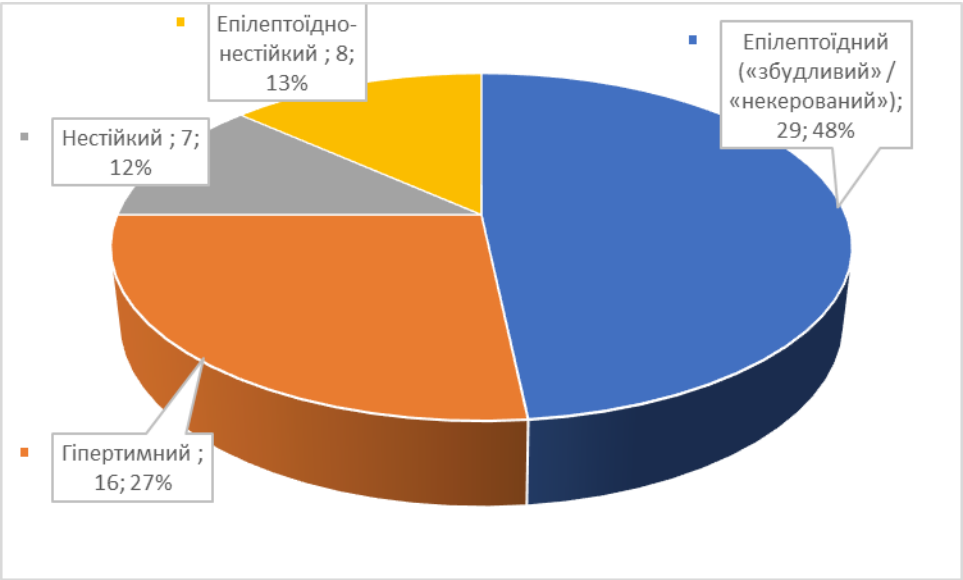


Рис. 3.4. Типи акцентуації характеру військових.

На рисунку зображено кругову діаграму розподілу військовослужбовців за типами акцентуацій характеру. Найбільшу частку становить епілептоїдний

тип («збудливий», «некерований») - 29 осіб (48%). Це свідчить про домінування у вибірці осіб із підвищеною імпульсивністю, схильністю до агресії та прагненням до контролю. Другою за чисельністю є група з гіпертимним типом - 16 осіб (27%). Вони характеризуються активністю, товариськістю та оптимістичним настроєм. Меншу частку становлять військовослужбовці з епілептоїдно-нестійким типом - 8 осіб (13%), для яких притаманне поєднання агресивності та безвольності. Найменшою є група з нестійким типом акцентуації - 7 осіб (12%), що характеризується слабкою волею та орієнтацією на розваги.

Отже, у 29 опитаних (48%) встановлено епілептоїдний тип акцентуації. Цим респондентам притаманні підвищена дратівливість, схильність до агресивних реакцій, недовіра у міжособистісних відносинах, поєднана з потребою в підтримці. Усі представники цієї групи зазначили використання алкоголю як засобу зниження напруги. Крім того, вони виявляють схильність до ризикованої поведінки та ігнорування правил, особливо якщо ті обмежують їхню свободу дій.

Гіпертимний тип акцентуації виявлено у 16 респондентів. Для них характерні товариськість, неприйняття самотності, схильність до ризику, недостатня організованість, швидке переключення між різними видами діяльності, а також інколи різкість у поведінці.

Нестійкий тип діагностовано у 12 осіб. Вони відзначаються слабкою волею, безвідповідальністю, орієнтацією на розваги, труднощами у плануванні майбутнього та залежністю від оточення. Такі респонденти часто уникають відповідальності, не дотримуються обіцянок і схильні підлаштовуватися під інших.

Епілептоїдно-нестійкий тип зафіксовано у 8 досліджуваних. Він поєднує прагнення до контролю, жорсткість і домінування з безвідповідальністю та орієнтацією на легкий спосіб життя. Представники цієї групи також демонструють підвищену схильність до вживання алкоголю.

Діаграма наочно демонструє переважання епілептоїдного типу акцентуації серед досліджуваних військовослужбовців, тоді як інші типи представлені значно меншою мірою. Це вказує на специфіку психологічного профілю вибірки та важливість урахування цих особливостей у процесі психологічної роботи.

Ключові характеристики військовослужбовців за типами акцентуації характеру зведено в таблиці 3.3.

Таблиця 3.3

Ключові характеристики військовослужбовців за типами акцентуації характеру

Тип акцентуації характеру	Основні характеристики	Поведінка в різних ситуаціях	Рекомендації
Епілептоїдний (29 осіб)	Емоційна нестабільність, прагнення до контролю та порядку, схильність до конфліктів, образливість, імпульсивність	У фруструючих обставинах можливі сильні спалахи гніву, агресії та навіть жорстокості. У сприятливому середовищі можливе часткове згладження проявів. Важливо, щоб терапевт залишався спокійним і стабільним, виступаючи опорою, а не суперником	Важливо спілкуватися відкрито й прямо, оскільки такі особи цінують щирість. Не рекомендується використовувати маніпуляції чи пасивно-агресивну поведінку
Гіпертимний (16 осіб)	Стійко підвищений настрій, висока активність, швидке мовлення та жести, легкість у встановленні контактів, лідерські якості, оптимізм, схильність до ризику, неприйняття обмежень і монотонності	Часто діють імпульсивно, можуть ризикувати без достатнього обдумування, проявляють легковажність, інколи бувають нав’язливими або різкими у спілкуванні	Рекомендується обирати діяльність із активною комунікацією та зміною вражень. Водночас важливо розвивати самодисципліну та навички доведення справ до завершення
Нестійкий (12 осіб)	Слабка воля, відсутність чітких життєвих орієнтирів, орієнтація на задоволення, схильність до пошуку легких шляхів, залежність від впливу оточення, емоційна нестабільність	Важко переносять необхідність дисципліни, тривалої наполегливої роботи або обмеження власних бажань заради досягнення цілей	Потребують підтримуючого середовища з чіткою структурою або діяльності, яка відповідає їхнім інтересам і не вимагає значних вольових зусиль

Тип акцентуації характеру	Основні характеристики	Поведінка в різних ситуаціях	Рекомендації
Епілептоїдно-нестійкий (8 осіб)	Поєднання агресивності, гнівливості, прагнення до домінування з безвольністю, відсутністю цілеспрямованості та схильністю до впливу інших, конфліктність	Важко переносять будь-які обмеження, часто порушують правила, мають схильність до вживання алкоголю	Цей тип є складним для корекції через поєднання жорсткості та імпульсивності, тому потребує комплексного та тривалого підходу

Таблиця систематизує типи акцентуацій характеру військовослужбовців, відображаючи їх ключові психологічні особливості, поведінкові прояви у різних ситуаціях та відповідні рекомендації щодо взаємодії і корекції. Зокрема, епілептоїдний тип характеризується підвищеною імпульсивністю, конфліктністю та прагненням до контролю, що зумовлює агресивні реакції у фруструючих обставинах. Гіпертимний тип вирізняється високою активністю, комунікабельністю та оптимізмом, проте супроводжується недостатньою організованістю та схильністю до ризику. Нестійкий тип проявляється у слабкій волі, залежності від зовнішнього впливу та орієнтації на задоволення, що ускладнює досягнення довгострокових цілей. Епілептоїдно-нестійкий тип поєднує риси агресивності та домінування з безвідповідальністю і нестійкістю поведінки, що значно ускладнює процес психологічної корекції.

Таким чином, представлена класифікація підкреслює необхідність диференційованого підходу до психологічної роботи з військовослужбовцями з урахуванням типу акцентуації їхнього характеру, особливо в умовах реабілітації.

У процесі дослідження для оцінювання рівня самооцінки та розподілу респондентів на відповідні групи застосовувалася методика Будассі, яка дає змогу здійснити кількісне визначення загального рівня самооцінки. Отримані результати наведено нижче.

Високий рівень самооцінки виявлено у 15% опитаних (9 осіб). Ці респонденти сприймають себе як суб’єктів власного життя, усвідомлюють

власну значущість і впевнені у своїй здатності бути корисними іншим. Вони відкриті до нового досвіду та схильні до ризику, навіть за умов можливих невдач. Такі люди повністю налаштовані на реабілітацію.

У 45% досліджуваних (27 осіб) зафіксовано низький рівень самооцінки. Для них характерні невпевненість у власних силах, страх перед можливими невдачами та уникнення нових завдань. Такі особи не схильні до ризику, не очікують позитивних результатів від своїх дій і часто не пов'язують майбутні зміни зі своїми зусиллями. Даний тип опитуваних має ряд труднощів, які необхідно переборювати для того, щоб ефективно пройти психологічну реабілітацію.

Середній рівень самооцінки притаманний 40% респондентів (24 особам), що розглядається як сприятливий показник. Для діяльності в умовах реабілітації саме такий рівень є оптимальним, оскільки забезпечує адекватну оцінку власних можливостей і сприяє ефективному виконанню поставлених завдань.

Результати аналізу отриманих даних було виокремлено три групи досліджуваних, та наведено в таблиці 3.4.

Таблиця 3.4

Групи досліджуваних за рівнем самооцінки

Група	Характеристика	Кількість осіб, чол.	%
I	особи з високим рівнем самооцінки	9	15,00
II	особи із середнім рівнем самооцінки	27	45,00
III	особи з низьким рівнем самооцінки	24	40,00

Як видно, таблиця відображає розподіл досліджуваних військовослужбовців за рівнем самооцінки. Найбільшу частку становлять особи із середнім рівнем самооцінки - 27 осіб (45%). Це свідчить про те, що майже половина респондентів має адекватне, відносно стабільне уявлення про себе. Дещо менше представлена група з низьким рівнем самооцінки - 24 особи (40%). Такий показник вказує на значну кількість досліджуваних, які можуть відчувати невпевненість у собі, занижену оцінку власних можливостей або

потребу в психологічній підтримці. Найменшою є група з високим рівнем самооцінки - 9 осіб (15%), що свідчить про відносно невелику кількість респондентів із підвищеним рівнем впевненості у собі.

Отже, у вибірці переважають військовослужбовці із середнім та низьким рівнем самооцінки, тоді як частка осіб із високою самооцінкою є незначною. Це має важливе значення для організації психологічної підтримки та реабілітаційних заходів.

Частоту вияву форм агресивних реакцій у військовослужбовців наведено в таблиці 3.5.

Таблиця 3.5

Частота вияву форм агресивних реакцій у військовослужбовців (%)

Шкала	низький		середній		високий	
	люд	%	люд	%	люд	%
Фізична агресія	3	5,00	23	38,33	34	56,67
Вербальна агресія	5	8,33	18	30,00	37	61,67
Непряма агресія	12	20,00	38	63,33	10	16,67
Дратівливість	8	13,33	24	40,00	28	46,67
Негативізм	14	23,33	24	40,00	22	36,67
Схильність до підозр	15	25,00	20	33,33	25	41,67
Образа	12	20,00	21	35,00	27	45,00
Відчуття провини	9	15,00	34	56,67	17	28,33

Як видно, таблиця відображає частоту прояву різних форм агресивних реакцій у військовослужбовців за трьома рівнями: низьким, середнім і високим. Аналіз даних свідчить про те, що для більшості досліджуваних характерний середній та високий рівень прояву агресії, причому за окремими шкалами домінує саме високий рівень.

За формою фізичної агресії високий рівень зафіксовано у 34 осіб (56,67%), середній - у 23 осіб (38,33%), і лише 3 особи (5,00%) мають низький рівень. Це свідчить про значну схильність до відкритого фізичного прояву агресії.

За вербальною агресією найбільша частка респондентів 37 осіб (61,67%) демонструє високий рівень, середній рівень мають 18 осіб (30,00%), а низький - лише 5 осіб (8,33%). Це вказує на поширеність агресії у формі словесних реакцій.

Непряма агресія переважає за середнім рівнем: 38 осіб (63,33%), високий рівень мають 10 осіб (16,67%), а низький - 12 осіб (20,00%). Отже, непряма агресія частіше проявляється у помірній формі.

За дратівливістю високий рівень спостерігається у 28 осіб (46,67%), середній - у 24 осіб (40,00%), низький - у 8 осіб (13,33%). Це свідчить про підвищену емоційну напруженість у значної частини військовослужбовців.

Негативізм проявляється наступним чином: середній рівень мають 24 особи (40,00%), високий - 22 особи (36,67%), низький - 14 осіб (23,33%). Таким чином, негативізм проявляється відносно рівномірно, з незначним переважанням середнього рівня.

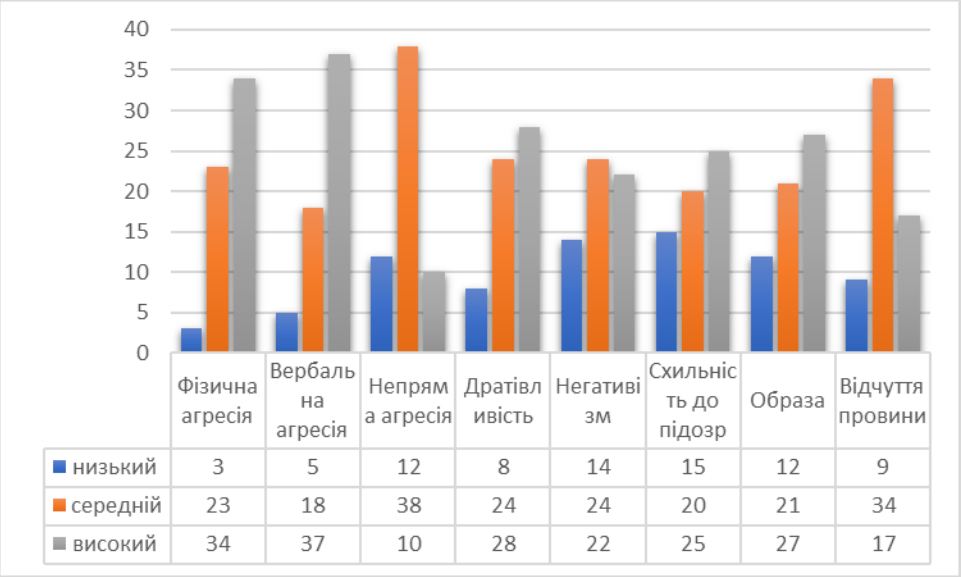
Схильність до підозр характерна за високим рівнем для 25 осіб (41,67%), за середнім для 20 осіб (33,33%), за низьким для 15 осіб (25,00%). Це вказує на значну частку військовослужбовців із підвищеною недовірою до оточення.

Високий рівень образи зафіксовано у 27 осіб (45,00%), середній - у 21 особи (35,00%), низький у 12 осіб (20,00%). Це свідчить про схильність до накопичення негативних емоцій.

Середній рівень відчуття провини переважає у 34 осіб (56,67%), високий мають 17 осіб (28,33%), а низький - 9 осіб (15,00%). Це вказує на достатньо сформовані механізми саморефлексії у більшості респондентів.

Наглядно форми вияву агресивних реакцій у військовослужбовців, що проходять психологічну реабілітацію, наведено на рис. 3.5.

Діаграма підтверджує, що у досліджуваних військовослужбовців найбільш вираженими є вербальна та фізична агресія, а також такі емоційні прояви, як дратівливість, підозрілість і образливість. Водночас окремі показники (зокрема непряма агресія та відчуття провини) частіше перебувають на середньому рівні, що свідчить про часткове збереження емоційного контролю.



	Фізична агресія	Вербальна агресія	Непряма агресія	Дратівливість	Негативізм	Схильність до підозр	Образа	Відчуття провини
низький	3	5	12	8	14	15	12	9
середній	23	18	38	24	24	20	21	34
високий	34	37	10	28	22	25	27	17

Рис. 3.5. Форми вияву (за рівнями) агресивних реакцій у військовослужбовців, що проходять психологічну реабілітацію, чол.

Результати свідчать про виражену тенденцію до підвищених рівнів фізичної та вербальної агресії, а також значну поширеність дратівливості, підозрілості та образливості серед військовослужбовців, що проходять психологічну реабілітацію. Водночас непряма агресія та відчуття провини переважно перебувають на середньому рівні, що може свідчити про часткове збереження емоційного контролю. Це підкреслює необхідність психологічної корекції та підтримки в умовах реабілітації.

Агресивність військовослужбовців має багатокомпонентну природу та формується під впливом як зовнішніх факторів службової діяльності, так і індивідуально-психологічних особливостей. Середній рівень агресії можна трактувати як адаптивний механізм реагування, тоді як підвищені показники окремих її проявів здатні спричиняти дезадаптацію, конфліктну поведінку та психологічні порушення.

У цілому результати дослідження вказують на складний і багатовимірний характер агресивності у військовослужбовців, які проходять психологічну реабілітацію, та підкреслюють важливість цілеспрямованої психологічної роботи. Така робота має бути спрямована на розвиток навичок емоційної саморегуляції, зменшення деструктивних проявів агресії та

підтримання психічного здоров'я як у процесі реабілітації, так і після її завершення.

Результати оцінювання агресивності у стосунках за тестом А. Ассінгера показують, що якщо респондент набирає 45 балів і більше, то він надмірно агресивний. 36-44 балів - помірно агресивний і 35 балів та менше - миролюбний. Результати опитування за тестом А. Ассінгера наведено в таблиці 3.6.

Таблиця 3.6

Результати оцінки агресивності у відносинах військовослужбовців

Ступінь агресивності за балами	Характеристика	Кількість осіб, чол.	%
45 і більше	надмірно агресивний	23	38,33
36-44	помірно агресивний	29	48,33
35 і менше	миролюбний	8	13,33

Як видно з таблиці, найбільшу частку становлять військовослужбовці з помірним рівнем агресивності - 29 осіб (48,33%). Це свідчить про те, що майже половина досліджуваних проявляє агресію в межах відносної норми, що може виконувати адаптивну функцію в умовах проходження реабілітації. Значна частина респондентів - 23 особи (38,33%) - характеризується високим (надмірним) рівнем агресивності. Такий показник може свідчити про схильність до конфліктної поведінки, труднощі в міжособистісній взаємодії та потребу в психологічній корекції. Найменшою є група з низьким рівнем агресивності (миролюбні) - 8 осіб (13,33%), що вказує на відносно невелику кількість військовослужбовців із вираженою неконфліктністю та стриманістю.

Отже, у вибірці переважають військовослужбовці з помірним і високим рівнями агресивності, тоді як частка миролюбних осіб є незначною. Це підкреслює актуальність психологічної роботи, спрямованої на регуляцію агресивної поведінки та покращення міжособистісних відносин.

Якщо респондент у 7 і більше випадках обирає варіант «с», це свідчить про наявність деструктивних форм агресії та схильність до ініціювання конфліктних ситуацій. Подібні показники притаманні особам із високим

рівнем агресивності, для яких агресія має руйнівний характер і негативно впливає не лише на оточення, а й на саму особистість.

Водночас вибір варіанту «а» у 7 і більше випадках вказує на відсутність виражених агресивних проявів або їх надмірне стримування. Така поведінка більш характерна для миролюбних респондентів і може свідчити про тенденцію до внутрішнього пригнічення агресії.

Взаємозв'язок рівня самооцінки та рівня агресивності досліджуваних наведено в таблиці 3.7.

Таблиця 3.7

Взаємозв'язок рівня самооцінки та рівня агресивності досліджуваних

Рівень самооцінки	Кількість респондентів (%)	Характерний рівень агресивності	Кількість респондентів (%)	Психологічна характеристика
Високий	15,00	Миролюбний	13,33	Впевненість у собі, емоційна стабільність, здатність до самоконтролю, конструктивне вирішення конфліктів
Середній	45,00	Помірно-агресивний	48,33	Ситуативні прояви агресії, адекватне реагування на стресові чинники, агресія має адаптивний характер
Низький	40,00	Надмірно агресивний	38,33	Емоційна нестійкість, внутрішня напруженість, компенсаторні агресивні реакції, труднощі саморегуляції

Дані, представлені в таблиці, показують взаємозв'язок між рівнем самооцінки та рівнем агресивності військовослужбовців, а також надають їх психологічну характеристику. Зокрема, високий рівень самооцінки (15% респондентів) поєднується з миролюбним рівнем агресивності (13,33%). Такі особи характеризуються впевненістю у собі, емоційною врівноваженістю, здатністю до самоконтролю та конструктивного вирішення конфліктних ситуацій. Середній рівень самооцінки (45%) відповідає помірному рівню агресивності (48,33%). Для цих респондентів характерні ситуативні прояви агресії, адекватне реагування на стресові фактори, при цьому агресія виконує переважно адаптивну функцію. Натомість низький рівень самооцінки (40%) пов'язаний із високим (надмірним) рівнем агресивності (38,33%). Такі особи

відзначаються емоційною нестабільністю, внутрішньою напруженістю, схильністю до компенсаторних агресивних реакцій і труднощами у саморегуляції.

Отже, простежується чітка залежність: чим вищий рівень самооцінки, тим нижчий рівень агресивності, і навпаки: зниження самооцінки супроводжується зростанням агресивних проявів. Середній рівень самооцінки відповідає оптимальному, помірному рівню агресії, який має адаптивний характер.

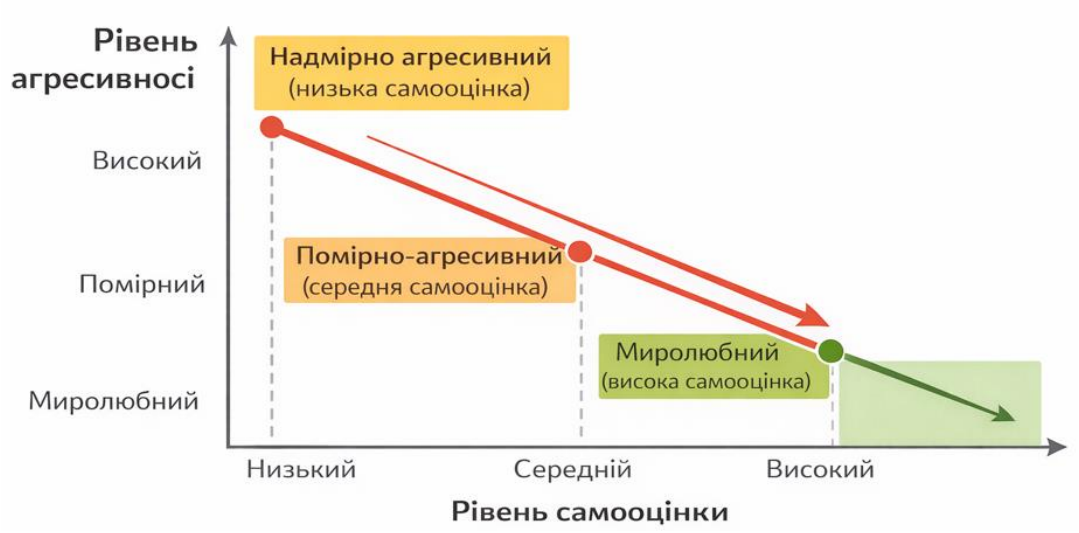


Рис. 3.6. Залежність рівня самооцінки від рівня агресивності у військових, що проходять психологічну реабілітацію.

Зі зниженням самооцінки інтенсивність агресії зростає, тоді як її високий рівень пов’язаний із кращим емоційним контролем і стриманістю. Особи з високою самооцінкою, як правило, демонструють здатність до саморегуляції, впевненість у собі та орієнтацію на конструктивне вирішення конфліктів.

Респонденти із середнім рівнем самооцінки характеризуються помірними проявами агресивності, які мають переважно ситуативний та адаптивний характер і сприяють захисту власних інтересів.

Водночас низький рівень самооцінки часто поєднується з підвищеною агресивністю, що виконує компенсаторну функцію та зумовлена внутрішньою невпевненістю й емоційною нестабільністю. У таких випадках агресія виступає як механізм психологічного захисту та спосіб самоствердження.

Отримані результати свідчать про доцільність проведення психокорекційної роботи, спрямованої на формування адекватної самооцінки як ключового чинника зменшення деструктивних проявів агресії в процесі психологічної реабілітації.

Згідно з результатами методики Г. Айзенка «Самооцінка психічних станів», що показує дослідження тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності, було отримано показники, наведені в таблиці 3.10.

Таблиця 3.10

Самооцінка психічних станів військовослужбовців за Г. Айзенком

Шкала	низький		середній		високий	
	чол.	%	чол.	%	чол.	%
шкала «Фрустрація»	11	18,33	23	38,33	26	43,33
шкала «Тривожність»	8	13,33	28	46,67	24	40,00
шкала «Агресія»	11	18,33	24	40,00	25	41,67
шкала «Ригідність»	20	33,33	22	36,67	18	30,00

Дані таблиці відображають рівні фрустрації, тривожності, агресії та ригідності чоловіків-військових, що проходять психологічну реабілітацію. Отримані дані свідчать про переважання середнього та високого рівнів психічних станів, що вказує на наявність емоційної напруженості та психологічного навантаження у досліджуваних.

Більш детальний аналіз за шкалою «Фрустрація» показує, що високий рівень спостерігається у 26 осіб (43,33%), середній - у 23 осіб (38,33%), низький - у 11 осіб (18,33%). Це свідчить про значну кількість військовослужбовців, які переживають труднощі у досягненні цілей і схильні до емоційного напруження під час проходження психологічної реабілітації..

Високий рівень фрустрації свідчить про тенденцію до зниження впевненості у власних можливостях і сумнівів щодо успішного подолання складних життєвих ситуацій. Для таких осіб характерні самозвинувачення, пасивність у вирішенні проблем, переживання безпорадності та емоційного виснаження. У кризових умовах вони можуть демонструвати регресивні реакції та сприймати власні недоліки як стабільні й незмінні.

Особи із середнім рівнем фрустрації також схильні брати на себе відповідальність за невдачі, інколи без об’єктивних підстав. Окремі ситуації вони можуть оцінювати як безвихідні, що супроводжується підвищеною тривожністю та невпевненістю. У складних умовах можливі тимчасові регресивні прояви поведінки.

Водночас військовослужбовці з низьким рівнем фрустрації характеризуються здатністю до рефлексії, аналізу власного досвіду та корекції поведінки. Навіть у стані короткочасної дезорієнтації вони здатні відновлювати емоційну рівновагу. Такі особи сприймають труднощі як ресурс для особистісного розвитку та самовдосконалення.

За шкалою «Тривожність» переважає середній рівень: 28 осіб (46,67%), високий мають 24 особи (40,00%), а низький 8 осіб (13,33%). Це вказує на достатньо високий рівень тривожності у більшості респондентів.

За шкалою «Агресія» високий рівень зафіксовано у 25 осіб (41,67%), середній - у 24 осіб (40,00%), низький - у 11 осіб (18,33%). Отже, агресивні тенденції є вираженими у значної частини вибірки.

За шкалою «Ригідність» розподіл є більш рівномірним: середній рівень у 22 осіб (36,67%), низький у 20 осіб (33,33%), високий у 18 осіб (30,00%). Це свідчить про відносно різний рівень гнучкості психічних процесів серед військовослужбовців.

Отже, результати демонструють підвищені показники фрустрації, тривожності та агресії, що може бути пов’язано зі стресовими умовами служби, отриманими травмами як фізичного, так і психологічного характеру. Водночас показники ригідності є більш збалансованими. Загалом це свідчить про необхідність психологічної підтримки, спрямованої на зниження емоційної напруги та розвиток адаптивних механізмів саморегуляції.

Для оцінювання емоційного стану також було використано методику А. Уессмана і Д. Рікса, результати якої подано на рис. 3.7.

Найбільшу частку становлять респонденти з погіршеним емоційним станом (4–5 балів) - 29 осіб (48%). Це майже половина вибірки, що свідчить

про значну поширеність емоційного напруження та зниження психологічного благополуччя.

Частка військовослужбовців із поганим емоційним станом (1–3 бали) становить 16 осіб (27%). Це вказує на наявність групи з вираженими негативними емоційними переживаннями.

Найменшою є група з добрим емоційним станом (6–7 балів) - 15 осіб (25%), що свідчить про відносно невелику кількість респондентів із позитивним емоційним самопочуттям.

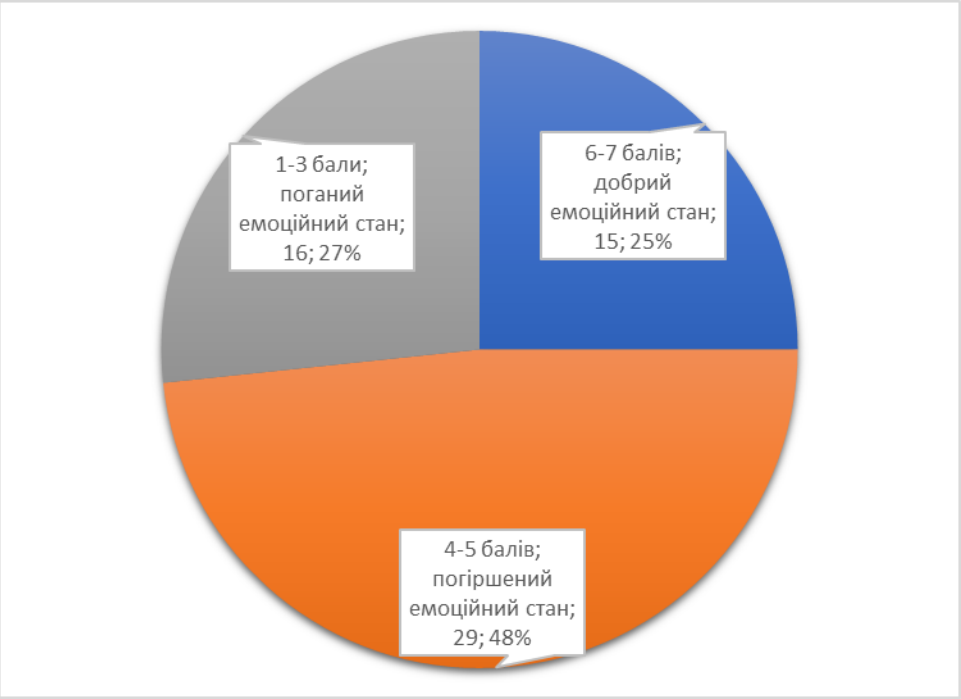


Рис. 3.7. Результати самооцінки емоційного стану чоловіків-військових за методикою Уесмана-Рікса.

Діаграма демонструє, що у більшості досліджуваних військовослужбовців переважає погіршений або негативний емоційний стан, тоді як частка осіб із добрим емоційним станом є меншою. Це підкреслює актуальність психологічної підтримки та реабілітаційних заходів.

Варто підкреслити, що емоційний стан є динамічним і змінюється під впливом різних факторів, зокрема важливою є частота його коливань. Саме тому дана методика була запропонована військовослужбовцям, що проходять психологічну реабілітацію, як інструмент для самоспостереження та самоаналізу.

Таблиця 3.11

Результати порівняння агресивності у відносинах військових з їх емоційним станом

Ступінь агресивності	Кількість осіб, чол.	%	Емоційний стан	Кількість осіб, чол.	%
надмірно агресивний	23	38,33	поганий і дуже поганий	16	26,67
помірно агресивний	29	48,33	погіршений	29	48,33
миролюбний	8	13,33	добрий	15	25,00
Разом	60	100	Разом	60	100

Дані таблиці відображають результати порівняння рівня агресивності у міжособистісних відносинах військовослужбовців із їхнім емоційним станом. Зокрема, надмірно агресивний рівень характерний для 23 осіб (38,33%) і пов’язаний із поганим та дуже поганим емоційним станом (16 осіб; 26,67%). Це свідчить про те, що високий рівень агресії супроводжується вираженим емоційним неблагополуччям. Найбільшу частку становлять військовослужбовці з помірним рівнем агресивності - 29 осіб (48,33%), яким відповідає погіршений емоційний стан (також 29 осіб; 48,33%). Це вказує на взаємозв’язок між помірною агресією та середнім рівнем емоційного напруження. Найменшу групу складають миролюбні респонденти - 8 осіб (13,33%), що співвідноситься з добрим емоційним станом (15 осіб; 25,00%). Це свідчить про те, що нижчий рівень агресії пов’язаний із кращим емоційним самопочуттям.

Отже, простежується чітка залежність: зростання рівня агресивності супроводжується погіршенням емоційного стану, тоді як нижчий рівень агресії асоціюється з більш сприятливим психологічним самопочуттям. Це підкреслює важливість зниження агресивності як одного з напрямів покращення емоційного стану військовослужбовців під час проходження психологічної реабілітації.

Агресивна поведінка тісно пов’язана з негативним психоемоційним станом, підвищеною тривожністю та внутрішнім напруженням. Емоційна нестабільність виступає важливим чинником формування агресивних реакцій,

що небажано при проходженні психологічної реабілітації. Погіршення емоційного стану значно підвищує ймовірність прояву надмірної агресії, оскільки агресивна поведінка часто є наслідком емоційного неблагополуччя.

Наглядно зв'язок агресивності військових з їх емоційним станом наведено на рис. 3.8.

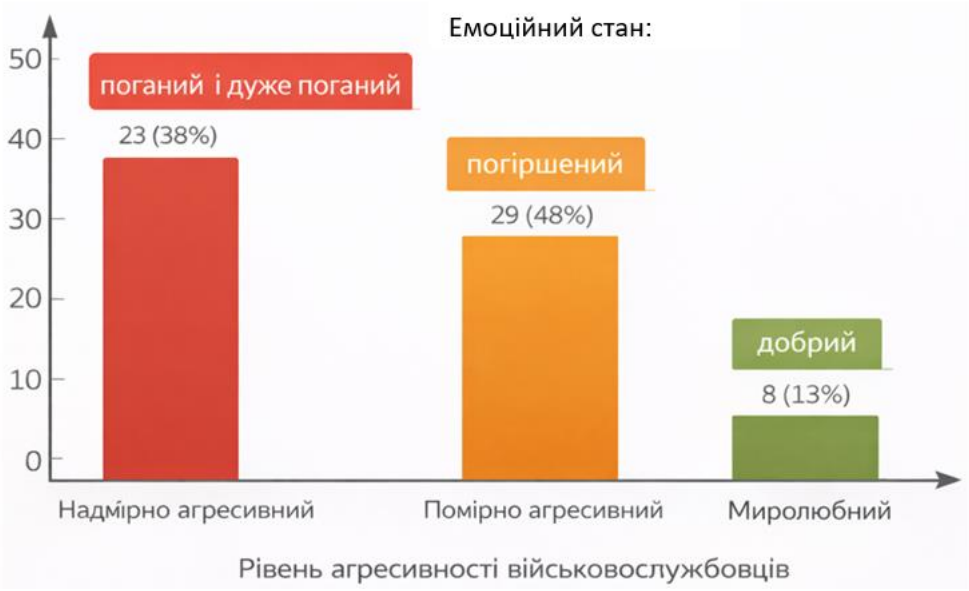


Рис. 3.8. Взаємозв’язок агресивності військових, що проходять психологічну реабілітацію, з їх емоційним станом.

Отримані результати підтверджують необхідність психологічної роботи, спрямованої на стабілізацію емоційного стану як ефективного засобу оптимізації процесу психологічної реабілітації військовослужбовців.

На етапі стабілізації емоційного стану військовослужбовців, які проходять психологічну реабілітацію, доцільно доповнювати корекційні заходи роботою, спрямованою на актуалізацію та переосмислення духовних цінностей особистості. Звернення до духовної сфери сприяє формуванню внутрішніх опор, відновленню сенсожиттєвих орієнтирів і зміцненню психологічної стійкості в умовах пережитого стресу.

У цьому контексті особливо важливою є діяльність військового капелана, яка має не лише релігійний, а й психологічно підтримувальний характер. Через індивідуальні бесіди, духовне наставництво, участь у спільних молитвах і ритуалах капелан сприяє зниженню рівня тривожності, внутрішньої напруги та емоційного виснаження. Така взаємодія допомагає

військовослужбовцям віднайти внутрішню рівновагу, відчути підтримку, прийняття та надію, що є важливими чинниками успішної психологічної реабілітації.

Отже, інтеграція духовного компоненту в процес відновлення сприяє гармонізації емоційного стану військовослужбовців і підвищує ефективність комплексної психологічної допомоги.

Можливість встановлення діагнозу ПТСР доцільно припустити за шкалою самооцінювання, що базується на критеріях DSMIV, містить 17 пунктів – ознак ПТСР. Респонденти оцінювали кожний пункт від 1 (зовсім ні) до 5 (дуже виражено), щоб вказати на міру виявлення конкретного симптому впродовж минулого місяця. Результати наведено в таблиці 3.12.

Таблиця 3.12

Шкала самооцінювання щодо наявності ПТСР (PCL-M)

(військова версія)

Бали	Формальний діагноз	Кількість осіб, чол.	Частка осіб в загальній кількості, %
50 балів і вище	Можливе встановлення діагнозу ПТСР	45	75
17÷49	Не можна говорити про ПТСР	15	25
	Всього:	60	100

Таблиця відображає результати оцінювання 60 осіб за шкалою PCL-M, яка використовується для виявлення симптомів посттравматичного стресового розладу у військових, що проходять психологічну реабілітацію. Розподіл учасників здійснено за кількістю набраних балів:

- 50 балів і вище: це рівень, при якому можливе встановлення діагнозу ПТСР. У цій категорії перебуває 45 осіб, що становить 75% від загальної кількості опитаних. Це свідчить про високу поширеність симптомів ПТСР серед досліджуваної групи.

- від 17 до 49 балів: цей діапазон означає, що немає підстав говорити про наявність ПТСР. До цієї групи належать 15 осіб, що складає 25% вибірки.

Загалом було обстежено 60 осіб (100%). Більшість учасників (три чверті) мають показники, які можуть свідчити про наявність ПТСР, що підкреслює необхідність подальшої психологічної діагностики та можливої підтримки.

Шкала оцінювання впливу травматичної події, подібно до Міссісіпської шкали, призначена для визначення рівня проявів посттравматичних стресових розладів і вважається достатньо надійним та прогностично значущим інструментом. Водночас, у порівнянні з Міссісіпською шкалою, вона є більш компактною, тому охоплює менший спектр симптомів і забезпечує менш детальну діагностичну оцінку. Вплив травмівної події представлено в таблиці 3.13.

Таблиця3.13

Шкала оцінювання впливу травмівної події (IES-R)

№ з/п	Реакція на стресову ситуацію (травму)	Сума балів	Кількість осіб, чол.	Частка осіб в загальній кількості, %
1	Низька	< 30	11	18,33
2	Помірна	30–50	22	36,67
3	Виражена	> 50	27	45,00
		Всього:	60	100,00

Таблиця відображає результати оцінювання військових за шкалою IES-R, яка використовується для визначення рівня психологічної реакції на травматичні події. Розподіл респондентів за рівнем реакції на стрес виглядає наступним чином:

Низька реакція (менше 30 балів) - зафіксована у 11 осіб, що становить 18,33% від загальної кількості. Це свідчить про відносно слабкий вплив травматичної події або ефективне психологічне відновлення.

Помірна реакція (30–50 балів) - виявлена у 22 осіб, або 36,67% вибірки. У цих респондентів спостерігаються помітні симптоми стресу, які можуть впливати на повсякденне функціонування.

Виражена реакція (понад 50 балів) - характерна для 27 осіб, що становить 45,00%. Це найбільша група, яка демонструє значний рівень дистресу та високу ймовірність наявності серйозних посттравматичних симптомів.

Наглядно отримані результати щодо травмівної події наведено на рис. 3.9.

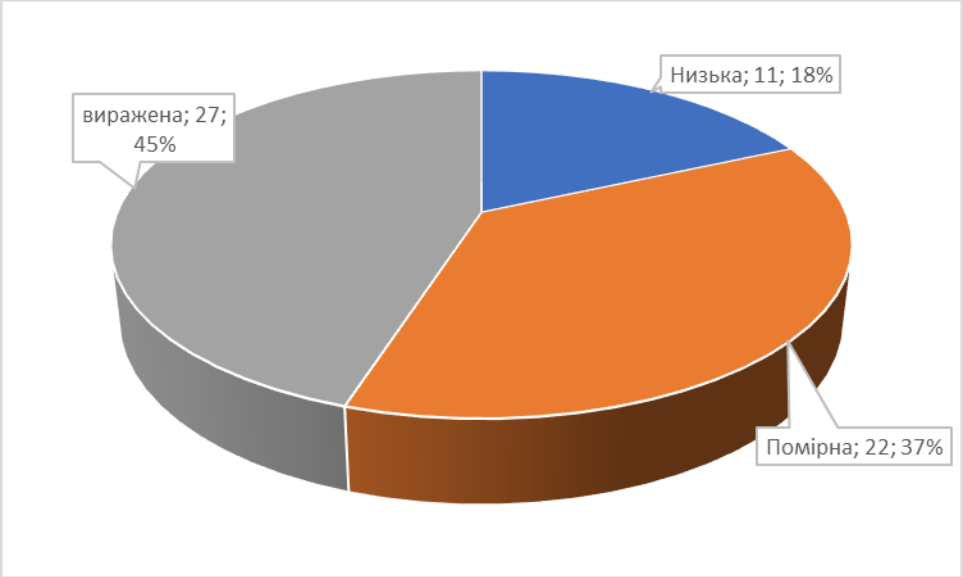


Рис. 3.9. Структура впливу травмівної події на військових, що проходять психологічну реабілітацію.

Загалом діаграма наочно показує, що домінує група з вираженою реакцією на стрес, тоді як частка осіб із низьким рівнем реакції є найменшою. Це підкреслює високий рівень психологічного навантаження у досліджуваній групі та можливу потребу в психологічній підтримці.

Отже, майже половина опитаних має виражену реакцію на травматичну подію, що вказує на значний психологічний вплив і потребу у професійній психологічній допомозі або подальшій діагностиці.

«Інвентаризація депресії Бека» базується на клінічних спостереженнях за людьми, в яких діагностувалися різні рівні депресій. Відібрано 21 категорію симптомів і скарг. Кожна категорія містить по чотири твердження, які відображають прояви депресивних симптомів. Ці твердження впорядковані за принципом зростання їхнього внеску у загальну характеристику депресії. Опитувальник може заповнювати і психолог, і сам опитуваний. Результати оцінки інтенсивності депресії представлені в таблиці 3.14.

Таблиця 3.14

Опитувальник Бека для оцінювання рівня депресії

№ з/п	Інтенсивність депресії	Сума балів	Кількість осіб, чол.	Частка осіб в загальній кількості, %

1	Нема	< 9	12	20,00
2	Помірна	10–18	17	28,33
3	Критична	19–29	17	28,33
4	Явно виражена	>30	14	23,33
		Всього:	60	100,00

Таблиця відображає результати оцінювання рівня депресії за опитувальником Бека серед 60 осіб. Відсутність депресії (менше 9 балів) зафіксована у 12 осіб, що становить 20,00 % вибірки. Це свідчить про те, що відносно невелика частка учасників не має виражених депресивних симптомів. Помірний рівень депресії (10–18 балів) виявлений у 17 осіб (28,33%). Це найбільша група, що вказує на поширеність помірних депресивних проявів серед опитаних. Критичний рівень депресії (19–29 балів) спостерігається у 17 осіб, або 28,33%. У цих респондентів симптоми є більш вираженими та можуть суттєво впливати на повсякденне життя. Явно виражена депресія (понад 30 балів) зафіксована у 14 осіб (23,33%), що свідчить про значний рівень психологічного дистресу та потребу у фаховій допомозі. Більшість опитаних (80%) мають різні рівні депресивних проявів, причому значна частка перебуває у критичному або явно вираженому стані, що підкреслює актуальність психологічної підтримки та втручання.

Опитувальник PHQ-9 є складовою уніфікованого клінічного протоколу надання первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад». У межах цього опитувальника також відображаються результати щодо наявності депресії різного ступеня тяжкості. Ця шкала призначена для самооцінки депресивних станів, містить 9 запитань і вважається ефективним інструментом для діагностики великого депресивного розладу. Крім того, вона використовується для підбору оптимального методу лікування та відстеження його ефективності. За допомогою PHQ-9 можна визначити такі рівні тяжкості депресії: відсутність депресії, легка (субклінічна), помірна, середньої тяжкості та важка депресія.

Таблиця 3.15

Опитувальник пацієнта про стан здоров'я (PHQ-9)

№ з/п	Рівні тяжкості депресії	Сума балів	Кількість осіб, чол.	Частка осіб в загальній кількості, %
1	депресії нема	0-4	11	18,33
2	легка («субклінічна») депресія	5-9	12	20,00
3	депресія помірної тяжкості	10-14	11	18,33
4	депресія середньої тяжкості	15-19	12	20,00
5	тяжка депресія	20-27	14	23,33
		Всього:	60	100

Бал ≥10 є інформативним у значенні великого депресивного розладу з чутливістю та специфічністю 83 %. Таблиця відображає результати оцінювання рівня депресії за опитувальником PHQ-9 серед 60 осіб.

Депресія відсутня (0–4 бали) у 11 осіб (18,33%). Це свідчить про те, що майже п'ята частина опитаних не має виражених депресивних симптомів. Легка (субклінічна) депресія (5–9 балів) виявлена у 12 осіб (20,00%). У цих респондентів спостерігаються незначні прояви депресії. Депресія помірної тяжкості (10–14 балів) зафіксована у 11 осіб (18,33%), що вказує на наявність помітних симптомів, які можуть впливати на самопочуття. Депресія середньої тяжкості (15–19 балів) характерна для 12 осіб (20,00%). Ця група потребує більшої уваги з боку фахівців. Тяжка депресія (20–27 балів) виявлена у 14 осіб (23,33%), що є найбільшою часткою серед усіх категорій і свідчить про значний рівень психологічного дистресу. Більшість опитаних мають різні рівні депресивних проявів, причому значна частка перебуває у стані середньої або тяжкої депресії, що підкреслює важливість своєчасної психологічної допомоги та підтримки.

Наглядне порівняння результатів оцінки рівня депресії за опитувальниками Бека та PHQ-9 наведено на рис. 3.10.

Загалом діаграма демонструє, що розподіл результатів за двома методиками є подібним, хоча за опитувальником Бека дещо більше осіб потрапляє до категорій із критичними проявами депресії.

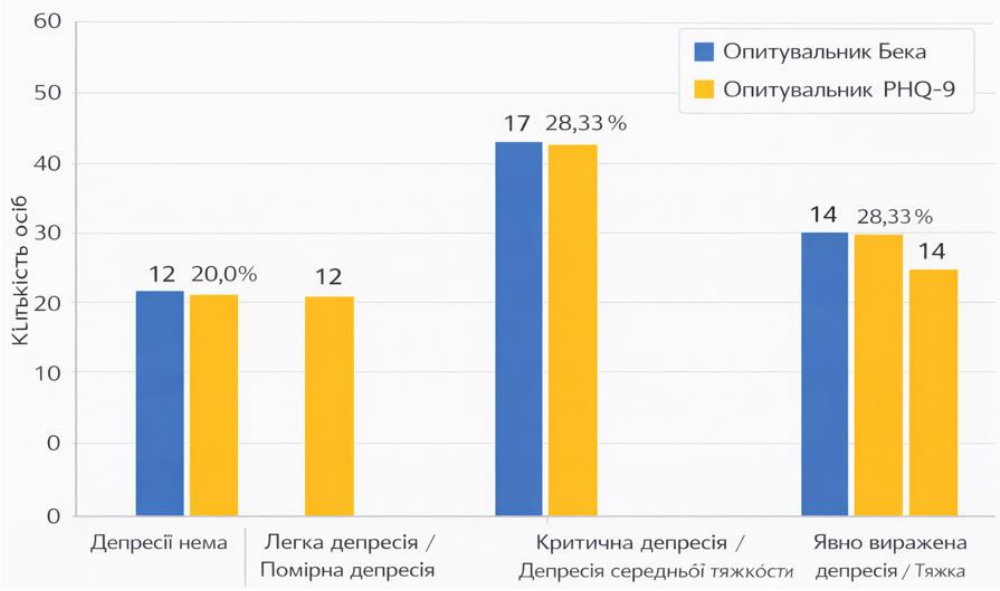


Рис. 3.10. Порівняння результатів оцінки рівня депресії за опитувальниками Бека та PHQ-9.

З'ясування наявності наркотичної чи алкогольної залежності є актуальним питанням, хоча на фронті вживання алкоголю чи наркотичних засобів дуже жорстко переслідується. В медичних закладах, де військові отримують допомогу після поранень, доступ до зазначених антидепресантів набагато вільніший. Люди, схильні до наркотичної чи алкогольної залежності (навіть якщо вона сформувалася після пережитої травми), зазвичай заперечують наявність проблеми, сприймаючи її як «природну» реакцію на пережиті події. Водночас приховані форми алкоголізму або наркоманії можна досить точно виявити за допомогою медичних аналізів. Для попередньої оцінки також можна використати тест, розроблений спеціалістами наркологічного центру «Хелпер», однак його результати не слід вважати абсолютно надійними.

Таблиця 3.16

Тест на наркотичну та алкогольну залежність (ХЕЛПЕР)

№ з/п	Наявність залежності	Сума балів	Кількість осіб, чол.	Частка осіб в загальній кількості, %
1	Нема	0-10	15	25,00
2	Ранній вияв	11-28	27	45,00
3	Середній вияв	29-45	13	21,67
4	Важка залежність	46-61	5	8,33
		Всього:	60	100,00

Позитивні відповіді в межах до 10 балів можуть вказувати на певні порушення або особливості нервово-психічного стану, однак загалом такий результат вважається близьким до норми. Якщо ж показник перевищує 10 балів, доцільно звернутися за консультацією до спеціаліста. Для уточнення результатів цього психологічного тесту можна додатково використати хімічні аналізи на вживання наркотичних речовин чи алкоголю.

Згідно таблиці 3.16, відсутність залежності (0–10 балів) зафіксована у 15 осіб, що становить 25,00% вибірки. Це свідчить, що чверть опитаних не мають ознак залежності. Ранній рівень виявлення (11–28 балів) характерний для 27 осіб (45,00%). Це найбільша група, що вказує на поширеність початкових проявів залежності, які можуть потребувати профілактичного втручання. Середній рівень (29–45 балів) спостерігається у 13 осіб, або 21,67%. У цих респондентів вже наявні більш виражені ознаки залежності. Важка залежність (46–61 бал) виявлена у 5 осіб (8,33%), що є найменшою часткою, але свідчить про наявність серйозних випадків, які потребують спеціалізованої допомоги.

Отже, більшість опитаних мають або початкові, або більш виражені ознаки залежності, причому найбільша частка припадає на ранній рівень, що підкреслює важливість своєчасної профілактики та втручання.

Місісіпська шкала оцінювання посттравматичного стресового розладу є найпростішим із «клінічних» методів діагностики. Результат оцінювання формується на основі загальної суми балів за всіма твердженнями. Отриманий підсумковий показник дозволяє визначити рівень впливу пережитого травматичного досвіду (розладу адаптації) на особу. Міссісіпська шкала характеризується належними психометричними показниками, а високі сумарні бали за нею тісно пов’язані з наявністю діагнозу «Посттравматичний стресовий розлад» та дозволяють досить точно оцінити рівень адаптації або дезадаптації людини після пережитої травматичної події. Поняття «розлад адаптації» не є офіційним медичним діагнозом, а використовується як умовне визначення для оцінки ступеня прояву посттравматичних реакцій. Застосування Міссісіпського опитувальника дає змогу психологу

ідентифікувати осіб із ймовірним посттравматичним стресовим розладом, а також виявити невротичні порушення та різні ступені дезадаптації.

Таблиця 3.17

Місісіпська шкала оцінювання посттравматичного стресового розладу (для військових та ветеранів бойових дій)

№ з/п	Рівні розладу адаптації	Сума балів	Кількість осіб, чол.	Частка осіб в загальній кількості, %
1	Добре адаптовані	≤ 76	8	13,33
2	Розлади адаптації	77 – 97	12	20,00
3	Підозра на ПТСР	≥ 98	40	66,67
		Всього:	60	100,00

Таблиця відображає результати оцінювання рівня посттравматичних проявів серед військових, що проходять психологічну адаптацію.

Добре адаптованими (≤ 76 балів) є 8 осіб (13,33%). Це найменша група, яка свідчить про достатній рівень психологічної адаптації та відсутність значних посттравматичних проявів. Розлади адаптації (77–97 балів) зафіксовані у 12 осіб (20,00%). У цих респондентів спостерігаються труднощі з адаптацією, що можуть впливати на їхнє повсякденне функціонування. Підозра на Посттравматичний стресовий розлад (≥ 98 балів) виявлена у 40 осіб (66,67%), що є переважною більшістю вибірки. Це свідчить про високий рівень посттравматичних симптомів серед опитаних. Отже, більшість учасників мають показники, які вказують на можливу наявність ПТСР або значні труднощі з адаптацією, що підкреслює необхідність подальшої психологічної діагностики та надання спеціалізованої допомоги.

Отже, результати проведеного дослідження свідчать про складний психоемоційний стан військовослужбовців, які проходять психологічну реабілітацію. У значної частини респондентів виявлено симптоми Посттравматичного стресового розладу, що підтверджується як за шкалою PCL-M, так і за Міссісіпською шкалою, де переважає група з підозрою на ПТСР.

Результати за шкалою IES-R демонструють, що майже половина опитаних має виражену реакцію на травматичні події, що свідчить про

значний рівень психологічного дистресу та недостатню адаптацію до пережитого досвіду. Паралельно дослідження рівня депресії (за опитувальниками Бека та PHQ-9) показало, що більшість військових мають різні ступені депресивних проявів: від помірних до тяжких, причому значна частка перебуває у критичному або середньо-тяжкому стані.

Окремої уваги заслуговують результати тесту «ХЕЛПЕР», які свідчать про поширеність початкових і середніх проявів алкогольної чи наркотичної залежності серед респондентів. Це може бути як наслідком пережитих травматичних подій, так і способом психологічного «самолікування», що, своєю чергою, ускладнює процес відновлення.

Узагальнюючи, можна стверджувати, що психічний стан досліджуваної групи характеризується поєднанням посттравматичних симптомів, депресивних розладів і ризиків формування залежностей. Це підкреслює необхідність комплексного підходу до реабілітації, який має включати поглиблену психологічну діагностику, індивідуалізовану психотерапевтичну допомогу, профілактику залежностей та довготривалу підтримку з боку фахівців.

3.3. Практичні рекомендації щодо впровадження ефективних підходів системи психологічної реабілітації в Україні.

Впровадження ефективної системи психологічної реабілітації для військовослужбовців із пораненнями в Україні потребує комплексного підходу, що поєднує медичний, соціальний та психологічний аспекти.

Нижче наведено практичні рекомендації, структуровані за ключовими напрямками розвитку системи.

1. Створення мультидисциплінарних команд: ефективна реабілітація неможлива зусиллями лише одного фахівця. До складу команди мають входити:

- психолог/психотерапевт (спеціалізація на травмі та ПТСР);
- психіатр (для медикаментозного супроводу за потреби);
- фізичний терапевт та ерготерапевт (зв'язок між фізичним відновленням та ментальним станом);
- соціальний працівник (допомога з юридичними та побутовими питаннями);
- капелан (за запитом військового для духовної підтримки).

Військові капелани є священнослужителями, які офіційно проходять службу в Збройних Силах України. Вони є некомбатантами, не використовують зброю, проте є повноцінними членами підрозділів. Їхнє основне завдання - духовна, психологічна та моральна підтримка військових незалежно від їхньої релігійної приналежності чи відсутності віри.

Служба капеланства об'єднує представників 13 релігійних організацій. Діяльність здійснюється за чотирма напрямами:

- душпастирська опіка: богослужіння, молитви, релігійні обряди та ритуали;
- релігійно-просвітницька діяльність;
- консультування командування з питань релігії;
- соціально-доброчинна робота: допомога родинам військових та взаємодія з громадами [35].

Головними принципами роботи є рівність усіх віросповідань та конфіденційність (усе, почуте на сповіді, охороняється законом).

В умовах війни капелани доповнюють медичну та психологічну допомогу, заповнюючи прогалини, де класичні підходи можуть бути обмеженими. Це так зване «служіння присутності», яке базується на довірі та відсутності осуду.

Ключовими аспектамии допомоги військовим є:

– робота з мораллю та сенсами: допомога у подоланні «моральної травми» (провини, сорому), екзистенційних криз та пошуку нових життєвих смислів після втрати фізичних можливостей;

– зниження стигми: капелани часто мають вищий рівень довіри у бійців, тому стають «містком» до фахової психотерапії чи психіатрії, мотивуючи військових звертатися за допомогою;

– підтримка родин: допомога близьким у розумінні стану пораненого, що критично важливо для успішної соціальної реінтеграції ветерана.

Сучасне військове капеланство в Україні - це не лише релігійна опіка, а важливий інструмент холістичної реабілітації, що допомагає воїнам зберігати внутрішню стійкість, долати стрес та адаптуватися до нових умов життя [39].

2. Впровадження доказових методів терапії. З цією метою необхідно відмовитися від застарілих підходів на користь методів з доведеною ефективністю:

– КПТ (Когнітивно-поведінкова терапія): робота з установками та поведінковими паттернами;

– EMDR (Десенсибілізація та переробка рухом очей): один із найбільш ефективних методів роботи з гострою травмою та ПТСР;

– групова терапія за принципом «рівний-рівному»: залучення ветеранів, які вже пройшли шлях реабілітації, як модераторів або помічників.

3. Робота з «образом тіла» при важких пораненнях: для бійців з ампутаціями або щелепно-лицьовими пораненнями критично важливо використання:

– дзеркальної терапії: для подолання фантомних болів та поступового прийняття нових фізичних контурів;

– психологічного супроводу протезування: підготовка до сприйняття протеза як функціональної частини тіла, а не як «чужорідного об'єкта»;

– роботу з депресивними станами, викликаними втратою фізичних можливостей.

4. Залучення родини до процесу реабілітації: психологічний стан військового напряму залежить від атмосфери вдома. З метою залучення родни доцільно проводити:

– психоосвіту для родичів (пояснення симптомів ПТСР, контузій та правил спілкування з ветераном);

– сімейну терапію (допомога у перебудові стосунків, де ролі могли змінитися через поранення);

– створення груп підтримки для дружин, чоловіків та батьків поранених.

5. Впровадження цифровізації та доступності. Зважаючи на велику кількість поранених, система має бути гнучкою та включати в себе:

– телемедицину: можливість отримання консультацій дистанційно для тих, хто живе у віддалених регіонах;

– мобільні застосунки: впровадження платформ для самоконтролю стану (трекери настрою, вправи на заземлення, чат-боти підтримки);

– єдиний інформаційний простір: створення зрозумілої дорожньої карти «куди звертатися» одразу після отримання поранення.

6. Застосування етики та дестигматизації, які полягають в:

– зміні термінології: перехід від образу «жертви війни» до образу «воїна, що відновлюється»;

– безбар’єрності, як фізичній (пандуси), так і психологічній (відсутність осуду, довгих черг та бюрократичного тиску);

– навчанні медичного персоналу: тренінги з етичного спілкування для лікарів та медсестер загального профілю, щоб уникнути ретравматизації пацієнта.

Пріоритетні кроки для впровадження є наступними:

1. стандартизація: затвердження єдиних протоколів психологічної реабілітації на державному рівні;

2. безперервність: психологічна підтримка має починатися на етапі госпіталю і тривати після повернення додому (громади);

3. фінансування: стале фінансування послуг через НСЗУ (Національну службу здоров'я України) за конкретними пакетами психологічної допомоги.

Отже, формування ефективної системи психологічної реабілітації військовослужбовців в Україні можливе лише за умови впровадження комплексного, міждисциплінарного та людиноорієнтованого підходу. Ключовим чинником успішного відновлення є злагоджена робота мультидисциплінарних команд, які забезпечують цілісну підтримку військових на фізичному, психологічному, соціальному та духовному рівнях. Важливу роль у цьому процесі відіграє капеланська служба, яка доповнює традиційні підходи, сприяє подоланню моральної травми та підвищує рівень довіри до фахової допомоги.

Ефективність реабілітації значною мірою залежить від застосування доказових психотерапевтичних методів, індивідуалізованого підходу до подолання наслідків травми, а також роботи з фізичними обмеженнями, зокрема формування нового сприйняття власного тіла після поранень. Важливим є активне залучення родини, що сприяє покращенню психологічного стану військовослужбовця та його успішній соціальній реінтеграції.

Сучасна система реабілітації повинна передбачати використання цифрових технологій для підвищення доступності послуг, а також дотримання етичних принципів, подолання стигматизації та створення безбар’єрного середовища для отримання допомоги. Реалізація запропонованих напрямів

(стандартизація протоколів, забезпечення безперервності допомоги та належного фінансування) є необхідною умовою створення ефективної, стійкої та доступної системи психологічної реабілітації військовослужбовців, яка відповідає сучасним викликам українського суспільства.

Висновки до третього розділу

Узагальнюючи результати третього розділу, можна зробити висновок, що проведене емпіричне дослідження дозволило комплексно розкрити особливості психологічного стану військовослужбовців, які проходять реабілітацію після поранень, а також визначити ключові чинники, що впливають на ефективність цього процесу. Встановлено, що досліджувана група характеризується переважанням осіб середнього віку з достатнім освітнім рівнем та різним, але здебільшого невеликим або середнім стажем служби і бойового досвіду. Така структура вибірки свідчить про те, що психологічної підтримки потребують як відносно нові учасники бойових дій, так і військовослужбовці з певним досвідом, що ускладнює універсалізацію підходів до реабілітації.

Аналіз індивідуально-психологічних особливостей показав домінування епілептоїдного типу акцентуації характеру, що проявляється у підвищеній дратівливості, імпульсивності, схильності до агресивних реакцій і конфліктної поведінки. Поряд із цим виявлено значну частку осіб із нестійким та змішаним типами, що ускладнює процес адаптації та потребує диференційованого психокорекційного підходу.

Важливим результатом є встановлення взаємозв’язку між рівнем самооцінки та агресивністю: низька самооцінка супроводжується підвищеною агресією, емоційною нестабільністю та труднощами саморегуляції, тоді як середній рівень самооцінки є найбільш сприятливим для адаптації. Це свідчить про необхідність цілеспрямованої роботи з формування адекватної самооцінки як одного з ключових ресурсів психологічного відновлення.

Результати дослідження підтвердили високий рівень емоційного напруження у військовослужбовців, що проявляється у підвищеній тривожності, фрустрації, агресивності та погіршеному емоційному стані. Значна частина респондентів демонструє середні та високі показники цих станів, що свідчить про глибокий вплив стресових та травматичних подій, пов’язаних із бойовими діями.

Особливу увагу слід звернути на результати психодіагностичних методик, спрямованих на виявлення посттравматичних проявів і депресивних станів. Більшість досліджуваних мають ознаки посттравматичного стресового розладу, виражені стресові реакції та різні рівні депресії - від помірних до тяжких. Це підтверджує системний характер психологічних порушень та їх взаємозв’язок із бойовим досвідом і травматичними подіями.

Додатково виявлено наявність ризиків формування залежної поведінки, що може виступати як дезадаптивний спосіб подолання стресу. Це ще раз підкреслює необхідність раннього виявлення таких тенденцій і проведення профілактичної роботи. Отримані результати дають підстави стверджувати, що психологічна реабілітація військовослужбовців має здійснюватися на засадах комплексності, системності та індивідуалізації. Вона повинна включати:

- психодіагностику та моніторинг психічного стану;
- корекцію агресивної поведінки;
- роботу з самооцінкою та розвитком особистісних ресурсів;
- стабілізацію емоційного стану;
- профілактику та подолання залежностей;
- використання психотерапевтичних та реабілітаційних програм;
- залучення духовно-психологічної підтримки, зокрема через діяльність капеланської служби.

Результати дослідження не лише підтверджують актуальність проблеми психологічної реабілітації військовослужбовців, а й окреслюють основні напрями її вдосконалення. Реалізація комплексного підходу сприятиме

підвищенню ефективності відновлення психічного здоров’я, покращенню соціальної адаптації та якості життя військових після пережитого травматичного досвіду.

Ефективна система психологічної реабілітації військовослужбовців в Україні повинна базуватися на комплексному, міждисциплінарному та людиноцентричному підході. Встановлено, що ключовою умовою успішного відновлення є взаємодія фахівців різного профілю (психологів, психіатрів, фізичних терапевтів, соціальних працівників та капеланів), що дозволяє забезпечити цілісну підтримку військового як на фізичному, так і на психоемоційному та духовному рівнях. Особливу роль відіграє впровадження доказових методів психотерапії, які сприяють ефективному подоланню наслідків бойової травми та посттравматичних розладів.

Важливим напрямом є також робота з наслідками важких поранень, зокрема формування нового сприйняття власного тіла, подолання депресивних станів та адаптація до змінених фізичних можливостей. Не менш значущою є участь родини в процесі реабілітації, оскільки саме сімейне середовище значною мірою впливає на успішність соціальної адаптації військовослужбовця. Окрім цього, сучасна система реабілітації має передбачати використання цифрових технологій для підвищення доступності допомоги, а також впровадження принципів етики, безбар’єрності та дестигматизації психічних розладів.

Реалізація запропонованих заходів, зокрема стандартизація підходів, забезпечення безперервності допомоги та належного фінансування, створює підґрунтя для формування ефективної, стійкої та доступної системи психологічної реабілітації військовослужбовців в Україні, що відповідає сучасним викликам та потребам суспільства.

ВИСНОВОК

Узагальнюючи результати проведеного дослідження, можна зробити висновок, що поставлена мета дипломної роботи була досягнута, а визначені завдання повною мірою виконані.

У ході теоретичного аналізу (перший розділ) розкрито сутність психологічної реабілітації військовослужбовців як комплексного, поетапного та міждисциплінарного процесу, спрямованого на відновлення психічного, фізичного та соціального функціонування особистості. Встановлено, що ефективність реабілітації забезпечується поєднанням різних її видів, а також урахуванням індивідуальних особливостей і реабілітаційного потенціалу кожного військового.

Дослідження сучасних реабілітаційних методик показало, що найбільш результативними є комплексні підходи, які включають психотерапію, фізичну реабілітацію, соціальну підтримку та інноваційні методи (арт-терапію, анімалотерапію, інтерактивні технології). Узагальнення міжнародного досвіду засвідчило доцільність впровадження системності, безперервності допомоги та активного залучення родини до реабілітаційного процесу.

У другому розділі було визначено особливості психологічного консультування військовослужбовців, які зазнали травматичних подій і мають тяжкі наслідки поранень. Доведено, що такі особи характеризуються підвищеним рівнем тривожності, депресивності, агресивності та іншими проявами посттравматичних розладів, що потребує індивідуалізованого підходу до надання психологічної допомоги. Проаналізовано діагностичний інструментарій та охарактеризовано основні психодіагностичні методики, які дозволяють комплексно оцінити психоемоційний стан військовослужбовців і визначити напрями подальшої роботи.

Емпіричне дослідження дозволило виявити ключові соціально-психологічні чинники, що впливають на процес реабілітації, зокрема рівень самооцінки, емоційної напруженості, агресивності та наявність

посттравматичних проявів. Встановлено взаємозв'язок між низькою самооцінкою та підвищеною агресією, а також підтверджено високий рівень тривожності та депресивних станів у досліджуваних. Отримані результати дали змогу здійснити ґрунтовний аналіз та інтерпретацію психологічного стану військовослужбовців.

На основі отриманих даних розроблено практичні рекомендації щодо вдосконалення системи психологічної реабілітації в Україні. Обґрунтовано необхідність впровадження мультидисциплінарного підходу, використання доказових методів психотерапії, активного залучення родини, розвитку цифрових сервісів, а також забезпечення безперервності та доступності допомоги.

Результати дослідження підтверджують, що психологічна реабілітація військовослужбовців є складним і багатовимірним процесом, який потребує системного підходу, державної підтримки та інтеграції міжнародного досвіду. Реалізація запропонованих заходів сприятиме підвищенню ефективності відновлення психічного здоров'я військових, їх успішній соціальній адаптації та покращенню якості життя в умовах післявоєнного суспільства.

У третьому розділі проведене емпіричне дослідження дозволило всебічно проаналізувати особливості психологічної реабілітації поранених військовослужбовців та виявити ключові соціально-психологічні чинники, що впливають на цей процес. Встановлено, що досліджувана вибірка характеризується переважанням військовослужбовців середнього віку з достатнім рівнем освіти та різним, але переважно невеликим або середнім стажем служби. Аналіз психологічних особливостей показав домінування епілептоїдного типу акцентуації характеру, що проявляється у підвищеній дратівливості, агресивності та імпульсивності, що необхідно враховувати при організації реабілітаційної роботи.

Отримані результати свідчать про значну поширеність низького та середнього рівнів самооцінки серед військовослужбовців, що безпосередньо пов'язано з підвищеним рівнем агресивності. Виявлено чітку залежність:

зниження самооцінки супроводжується зростанням агресивних проявів, тоді як адекватна самооцінка сприяє кращій емоційній регуляції та адаптації.

Дослідження показало високий рівень проявів агресії (як фізичної, так і вербальної), підвищену тривожність, фрустрацію та емоційне напруження у більшості респондентів. Водночас встановлено, що агресивність тісно пов’язана з емоційним станом: чим гірше психологічне самопочуття, тим вищий рівень агресивності.

Особливо важливим результатом є виявлення значної поширеності симптомів посттравматичного стресового розладу: у більшості досліджуваних зафіксовано показники, що можуть свідчити про наявність ПТСР, а також різні рівні депресивних станів (від помірних до тяжких). Це підтверджує високий рівень психологічного навантаження та необхідність системної професійної допомоги.

Результати емпіричного дослідження підтверджують, що психологічна реабілітація військовослужбовців має бути комплексною, індивідуалізованою та спрямованою на зниження агресивності, стабілізацію емоційного стану, підвищення самооцінки та подолання посттравматичних проявів. Важливим компонентом є також інтеграція духовної підтримки, зокрема діяльності капеланської служби, що сприяє відновленню внутрішніх ресурсів особистості та підвищенню ефективності реабілітаційного процесу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Баско А. В., Собакарь А. О., Миронюк С. А. Методики реабілітації військовослужбовців, стан функціонування та розвиток реабілітаційних центрів як один із напрямів діяльності органів місцевого самоврядування. Rehabilitation & Recreation. 2024. Вип. 18. №1. С. 78-93.

2. Бедан В.Б., Меленчук Н.І. Конспект лекцій з дисципліни «Практикум з психологічної реабілітації» (Галузь знань – 05; Соціальні та поведінкові науки; Спеціальність – 053 Психологія; Освітній ступінь – Бакалавр) / В.Б. Бедан; Міжнародний гуманітарний університет – О.: МГУ, 2024. – 75 с.

3. Бойко Г.М. Реабілітаційна психологія : посібник [для студ. вищ. навч. закл.] – Полтава: АСМІ, 2010. – 240 с.

4. Борисова О.О. Нариси з кабінету психореабілітації військових: методика «Карта бойового досвіду». Вчені записки Таврійського національного університету імені В.І. Вернадського. Серія «Психологія». 2023. Том 34 (73). № 3. С.1–6.

5. Борисова О.О. Психореабілітація учасників бойових дій в Україні: правові засади та практичні виміри. Габітус. 2023. Випуск 49. С. 16–21.

6. Борисова О.О. Психоедукаційні моделі у процесі психореабілітації учасників бойових дій: поняття та функції, приклад. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія «Психологія». 2023. № 3. С. 7–12.

7. Борисова О.О. Психореабілітація учасників/учасниць бойових дій як психологічна допомога другого рівня в Україні. Наукові Записки Серія «Психологія». 2024. № 1(3). С. 9-17.

8. Бриндіков Ю.Л. Методологічні принципи реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій. Педагогічні науки: збірник наукових праць Херсонського державного університету. Херсон, 2017.Вип. LXXVII (77). Том 2. С. 149–153.

9. Буковська О.О. Гірченко О.Л. Сучасні напрями психологічної реабілітації кризових станів, викликаних екстремальними ситуаціями. Актуальні проблеми психології: збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка. Екологічна психологія. 2018. Том VII. Вип. 45. С. 19–27.

10. Горностай П. П. Колективна травма та групова ідентичність. – Психологічні перспективи. Спеціальний випуск: Актуальні проблеми психології малих, середніх та великих груп. – Т. 2. Проблема цілісності суспільства, групи та особистості. – Київ, 2012. – С. 89–95.

11. Гридковець Л.М. Навчально-методичний комплекс з дисципліни «Реабітаційна психологія». Київ: КІБіТ, 2012. 80 с.

12. Гридковець Л. М. Реабілітаційна психологія. – Київ: КІБіТ, 2015. – 42 с.

13. Гридковець Л. М., Вашека Т. В. Психологічне консультування: посібник /за ред. Гридковець Л. М. – Київ: Літера, 2015. – 207 с.

14. Гульбс О.А., Кобець О.В. Соціально-психологічна реабілітація учасників бойових дій. Психологічний журнал. 2021. № 7. С. 100–106.

15. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах: методичні рекомендації. – Київ; Харків: ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», 2014.

16. Зарецька Н. В., Гридковець Л. М. Організаційні засади надання психологічної реабілатації учасникам АТО членам їх сімей // Вісник КІБіТ. – 2016. – № 7. – С. 26–33.

17. Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Олійник В.О., Хоружий С.М., Ларіонов С.О., Сириця М.В. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами: метод. посіб. К.: 7БЦ, 2023. 175 с.

18. Кокун О.М., Лозінська Н.С., Пішко І.О., Олійник В.О. Діагностика психологічних змін у військовослужбовців в умовах війни: метод. посіб. К.: ТОВ «7БЦ», 2025. 162 с.

19. Кризова психологія: навчальний посібник / за заг. ред. проф. О.В. Тімченка. – Харків: НУЦЗУ, 2010. – 401 с.

20. Крук І.М., Григус І.М. Сучасний погляд на психологічну реабілітацію військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом. Rehabilitation and Recreation. 2023. № 15. С. 50–56.

21. Лисенко О.А. Особливості професійної самоорганізації військовослужбовців у зоні бойових дій. Науковий вісник Чернівецького університету. 2018. № 868. С. 125–132.

22. Наумов В.Л. Індивідуально-психологічні особливості військовослужбовців з розладами адаптації, посттравматичним стресовим розладом та постстресовими розладами особистості. Вісник морської медицини. 2018. № 1(74). С. 51–57.

23. Нерубасська А.О. Сучасні аспекти психологічної адаптації військовослужбовців в умовах бойових дій. Габітус. Соціальна психологія. Юридична психологія. Габітус. Випуск 51. 2023. С. 229-233.

24. Оверчук В. А. Реабілітаційна психологія: навчальний посібник для студентів ВНЗ. – Вінниця: Міленіум, 2007. – 295 с.

25. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи: навчальний посібник / заг. ред. Н. Пророк. Том 1. Київ, 2018. 208 с.

26. Пітер А. Левін Зцілення від травми. Київ: Видавництво Ростислава Бурлаки, 2022. 156 с.

27. Пріб Г.А., Бегеза Л.Є., Раєвська Я.М. Соціально-психологічна адаптація військовослужбовців/ветеранів: проблематика вивчення. Габітус. Психологія особистості. Габітус. Випуск 35. 2022. С. 159-163.

28. Психологічна допомога та реабілітація учасників збройних конфліктів та фахівців ризиконебезпечних професій: світовий досвід / С.Ю. Лебедєва та ін. Габітус. 2023. Вип. 45. С. 139–145.

29. Психологічна робота з військовослужбовцями – учасниками АТО на етапі відновлення: методичний посібник / О.М. Кокун та ін. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с.

30. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко, Л. Г. Царенко; за ред. З. Г. Кісарчук. – Київ: ТОВ «Видавництво «Логос». – 207 с.

31. Психосоціальна допомога в роботі з кризовою особистістю: навчальний посібник / наук. ред. та керівник проблем. групи Л. М. Вольнова. – Київ, 2012. – 275 с.

32. Табачніков С. І. та ін. Напрями розвитку реабілітаційної геронтопсихіатричної допомоги в Україні / Табачніков С. І., Чайковська В. В., Черкасов В. Г., Маркова М. В., Пінчук І. Я. // Медичні дослідження. – 2001. – Т. 1, вип. 1. – С. 21–22.

33. Царенко Л. Г. Психологічна допомога військовослужбовцям в екстремальних ситуаціях // Перспективні питання психології: зб. наук. праць: за матеріалами Всеукраїнської міжвузівської науково-практичної інтернет-конференції «Актуальні проблеми реалізації адаптаційного потенціалу особистості в сучасних умовах життєздійснення» (Слов'янськ, 21 січня 2016 р.)/ ДВНЗ «Донбаський державний педагогічний університет». – Слов'янськ: Вид-во Б. І. Маторіна, 2016. – Вип. 1. – С. 276–290.

34. Шльонська О.О. Розгляд поняття «адаптація» з погляду системного підходу. Актуальні проблеми психології. Том III: Консультативна психологія і психотерапія: збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України / за ред. С.Д. Максименка. Київ: Видавець Лисенко М.М., 2013. Вип. 9.

35. Букет Євген. Військове капеланство України: служіння, яке зміцнює дух армії. Арміяinform. URL: https://armyinform.com.ua/2025/10/14/vijskove-kapelanstvo-ukrayiny-sluzhinnya-yake-zmicznyuye-duh-armiyi/

36. Кириченко А. Г. Особливості соціально-психологічного портрету учасника бойових дій. С. 14-19. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/osoblivosti-sotsialno-psihologichnogo-portretu-uchasnika-boyovih-diy/pdf

37. Романчук О. І. Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії. URL: https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/Romanchuk_PTSD.pdf

38. Семиліт М. В. Концепція життєвого шляху у контексті теорії колективної травми. URL: forum.onu.edu.ua/index.php?topic=5057.0

39. Шведа Ольга. Бути поруч з воїнами. Хто такі військові капелани та яка у них місія. Суспільне Львів. URL: https://suspilne.media/lviv/675766-buti-poruc-z-voinami-hto-taki-vijskovi-kapelani-ta-aka-u-nih-misia/

ДОДАТКИ

Додаток А

Опитувальник для військовослужбовців, які проходять медико-психологічну реабілітацію

Шановний пане / шановна пані! Пропонуємо Вам взяти участь в опитуванні, що проводиться з метою з'ясування соціальних, психологічних та психофізіологічних змін, що відбулися у військовослужбовців Збройних Сил України під час російсько-української війни. Просимо Вас висловити особисту думку з визначеного кола питань. Адже набутий Вами досвід та Ваші думки є надзвичайно важливими для упровадження ефективних заходів підготовки військовослужбовців військових формувань України до виконання бойових завдань в екстремальних умовах, їх відновлення та реабілітації.

В подальшому надані Вами відповіді опрацьовуватимуться з дотриманням вимог конфіденційності. В процесі обробки відповідей Ваші персональні дані, зазначені в опитувальнику, будуть деперсоналізовані, а результати – опрацьовані в узагальненому вигляді. Зважаючи на те, що опитування може проводитись у декілька етапів, просимо вказати Ваші контактні дані для подальшого зв'язку з Вами.

Дякуємо Вам за співпрацю!

ЗАЯВА

про добровільну згоду на участь в опитуванні

Я, _____,

(прізвище, ім'я, по батькові)

_____ , _____

(військове звання) *(посада)*

_____,

контактна інформація: моб. телефон +38 (0___) _____ _____ _____,

електронна пошта: _____,

даю згоду на участь в опитуванні щодо вивчення досвіду і соціально-психологічних аспектів участі військовослужбовців у бойових діях та обробку моїх персональних даних.

Я стверджую, що мене поінформовано про наступне:

перед початком опитування – щодо його мети, порядку проведення та змісту;

опитування проводиться на добровільних умовах українською мовою (*за потреби уточнення змісту та значення запитань – звертатимусь до психолога*);

щодо необхідності надати відповіді на всі запитання опитувальника.

Згоду на участь в опитуванні **підтверджую особистим підписом**.

(підпис, ім'я та прізвище)

Заяву прийняв і зробив необхідні роз'яснення:

_____

(підпис психолога, ім'я та прізвище)

___.___.20___

Порядок заповнення опитувальника: Вам пропонується із запропонованих варіантів відповідей на питання обрати ті, які найбільше співпадають із Вашою думкою. Позначте їх або напишіть власну відповідь там, де це запропоновано.

1. Ваша стать (підкресліть): - чоловіча; - жіноча.
2. Ваш вік (кількість повних років) _____

3. Ваш сімейний стан (підкресліть): - одружений / заміжня; - неодружений / незаміжня; - розлучений / розлучена; - цивільний шлюб (цивільне партнерство); - вдівець / вдова.

4. Якщо Ви одружений/заміжня або проживаєте в цивільному шлюбі, який період часу Ви перебуваєте у стосунках з Вашою дружиною/чоловіком або партнеркою/партнером (зазначте повних років):____

5. Чи Ваша дружина/чоловік або партнерка/партнер проходять військову службу? - так; - ні.

6. Чи є у Вас діти (підкресліть): - немає дітей; - одна дитина; - двоє дітей; - троє дітей або більше.

7. До якого виду військ (окремого роду військ/сил) Ви належите (напишіть):_____

8. Термін перебування на займаній посаді _____

9. Військово-облікова спеціальність (ВОС)_____

10. Рівень освіти (підкресліть):

1) цивільна: - повна загальна середня освіта (9 класів, 11 класів); - професійна (професійно-технічна) освіта (початковий; базовий; вищий рівні); - фахова передвища (фаховий молодший бакалавр); - вища (молодший бакалавр; бакалавр; магістр (спеціаліст); доктор філософії (кандидат наук), доктор наук).

2) військова: тактичний рівень; оперативний рівень; стратегічний рівень.

11. Загальний термін військової служби (повних років) _____

12. Досвід безпосередньої участі в бойових діях:

1) загальний _____ років.

2) з 24 лютого 2022 р. – ____років ____ міс.

13. Оцініть рівень Вашої особистої психологічної підготовленості до участі у бойових діях:

- дуже високий;
- високий;
- вищий за середній;
- посередній;
- нижчий за середній;
- низький;
- дуже низький або відсутній.

14. Наявність поранень (підкресліть): - так; - ні; якщо «так», зазначте їх кількість та тяжкість_____
_____

15. Чи отримали унаслідок війни поранення чи інші фізичні ушкодження хтось із Ваших рідних? (підкресліть): - так; - ні.

16. Чи загинув унаслідок війни хтось із Ваших рідних? (підкресліть): - так; - ні.

17. Чи постраждало під час війни Ваше житло? (підкресліть): - житло втрачене або зруйноване;

- житло серйозно пошкоджене;
- житло зазнало часткових ушкоджень;
- житло не постраждало; - інше _____

18. Як Ви оцінюєте своє матеріальне становище після початку широкомасштабної агресії росії ? (підкресліть):

- істотно погіршилося;
- погіршилося;
- не змінилося;
- покращилося.

19. Як Ви оцінюєте зміни свого емоційного стану за час війни? (підкресліть):

- істотно погіршився;

- погіршився;
- не змінився;
- покращився;
- істотно покращився.

20. Як Ви оцінюєте зміни стану особистого здоров'я за час війни? (підкресліть):
- істотно погіршився;
- погіршився;
- не змінився;
- покращився
- істотно покращився.

21. Як Ви оцінюєте стан особистого здоров'я у цілому? (підкресліть):
- відмінне здоров'я;
- добре здоров'я (незначні відхилення);
- задовільний стан;
- є суттєві проблеми зі здоров'ям;
- незадовільний стан.

22. Чи надавалася Вам медична допомога, якої потребував Ваш стан здоров'я? (підкресліть): - так; - ні

23. Наскільки сильний фізичний біль Ви відчували протягом останніх 10 днів? (окресліть одну цифру)

Зовсім не відчував(а)……...1
Дуже слабкий……...2
Слабкий……3
Помірний……..4
Сильний……...5
Дуже сильний…….....6

24. Як часто останнім часом Ваш фізичний чи емоційний стан заважав Вам активно спілкуватися з іншими людьми? (родичами, друзями, товаришами по службі тощо – окресліть одну цифру)

Весь час……...1
Більшість часу……2
Іноді……3
Рідко……4
Жодного разу……...5

25. Назвіть подію, яка трапилася у Вашому житті, і завдала Вам важких переживань та стресу (наприклад, смерть близької людини, фізичне насильство, поранення, ДТП, пожежа, хвороба тощо) _____

26. Як давно сталася ця подія (місяців або років тому)?_____

27. Як би Ви оцінили своє здоров'я зараз порівняно з тим, як було до події (окресліть одну цифру)

Значно краще, ніж до події ……...1
Дещо краще, ніж до події …….2
Приблизно так, як і до події …….3
Дещо гірше, ніж до події …….4
Набагато гірше, ніж до події …...5

28. В якій формі Ви пережили цю подію? (позначте):
- це сталося безпосередньо зі мною;
- я був свідком цього;
- я дізнався, що це сталося з моїм близьким родичем, другом, іншою близькою мені людиною;
- я неодноразово стикався з цим по роботі/службі (наприклад, як військовий, медпрацівник чи співробітник інших підрозділів).

29. Чи думали Ви про пережиту стресову подію відносно Вашого подальшого життя (вплив події на Ваше майбутнє): - так; -ні.

30. Чи думали Ви про пережиту стресову подію з переконаністю в тому, що винні Ви самі? (підкресліть): - так; - ні.

31. Оцініть за 10-бальною шкалою загрозу, яку ця ситуація представляє/представляла для Вашого благополуччя (можна вибрати кілька пунктів):

1. Фізичного	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Психологічного	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Фінансового / матеріального	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Соціального	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Сімейного	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Професійного	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

32. Скільки часу протягом останніх чотирьох тижнів Ви відчували себе спокійним (-ою), благодушним (-ою) і умиротвореним(-ою)? (окресліть одну цифру)

Весь час……1
Більшу частину часу……2
Значну частину часу……3
Деякий час……4
Незначну частину часу……5
Нітрохи за часом……..6

33. Скільки часу протягом останніх чотирьох тижнів Ви були сповнені сил? (окресліть одну цифру)

Весь час……1
Більшу частину часу……2
Значну частину часу……3
Деякий час……4
Незначну частину часу……5
Нітрохи за часом……..6

34. Скільки часу протягом останніх чотирьох тижнів Ви були пригнічені та сумні, що ніщо не могло Вас підбадьорити? (окресліть одну цифру)

Весь час……1
Більшу частину часу……2
Значну частину часу……3
Деякий час……4
Незначну частину часу……5
Нітрохи за часом……..6

35. Скільки часу протягом останніх чотирьох тижнів Ви почувалися щасливим (-ою)? (окресліть одну цифру)

Весь час……1
Більшу частину часу……2
Значну частину часу……3
Деякий час……4
Незначну частину часу……5
Нітрохи за часом……..6

36. Яку частину часу протягом останніх чотирьох тижнів проблеми з фізичним здоров'ям чи емоційним станом порушували Ваше звичне спілкування та включеність у суспільне життя? (окресліть одну цифру)

Весь час……1
Більшу частину часу……2
Значну частину часу……3
Деякий час……4
Незначну частину часу……5
Нітрохи за часом……..6

37. Чи виникали у Вас побоювання, що Ваше здоров'я може погіршитися? -так; -ні

38. Яким чином Ви оцінюєте власні життєві перспективи на даний момент? (підкресліть):

- внаслідок війни мої життєві перспективи суттєво погіршилися;
- внаслідок війни мої життєві перспективи погіршилися;
- життя через деякий час відновиться на попередньому рівні або близькому до нього;
- оцінюю свої життєві перспективи переважно оптимістично;
- оцінюю свої життєві перспективи безумовно оптимістично;

39. Ваші плани щодо подальшого проходження військової служби (підкресліть):

- буду звільнятися;
- буду продовжувати службу в своєму підрозділі;
- буду продовжувати службу, але в іншому підрозділі;
- остаточно не вирішив (-ла);
- інше (напишіть)_____.

Дякуємо за співпрацю!

Додаток Б

Правила діагностики типів за шкалою об'єктивної оцінки

Правило 0: Тип вважається невизначеним, якщо не досягнуте мінімальне діагностичне число (МДЧ) балів для жодного з типів. МДЧ становить для типу Г - 7 балів, для типу А - 5 балів, для інших типів - 6 балів.

Правило 1: Якщо МДЧ досягається або перевищується лише для одного типу, то цей тип діагностується (за винятком ситуацій, вказаних у правилах 2 і 3).

Правило 2: Якщо можлива дисиміляція, типи К і Ц не діагностуються.

Правило 3: Якщо реакція емансипації виражена самооцінкою, то типи З і П не діагностуються.

Правило 4: Якщо МДЧ досягнуто або перевищено для типу К та ще одного або кількох типів, то тип К не діагностується.

Правило 5: Якщо після застосування правил 2, 3 та 4 виявляється, що МДЧ досягнуто для ще двох типів, то:

а) У випадку певних комбінацій діагностується змішаний тип.

б) При інших комбінаціях діагностується той тип, на користь якого є найбільше перевищення в балах над його МДЧ.

в) Якщо відхилення двох несумісних типів досягає однакового перевищення над МДЧ, для виключення одного з них застосовується принцип домінування.

Г + Л = Г; Ц + Н = Н; Г + А = А; Г + С = Г; Г + П = П; Г + Ш = Ш; Г + Е = Е; Ц + А = А; Ц + С = С; Ц + П = П; Ц + Ш = Ш; Ц + Е = Е; Ц + І = І; Л + П = П; Л + Ш = Ш; Л + Е = Е; А + Ш = Ш; А + Е = Е; А + Н = Н; С + Е = Е; С + І = І; С + Н = Н; П + Е = Е; П + І = І; П + Н = Н.

Правило 6: Якщо перевищення над МДЧ на користь будь-якого типу є більшим, ніж у інших типів, і ця різниця становить більше 4, інші типи не діагностуються, навіть якщо комбінація сумісна.

Правило 7: Якщо МДЧ досягнуто щодо трьох або більше типів і за правилами 2, 3, 4 та 6 не можна звести їх до двох, вибираються два типи з найбільшим перевищенням в балах і далі застосовується правило 5.

Правило 8: У всіх інших випадках, де потрібно вибрати між декількома типами, щодо яких досягнуто однакове перевищення над МДЧ, діагностується 1-3 типи, які відповідно до правила 5 є сумісними з найбільшим числом порівнюваних.

Додаток В

Інструкція до тесту Будассі

Перед вами 48 слів, які позначають властивості особистості.

Реальне	**Якості**	**Ідеальне**
	1. Охайність	
	2. Легковажність	
	3. Вдумливість	
	4. Сприйнятливість	
	5. Запальність	
	6. Гордість	
	7. Грубість	
	8. Гуманність	
	9. Доброта	
	10. Життєрадісність	
	11. Дбайливість	
	12. Заздрісність	
	13. Сором'язливість	
	14. Злопам'ятність	
	15. Щирість	
	16. Примхливість	
	17. Легковір'я	
	18. Повільність	
	19. Мрійливість	
	20. Надуманність	
	21. Мстивість	

	22. Надійність	
	23. Наполегливість	
	24. Ніжність	
	25. Нерішучість	
	26. Нестриманість	
	27. Чарівність	
	28. Вразливість	
	29. Обережність	
	30. Чуйність	
	31. Підозріливість	
	32. Принциповість	
	33. Педантичність	
	34. Привітність	
	35. Розбещеність	
	36. Розсудливість	
	37. Самокритичність	
	38. Стриманість	
	39. Справедливість	
	40. Співчуття	
	41. Сором'язливість	
	42. Практичність	
	43. Працьовитість	
	44. Боягузтво	
	45. Переконаність	
	46. Захопленість	

	47. Черствість	
	48. Егоїзм	

Далі, вам необхідно виконати 3 кроки:

1 крок. Зі списку якостей оберіть 20, які, на вашу думку, має ідеальна людина. Поруч з обраними якостями в правій колонці «Ідеальне» поставте +.

2 крок. Тепер з цих 20 якостей оберіть найбільш неприємні вам. Навпроти кожної якості в колонці «Ідеальне» поставте цифри від 1 до 20, де 1 — найбільш неприємна якість, 20 — найменш неприємна

3 крок. І останній крок — відзначте з 20 якостей найменш характерні для вас. У лівій колонці «Реальне» поставте цифру навпроти кожного якості від 1 до 20, де 1 — найменш характерна якість, 20 — найбільш характерна.

Результати тестування

Щоб підрахувати результати, вам необхідно вписати дані в табличку. У колонці d вам потрібно записати різницю колонок «Реальне» і «Ідеальне» — від більшого числа віднімiть менше. Запишіть в таблицю цю різницю згідно з порядком 20 якостей.

У колонці d^2 вам необхідно звести значення в колонці d (вашу різницю) в квадрат. Тобто, якщо $d = 2$, то $d^2 = 4$ і т.д.

Коли ви запишете всі значення d^2 для всіх якостей, додайте їх між собою. Таким чином, ви отримаєте суму $S\ d^2$.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
d																				
d^2																				

d^2 =

Для чого це число нам необхідно? З його допомогою ми і розраховуємо r — коефіцієнт кореляції рангів, який відображає рівень самооцінки за формулою Роджерса.

$r = 1 — 0{,}00075 \times S\ d^2$

Розраховане за цією формулою значення буде знаходитися в межах від -1 до +1.

Результат не менше -0,37 і не більше +0,37 вказує на слабкий зв'язок (або взагалі його відсутність) між уявленнями людини про «Я-ідеальне» і про «Я-реальне». Такий результат може бути показником неправильних розрахунків або ж неадекватним уявленням людини про свої ідеальні і реальні якості.

Результат від -0,38 до -1 вказує на негативний зв'язок між «Я-ідеальним» і «Я-реальним». У людини розходяться уявлення про те, якою вона хоче бути і яка вона в реальності. Значення можна трактувати як тенденцію до заниженої самооцінки, і чим ближче результат до -1, тим більше невідповідностей.

Додаток Д

Тест Басса-Дарки

Опитувальник складається з 75 тверджень, на які є відповідь «так» чи «ні».

1. Часом я не можу впоратися з бажанням завдати шкоди іншим
2. Іноді пліткую про людей, яких не люблю
3. Я легко дратуюся, але швидко заспокоююсь
4. Якщо мене не попросять по-хорошому, я не виконаю
5. Я не завжди отримую те, що мені належить
6. Я не знаю, що люди говорять про мене за моєю спиною
7. Якщо я не схвалюю поведінку друзів, я даю їм це відчути
8. Коли мені траплялося обдурити кого-небудь, я відчував болючі докори совісті
9. Мені здається, що я не здатний ударити людину
10. Я ніколи не дратуюся настільки, щоб кидатися предметами
11. Я завжди поблажливий до чужих недоліків
12. Якщо мені не подобається встановлене правило, мені хочеться порушити його
13. Інші вміють майже завжди користуватися сприятливими обставинами
14. Я тримаюся насторожено з людьми, які ставляться до мене трохи більш дружньо, ніж я очікував
15. Я часто буваю незгодний з людьми
16. Іноді мені на розум приходять думки, яких я соромлюся
17. Якщо хто-небудь першим ударив мене, я не відповім йому
18. Коли я дратуюся, я ляскаю дверима
19. Я набагато більш дратівливий, ніж здається
20. Якщо хтось уявляє себе начальником, я завжди роблю йому наперекір
21. Мене трохи засмучує моя доля
22. Я думаю, що багато людей не люблять мене
23. Я не можу втриматися від суперечки, якщо люди не згодні зі мною
24. Люди, які ухиляються від роботи, повинні відчувати почуття провини
25. Той, хто ображає мене і мою сім'ю, напрошується на бійку
26. Я не здатний на грубі жарти
27. Мене охоплює лють, коли наді мною глузують
28. Коли люди вдають із себе начальників, я роблю все, щоб вони не зазнавалися
29. Майже кожен тиждень я бачу когось, хто мені не подобається
30. Досить багато людей заздрять мені
31. Я вимагаю, щоб люди поважали мене
32. Мене пригнічує те, що я мало роблю для своїх батьків
33. Люди, які постійно знущаються з вас, варті того, щоб їх "клацнули по носі"
34. Я ніколи не буваю похмурий від злості
35. Якщо до мене ставляться гірше, ніж я того заслуговую, я не засмучуюсь
36. Якщо хтось виводить мене з себе, я не звертаю уваги
37. Хоча я і не показую цього, мене іноді гризе заздрість
38. Іноді мені здається, що наді мною сміються
39. Навіть якщо я злюся, я не вдаюся до "сильних" виразів
40. Мені хочеться, щоб мої гріхи були пробачені
41. Я рідко даю здачі, навіть якщо хто-небудь ударить мене
42. Коли виходить не по-моєму, я іноді ображаюся
43. Іноді люди дратують мене однією своєю присутністю
44. Немає людей, яких би я по-справжньому ненавидів
45. Мій принцип: "Ніколи не довіряти чужинцям "

46. Якщо хтось дратує мене, я готовий сказати, що я про нього думаю
47. Я роблю багато такого, про що згодом шкодую
48. Якщо я розлючуся, я можу вдарити когось
49. З дитинства я ніколи не виявляв спалахів гніву
50. Я часто відчуваю себе як порохова бочка, готова вибухнути
51. Якби всі знали, що я відчуваю, мене б вважали людиною, з якою нелегко працювати
52. Я завжди думаю про те, які таємні причини змушують людей робити що-небудь приємне для мене
53. Коли на мене кричать, я починаю кричати у відповідь
54. Невдачі засмучують мене
55. Я б'юся не рідше і не частіше ніж інші
56. Я можу пригадати випадок, коли я був настільки злий, що хапав перший-ліпший предмет і ламав його
57. Іноді я відчуваю, що готовий першим почати бійку
58. Іноді я відчуваю, що життя чинить зі мною несправедливо
59. Раніше я думав, що більшість людей говорить правду, але тепер я в це не вірю
60. Я лаюся тільки зі злості
61. Коли я поступаю неправильно, мене мучить совість
62. Якщо для захисту своїх прав мені потрібно застосувати фізичну силу, я застосовую її
63. Іноді я висловлюю свій гнів тим, що стукаю кулаком по столу
64. Я буваю грубуватий стосовно людей, які мені не подобаються
65. У мене немає ворогів, які б хотіли мені нашкодити
66. Я не вмію поставити людину на місце, навіть якщо вона на те заслугову
67. Я часто думаю, що жив неправильно
68. Я знаю людей, які здатні довести мене до бійки
69. Я не засмучуюсь через дрібниці
70. Мені рідко приходить до голови, що люди намагаються розлютити або образити мене
71. Я часто тільки погрожую людям, хоча і не збираюся приводити погрози у виконання
72. Останнім часом я став занудою
73. У суперечці я часто підвищую голос
74. Я намагаюся зазвичай приховувати своє погане ставлення до людей
75. Я краще погоджуся з чим-небудь, ніж стану сперечатися.

Обробка та інтерпретація результатів тесту

Відповіді оцінюються за шкалами наступним чином:

1. Фізична агресія:

• "так" = 1, "ні" = 0: 1, 25, 33, 48, 55, 62, 68; • "ні" = 1, "так" = 0: 9, 17, 41.

2. Непряма агресія:

• "так" = 1, "ні" = 0: 2, 18, 34, 42, 56, 63; • "ні" = 1, "так" = 0: 10, 26, 49.

3. Роздратування:

• "так" = 1, "ні" = 0: 3, 19, 27, 43, 50, 57, 64, 72; • "ні" = 1, "так" = 0: 11, 35, 69.

4. Негативізм:

• "так" = 1, "ні" = 0: 4, 12, 20, 23, 36;

5. Образа:

• "так" = 1, "ні" = 0: 5, 13, 21, 29, 37, 51, 58. • "ні" = 1, "так" = 0: 44.

6. Підозрілість:

• "так" = 1, "ні" = 0: 6, 14, 22, 30, 38, 45, 52, 59; • "ні" = 1, "так" = 0: 65, 70.

7. Вербальна агресія:

• "так" = 1, "ні" = 0: 7, 15, 28, 31, 46, 53, 60, 71, 73; • "ні" = 1: 39, 66, 74, 75.

8. Почуття провини:

• "так" = 1, "ні" = 0: 8, 16, 24, 32, 40, 47, 54, 61, 67

Індекс ворожості включає в себе 5 і 6 шкалу, а індекс агресивності (як прямої, так і мотиваційної) включає в себе шкали 1, 3, 7.

Ворожість = Образа + Підозрілість;

Агресивність = Фізична агресія + Роздратування + Вербальна агресія.

Інтерпретація результатів тесту.

Нормою агресивності є величина її індексу, що дорівнює 21 ± 4, а ворожості - 6-7 ± 3.

Додаток Е

Тест А. Ассингера

Текст опитувальника

I. Чи схильні Ви шукати шляхи до примирення після чергового службового конфлікту?

1. Завжди.
2. Іноді.
3. Ніколи.

II. Як Ви поводитесь в критичній ситуації?

1. Стримуєтесь.
2. Зберігаєте повний спокій.
3. Втрачаєте самовладання.

III. Яким вважають Вас колеги?

1. Самовпевненим і заздрісним.
2. Доброзичливим.
3. Спокійним і незаздрісним.

IV. Як Ви відреагуєте, якщо вам запропонують відповідальну посаду?

1. Приймете її з деякими побоюваннями.
2. Погодитесь без коливань.
3. Відмовитесь від неї ради власного спокою.

V. Як Ви будете себе вести, якщо хто-небудь з колег без дозволу візьме з Вашого столу папір?

1. Посваритесь.
2. Примусите повернути.
3. Запитайте, чи не потрібне йому ще чого-небудь.

VI. Якими словами Ви зустрінете чоловіка (дружину), якщо він (вона) повернувся(лась) з роботи пізніше за звичайне?

1. «Що тебе так затримало»?
2. «Де ти лазиш допізна»?
3. «Я вже почав(ла) хвилюватися».

VII. Як Ви поводитеся за кермом автомобіля?

1. Прагнете обігнати машину, яка показала вам хвіст?
2. Вам все одно, скільки машин вас обігнало.
3. Помчитесь з такою швидкістю, щоб ніхто не наздогнав вас.

VIII. Якими Ви вважаєте свої погляди на життя?

1. Збалансованими.
2. Легковажними.
3. Вкрай жорсткими.

IX. Що Ви робите, якщо не все вдається?

1. Намагаєтеся звалити провину на іншого.
2. Залишаєте незакінченим.
3. Стаєте надалі обережнішим.

X. Як Ви відреагуєте на фейлетон про випадки розбещеності серед сучасної молоді?

1. «Пора вже заборонити їм такі розваги».
2. «Треба створити їм можливість організовано і культурно відпочивати».
3. «І чого ми стільки з ними возимося»?

XI. Що Ви відчуваєте, якщо місце, яке Ви хотіли зайняти, дісталося іншому?

1. «І навіщо я тільки на це нерви витрачав»?
2. «Видно, що його обличчя шефу більш приємніше».
3. «Можливо, мені це вдасться іншим разом».

XII. Як Ви дивитеся страшний фільм?

1. Боїтеся.
2. Нудьгуєте.
3. Одержуєте задоволення.

XIII. Якщо через дорожню пробку Ви спізнюєтеся на важливу нараду?
1. Нервуватимете під час засідання.
2. Спробуєте викликати поблажливість партнерів.
3. Засмутитесь.

XIV. Як Ви ставитесь до своїх спортивних успіхів?
1. Обов'язково прагнете виграти.
2. Цінуєте задоволення відчути себе знов молодим.
3. Дуже гнівається, якщо не везе.

XV. Як Ви поступите, якщо Вас погано обслужили в ресторані?
1. Стерпите, уникаючи скандалу.
2. Викличете метрдотеля і зробите йому зауваження.
3. Звернетесь зі скаргою до директора ресторану.

XVI. Як Ви поведетеся, якщо Вашу дитину образили в школі?
1. Поговорю з вчителем.
2. Влаштуєте скандал з батьками «малолітнього злочинця».
3. Порадите дитині дати здачу.

XVII. Як Ви вважаєте, яка Ви людина?
1. Середня.
2. Самовпевнена.
3. Пробивна.

XVIII. Що Ви скажете підлеглому, з яким зіткнулися у дверях установи, якщо він почав би вибачатися перед вами?
1. «Вибачте, це моя провина».
2. «Нічого страшного, дурниці».
3. «Уважніше треба бути»!

XIX. Як Ви відреагуєте на статтю в газеті про випадки хуліганства серед молоді?
1. Коли ж, нарешті, будуть вжиті конкретні заходи?
2. Треба ввести тілесні покарання.
3. Не можна все валити на молодь, винні і вихователі.

XX. Уявіть, що Ви заново народитесь, але вже твариною. Якій тварині ви віддасте перевагу?
1. Тигру або леопарду.
2. Домашньому коту.
3. Ведмедю.

Обробка результатів

Уважно проглянете підкреслені відповіді. Підрахуйте суму номерів відповідей.

45 і більше балів. Ви надмірно агресивні і при цьому нерідко буваєте неврівноваженим і жорстоким по відношенню до інших. Ви сподіваєтесь дістатись до управлінських верхів, розраховуючи на власні методи, добитися успіху, жертвуючи інтересами тих людей, що Вас оточують. Тому вас не дивує неприязнь товаришів по службі, але при щонайменшій нагоді ви стараєтеся їх за це покарати.

36 - 44 бали. Ви помірно агресивні, але цілком успішно йдете по життю, оскільки у вас достатньо здорового честолюбства і самовпевненості.

35 і менше балів. Ви надмірно миролюбиві, що обумовлено недостатньою упевненістю у власних силах і можливостях. Це зовсім не означає, що ви, як «травичка», гнетеся під будь-яким вітерцем. Та все ж таки більше рішучості вам не зашкодить!

Якщо по 7 і більше питанням ви набрали по 3 бала і менш ніж по 7 питанням - по 1 балу, то вибухи вашої агресивності носять швидше руйнівний, ніж конструктивний

характер. Ви схильні до непродуманих вчинків і запеклих дискусій. Ви відноситеся до людей зневажливо і своєю поведінкою провокуєте конфліктні ситуації, яких цілком могли б уникнути.

Якщо ж по 7 і більше питанням ви одержали по 1 балу, і менш ніж по 7 питанням - по 3 бали, то ви надмірно замкнуті. Це не означає, що вам не властиві спалахи агресивності, але ви пригнічуєте їх аж надто ретельно.

Додаток К

Самооцінка психічного стану (за методикою Айзенка)

Пропонуємо опис різних проявів психічних станів.

Якщо цей збігається з Вашим станом і стан виникаєчасто, то необхідно оцінити його у 2 бали, якщо цей стан виникає зрідка — 1 бал. Якщо не збігається з Вашим станом — 0 балів.

Опис станів:
I (Тривожність)
Не відчуваю в собі впевненості.
Часто з-за дрібниць червонію.
Мій сон неспокійний.
Легко впадаю у відчай.
Турбуюся навіть про уявні неприємності.
Мене лякають складнощі.
Люблю «копирсатися» в своїх недоліках.
Мене легко переконати.
Я недовірлива людина.
Я насилу переношу час очікування.
II (Фрустрація)
Нерідко мені здаються безвихідними положення, з яких в цілому можна знайти вихід.
Неприємності мене дуже засмучують, я «падаю духом».
При значних неприємностях я схильний без достатніх підстав звинувачувати себе.
Нещастя і невдачі мене нічому не вчать.
Я часто відмовляюся від боротьби, вважаючи її безплідною, не вірю в свій успіх.
Я часто почуваю себе беззахисно.
Час від часу у мене буває стан відчаю.
Я відчуваю сильну розгубленість перед складнощами чи випробуваннями.
У важкі хвилини життя схильний поводитися по-дитячому та хочу, щоб мене пожаліли.
Вважаю недоліки свого характеру невиправними.
III (Агресивність)
Залишаю за собою останнє слово.
Нерідко в розмові перебиваю співрозмовника.
Мене легко розсердити.
Люблю робити зауваження іншим.
Хочу бути авторитетом для інших.
Не задовольняюся малим, прагну найбільшого.
Коли розгніваюся, погано себе стримую.
Завжди прагну керувати, а не йти за кимось.
У мене різка, грубувата жестикуляція.
Я знаю, що я мстива людина.
IV (Ригідність)
Мені важко змінювати звички.
Нелегко переключати увагу з однієї справи на іншу.
Дуже насторожено ставлюся до всього нового.
Мене досить важко переконати, якщо я іншої думки.
Нерідко у мене не виходить з голови думка, від якої слід було б звільнитися.
Нелегко зближуюсь з новими для мене людьми.
Мене засмучують навіть незначні порушення плану.

Нерідко я проявляю неабияку впертість.

Неохоче йду на ризик.

Різко і неохоче сприймаю відхилення від прийнятого мною режиму дня.

Обробка результатів

Підрахуйте суму балів за кожну групу питань:

1 – 10 — тривожність

11 – 20 — фрустрація;

21 – 29 — агресивність;

31 – 40 — ригідність.

Оцінка та інтерпретація балів

Тривожність:

0 – 7 балів — не виявлена тривожність;

8 – 14 балів — тривожність середня, допустимого рівня;

15 – 20 балів —тривожність підвищена. Необхідно звернутися до спеціаліста.

Фрустрація:

0 – 7 балів — маєте високу самооцінку, стійкі до невдач, не боїтеся труднощів;

8 – 14 балів — середній рівень, фрустрація має місце;

15 – 20 балів — у вас низька самооцінка, ви уникаєте труднощів, боїтеся невдач, фрустровані.

Агресивність:

0 – 7 балів — ви спокійні, витримані;

8 – 14 балів — середній рівень агресивності;

15 – 20 балів — ви агресивні, не витримані, є труднощі при спілкуванні та роботі з людьми.

Ригідність:

0 – 7 балів — ригідності немає, легке переключення та адаптація;

8 – 14 балів — середній рівень;

15 – 20 балів — сильно виражена ригідність, незмінність поведінки, переконань, поглядів, навіть якщо вони розходяться, не відповідають реальній обстановці, життя. Вам важко даються зміна роботи чи зміни в особистому житті.

Додаток Л

ШКАЛА САМООЦІНЮВАННЯ ЩОДО НАЯВНОСТІ ПТСР

(PCL-M) (ВІЙСЬКОВА ВЕРСІЯ)

ІНСТРУКЦІЯ. Нижче перелічено проблеми або скарги, які в людини можуть бути внаслідок стресового (травмівного) воєнного досвіду. Будь ласка, прочитайте кожен пункт уважно, поставте позначку «V» у графі, що чітко відображає частоту, з якою вас турбувало це питання минулого місяця.

№	ПИТАННЯ	Не було зовсім (1)	Інколи (2)	Помірно (3)	Часто (4)	Дуже часто (5)
1.	Думки і спогади, що повторюються і турбують, або ж нав'язливі картини травмівного досвіду з минулого					
2.	Повторювані, жахливі сни про травмівний досвід з минулого					
3.	Чи часто ви починаєте діяти так, як у травмівній ситауції, або відчуваєте, ніби ви ще там, ніби вона знову повторюється (переживаєте ситуацію знову)					
4.	Почуваєтеся пригніченим, засмучуєтесь, якщо щось нагадує вам травмівну ситуацію з минулого					
5.	Фізично реагуєте (сильне серцебиття, проблеми з диханням або сильне потіння), коли щось нагадує вам про травмівний досвід з минулого					
6.	Уникаєте думок або розмов про травмівну ситуацію в минулому або уникаєте почуттів, пов'язаних з цією ситуацією					
7.	Уникаєте певної діяльності або ситуацій, тому що вони нагадують вам травмівну ситуацію з минулого					
8.	Відчували труднощі з пригадуванням важливих частин травмівної ситуації з минулого					
9.	Втрата зацікавлення до того, що раніше приносило задоволення					
10.	Відчували відстороненість або ж «відрізаність» від інших людей					
11.	Відчували емоційне заціпеніння або неможливість відчувати любов до близьких вам людей					
12.	Відчуття, що ваше майбутнє непевне					
13.	Труднощі із засинанням або уривчастий поверхневий сон					

14.	Відчуття роздратування або вибухи гніву					
15.	Труднощі з концентрацією уваги					
16.	Постійно «насторожені», занадто пильні, постійно очікуєте на небезпеку					
17.	Відчуваєте себе знервованим/ою або легко лякаєтеся?					

ОПРАЦЮВАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Підрахунок балів ідентичний для всіх трьох версій тесту.

Респонденти оцінюють кожний пункт від 1 (зовсім ні) до 5 (дуже виражено), щоб вказати ступінь виявлення конкретного симптому впродовж минулого місяця. Отже, діапазон оцінки може бути в межах від 17 до 85 балів.

Не зважаючи на те, що шкали самооцінювання не слід використовувати для встановлення формального діагнозу, PCL виявився хорошим діагностичним інструментом.

50 балів і вище – визначається як оптимальний показник для того, щоб вказати на можливе встановлення діагнозу ПТСР посткомбатантові (тобто якщо підрахунок дорівнює 50 і більше балів, то можна вже говорити про ПТСР, якщо менше – ні).

Альтернативна стратегія підрахунку полягає в тому, щоб використовувати окремі пункти відповідно до критеріїв DSM-IV. Наприклад, для підозри щодо наявності ПТСР необхідно, щоб було відмічено не менше як на рівні «3» (помірно) або на вищому рівні одне з питань з діапазону № 1-5, не менше як 3 питання серед питань діапазону № 6-12, і мінімум 2 серед питань № 13-17. Пропонується граничний бал 3 (помірно) або більше для кожного пункту – вважати найбільш відповідним для цього підходу.

Додаток М

ШКАЛА ОЦІНЮВАННЯ ВПЛИВУ ТРАВМІВНОЇ ПОДІЇ (IES-R)

ІНСТРУКЦІЯ. Нижче описано переживання людей, які мали важкі стресові ситуації. Оцініть, наскільки ви відчували такі почуття з приводу подібної ситуації. Що трапилась з вами. Для цього виберіть і обведіть кружечком цифру, що відповідає тому, як часто ви переживали подібне протягом останніх семи днів, сьогодні також.

№	ПИТАННЯ	Ніколи	Рідко	Іноді	Часто
1.	Будь-яке нагадування про цю подію (ситуацію) змушує мене знову пережити все, що трапилося	0	1	2	5
2.	Я не міг(могла) спокійно спати ночами	0	1	2	5
3.	Деякі речі змушували мене весь час думати про те, що зі мною сталося	0	1	2	5
4.	Я відчував(ла) постійне роздратування і гнів	0	1	2	5
5.	Я не дозволяв(ла) собі засмучуватися, коли думав(ла) про цю подію або щось нагадувало мені про неї	0	1	2	5
6.	Я думав(ла) про те, що трапилося проти своєї волі	0	1	2	5
7.	Мені здавалося, що всього того, що сталося зі мною, ніби й не було насправді, або все, що тоді відбувалося, було нереальним	0	1	2	5
8.	Я намагався(лася) уникати всього, що могло б мені нагадати про те, що трапилося	0	1	2	5
9.	Окремі картини того, що сталося раптово виникали в свідомості	0	1	2	5
10.	Я був(ла) весь час напруженим(ною) і сильно здригався(лась), якщо щось раптово лякало мене	0	1	2	5
11.	Я намагався(лася) не думати про те, що трапилося	0	1	2	5
12.	Я розумів(ла), що мене і досі буквально переповнюють важкі переживання з приводу того, що трапилося, але нічого не робив(ла), щоб їх уникнути	0	1	2	5
13.	Я відчував (ла) щось на зразок заціпеніння і всі мої переживання з приводу того, що сталося були наче «паралізовані»	0	1	2	5
14.	Я раптом помітив(ла), що дію або почуваюся так, ніби все ще перебуваю в тій ситуації	0	1	2	5
15.	Мені було важко заснути	0	1	2	5
16.	Мене буквально переповнювали нестерпно важкі переживання, пов'язані з тією ситуацією	0	1	2	5
17.	Я намагався(лася) витіснити з пам'яті те, що трапилося	0	1	2	5
18.	Мені було важко зосередити увагу на чому-небудь	0	1	2	5
19.	Коли щось нагадувало мені про те, що трапилося, я відчував(ла) неприємні фізичні ознаки: пітнів(ла), дихання збивалося, починало нудити, частішав пульс тощо	0	1	2	5
20.	Мені снилися важкі сни про те, що зі мною сталося	0	1	2	5
21.	Я постійно остерігався(лась) і весь час чекав(ла), що трапиться щось погане	0	1	2	5
22.	Я намагався(лася) ні з ким не говорити про те, що трапилося	0	1	2	5

ОПРАЦЮВАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ:

• субшкала «вторгнення»: сума балів за пунктами 1, 2, 3, 6, 9, 16, 20;

• субшкала «уникнення»: сума балів за пунктами 5, 7, 8, 11, 12, 13,17, 22;

• субшкала «фізіологічна збудливість»: сума балів за пунктами 4, 10, 14, 15, 18, 19,21.

Загальна оцінка реакції на стресову ситуацію визначається за сумою балів усіх субшкал.

№	**РЕАКЦІЯ НА СТРЕСОВУ СИТУАЦІЮ** (ТРАВМУ)	**Сума балів**
1.	Низька	< 30
2.	Помірна	30–50
3.	Виражена	> 50

Додаток Н

ОПИТУВАЛЬНИК БЕКА ДЛЯ ОЦІНЮВАННЯ РІВНЯ ДЕПРЕСІЇ

(BECK DEPRESSION INVENTORY – BDI)

Бланк для психолога, лікаря

ІНСТРУКЦІЯ. Нижче представлено низку станів та по чотири твердження до кожного з них.

Виберіть одне твердження з чотирьох, що найкраще описує ваші відчуття за минулий тиждень, сьогодні також. Обведіть кружечком номер твердження, яке ви вибрали. Якщо в групі кілька тверджень, що однаково добре описують ваші відчуття, обведіть кожне з них. Перед тим, як зробити свій вибір, уважно прочитайте всі твердження в кожній групі.

1. Сум
0 – я не відчуваю себе нещасним(ою);
1 – я відчуваю себе нещасним(ою);
2 – я весь час нещасний(а) і не можу звільнитися від цього почуття;
3 – я настільки нещасний(а) і засмучений(а), що не можу цього стерпіти
2. Песимізм
0 – думаючи про майбутнє, я не почуваюся особливо розчарованим;
1 – думаючи про майбутнє, я почуваюся розчарованим;
2 – я відчуваю, що мені нема чого чекати в майбутньому;
3 – я відчуваю, що майбутнє безнадійне, і ніщо не зміниться на краще.
3. Відчуття, що в усьому не щастить
0 – я не почуваюся невдахою;
1 – я відчуваю, що в мене було більше невдач, ніж у більшості інших людей;
2 – коли я оглядаюся на прожите життя, то бачу тільки невдачі;
3 – я почуваюся повним(ою) невдахою.
4. Невдоволення собою
0 – я отримую стільки ж задоволення від життя, як і раніше;
1 – я не отримую стільки ж задоволення від життя, як раніше;
2 – я не отримую справжнього задоволення від чого б то не було;
3 – я всім не задоволений(а), і мені все набридло
5. Почуття провини
0 – я не почуваюся особливо винуватим(ою);
1 – досить часто я почуваюся винуватим(ою);
2 – майже завжди я почуваюся винуватим(ою);
3 – я відчуваю себе винуватим весь час.
6. Відчуття, що мене карають
0 – я не відчуваю, що мене за щось карають;
1 – я відчуваю, що можу бути покараний(ою) за щось;
2 – я очікую, що мене покарають;
3 – я відчуваю, що мене карають за щось.
7. Самозаперечення
0 – я не відчуваю розчарування в собі;
1 – я розчарований(а) в собі;
2 – я огидний (а) сам (а) собі;
3 – я ненавиджу себе.
8. Самозвинувачення
0 – у мене немає відчуття, що я в чомусь гірший(а), ніж інші;
1 – я самокритичний(а) і визнаю свої слабкості й помилки;
2 – я весь час звинувачую себе за свої помилки;
3 – я звинувачую себе за все погане, що відбувається.
9. Наявність суїцидальних думок

0 – у мене немає думок про те, щоб накласти на себе руки;
1 – у мене є думки про те, щоб накласти на себе руки, але я цього не зроблю;
2 – я хотів(ла) б покінчити життя самогубством;
3 – я б наклав(ла) на себе руки, якби випала нагода.
10. Плаксивість
0 – я плачу не більше ніж зазвичай;
1 – тепер я плачу більше ніж звичайно;
2 – я тепер весь час плачу;
3 – раніше я ще міг(могла) плакати, але тепер не зможу, навіть якщо захочу.
11. Дратівливість
0 – тепер я не більше роздратований(а), ніж зазвичай;
1 – я дратуюся легше, ніж раніше, навіть через дрібниці;
2 – тепер я весь час роздратований(а);
3 – мене вже ніщо не дратує, бо мені все байдуже.
12. Почуття соціальної відчуженості
0 – я не втратив інтересу до інших людей;
1 – у мене менше інтересу до інших людей, ніж раніше;
2 – я майже втратив інтерес до інших людей;
3 – я втратив будь-який інтерес до інших людей.
13. Нерішучість
0 – я здатний приймати рішення так само, як завжди;
1 – я відкладаю прийняття рішень частіше, ніж зазвичай;
2 – я відчуваю більше труднощів в прийнятті рішень, ніж раніше;
3 – я більше не можу приймати будь-яких рішень
14. Дисморфія/фобія
0 – я не відчуваю, що в мене гірший вигляд, ніж зазвичай;
1 – я стурбований(а) тим, що виглядаю постарілим(ою) або непривабливим(ою);
2 – я відчуваю, що зміни, які відбулися в моїй зовнішності, зробили мене непривабливим(ою);
3 – я впевнений(а), що виглядаю потворним(ою).
15. Труднощі в роботі
0 – я можу працювати так само, як раніше;
1 – мені треба докласти додаткових зусиль, щоб почати що-небудь робити;
2 – я з великими труднощами змушую себе що-небудь робити;
3 – я взагалі не можу працювати.
16. Безсоння
0 – я можу спати так само добре, як і зазвичай;
1 – я сплю не так добре, як завжди;
2 – я прокидаюся на 1-2 години раніше, ніж зазвичай, і мені важко заснути знов
3 – я прокидаюся на декілька годин раніше, ніж зазвичай і не можу заснути.
17. Стомлюваність
0 – я стомлююся не більше, ніж зазвичай;
1 – я стомлююся легше, ніж зазвичай;
2 – я стомлююся майже від усього, що я роблю;
3 – я дуже стомився(лась), щоб робити будь-що.
18. Втрата апетиту
0 – у мене апетит не гірший, ніж зазвичай;
1 – у мене не такий хороший апетит, як був раніше;
2 – тепер мій апетит став набагато гірший;
3 – я взагалі втратив(ла) апетит.
19. Втрата ваги
0 – якщо останнім часом я і втратив(ла) у вазі, то дуже небагато;
1 – я втратив(ла) у вазі понад 2 кг;

2 – я втратив(ла) у вазі понад 4 кг;
3 – я втратив(ла) у вазі понад 6 кг.
Я спеціально намагався(лася) не їсти, щоб втратити у вазі.
(Обведіть кружечком): так, ні.
20. Заклопотаність станом здоров'я
0 – я турбуюся про своє здоров'я не більше, ніж зазвичай;
1 – мене турбують такі проблеми, як різні болі, розлади шлунка, закрепи;
2 – я так стурбований(на) своїм здоров'ям, що мені навіть важко думати про щось інше;
3 – я так стурбований(на) своїм здоров'ям, що взагалі ні про що інше не можу думати.
21. Втрата сексуального потягу
0 – я не помічав(ла) будь-яких змін у своїх сексуальних інтересах;
1 – я менше, ніж зазвичай, цікавлюся сексом;
2 – тепер я набагато менше цікавлюся сексом;
3 – я абсолютно втратив(ла) інтерес до сексу.

ОПРАЦЮВАННЯ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

№	ІНТЕНСИВНІСТЬ ДЕПРЕСІЇ	Сума балів
1.	Нема	< 9
2.	Помірно виражена	10–18
3.	Критичний рівень	19–29
4.	Явно виражена	>30

Додаток П

ОПИТУВАЛЬНИК ПАЦІЄНТА ПРО СТАН ЗДОРОВ'Я (PHQ-9)

ІНСТРУКЦІЯ. Будь ласка, дайте відповідь на таке запитання:

– Як часто за останні два тижні вас турбували такі вияви? (Свою відповідь позначте «V» у правій частині бланка)

№	ПРОЯВИ	Не турбували взагалі	Кілька днів	Більше половини всіх днів	Майже щодня
1.	Дуже низька зацікавленість або задоволення від звичайних справ (відсутність бажання щось робити)	0	1	2	3
2.	Поганий настрій, пригніченість або відчуття безпорадності	0	1	2	3
3.	Труднощі із засинанням, переривчастий або занадто тривалий сон	0	1	2	3
4.	Почуття втоми або знесилення (занепад сил)	0	1	2	3
5.	Поганий апетит чи навпаки – переїдання	0	1	2	3
6.	Погані (негативні) думки про себе. Ви вважаєте себе невдахою або розчаровані в собі, або вважаєте, що не виправдали сподівань своєї родини	0	1	2	3
7.	Труднощі концентрації уваги (наприклад, зосередитися на читанні газети чи перегляді телепередач)	0	1	2	3
8.	Ваші рухи або мова були настільки повільними, що люди могли це помітити. Або навпаки, ви були настільки метушливі або збуджені, що рухалися більше, ніж зазвичай	0	1	2	3
9.	Думки про те, що вам краще було б померти або про те, щоб заподіяти собі шкоду будь-яким чином	0	1	2	3

Якщо у вас були зазначені вище проблеми – відзначте, то наскільки вони ускладнили Вам виконання службових обов'язків, домашніх справ або спілкування з іншими людьми? (Свою відповідь позначте «√»)	Зовсім не ускладнили
	Дещо ускладнили
	Дуже ускладнили
	Надзвичайно ускладнили

ОПРАЦЮВАННЯ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Підраховується загальна сума балів. Рівні тяжкості депресії:

- 0–4 – депресії нема;
- 5–9 – легка («субклінічна») депресія;
- 10–14 – депресія помірної тяжкості;
- 15–19 – депресія середньої тяжкості;
- 20–27 – тяжка депресія.

Зауважимо, що бал ≥10 є інформативним у значенні великого депресивного розладу з чутливістю та специфічністю 83 %.

Додаток Р

ТЕСТ НА НАРКОТИЧНУ ТА АЛКОГОЛЬНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ

(ХЕЛПЕР)

ІНСТРУКЦІЯ. Спробуйте відповісти на всі запитання чесно, адже ця інформація буде використана тільки для розмови з вами, і її більше ніхто й ніколи не побачить.

Вибрати можна тільки одну з двох відповідей. Якщо ви сумніваєтесь в якійсь відповіді, то варто відповідати ствердно, тобто «Так».

№	Запитання	Варіанти відповіді
1.	Чи є випадки алкоголізму і наркоманії в роду?	Так
		Ні
2.	Чи є випадки, коли ви вживаєте більше психоактивних речовин, ніж інші?	Так
		Ні
3.	Чи з'являється у вас відчуття радості при думці про майбутнє вживання?	Так
		Ні
4.	Чи ви збуджуєтесь, коли бачите спиртне на прилавку в крамниці?	Так
		Ні
5.	Чи почастішали випадки, коли вам не хотілося зупинятися, в той час, як іншим було вже досить?	Так
		Ні
6.	Чи з'явилося почуття занепокоєння стосовно майбутніх «тверезих» заходів?	Так
		Ні
7.	Чи є випадки тривалого НЕ вживання спиртного або наркотичної речовини?	Так
		Ні
8.	Чи є випадки тривалого вживання спиртного або наркотиків?	Так
		Ні
9.	Чи є відчуття морального задоволення після вживання?	Так
		Ні
10.	Чи є страх і побоювання «тверезого» життя?	Так
		Ні
11.	Чи є відчуття пригніченості, якщо нема алкоголю і наркотика?	Так
		Ні
12.	Чи з'явилася тяга до спиртного або наркотика?	Так
		Ні
13.	Чи є відчуття «похмілля» після вживання, напередодні?	Так
		Ні
14.	Чи трапляється потреба в новій дозі спиртного або наркотика, щоб зняти відчуття «похмілля»?	Так
		Ні
15.	Чи спостерігається посилення дратівливості?	Так
		Ні
16.	Чи почастішали стани гніву, які змінюються байдужістю до всього?	Так
		Ні
17.	Чи спостерігається погіршення пам'яті?	Так
		Ні
18.	Чи спостерігається зниження інтелектуальних здібностей?	Так
		Ні
19.	Чи з'являються часті перепади настрою?	Так
		Ні
20.	Чи з'являються ускладнення в спілкуванні?	Так
		Ні
21.	Чи з'являється байдужість до роботи або навчання?	Так
		Ні
22.	Чи спостерігається втрата або відсутність захоплень та інтересів?	Так
		Ні
23.	Чи спостерігається підвищена схильність до ледарства і насолод?	Так
		Ні
24.	Чи спостерігається повна відсутність занять фізкультурою і спортом?	Так
		Ні
25.	Чи спостерігається послаблення сили волі?	Так
		Ні
26.	Чи почастішали безсоння, знизилася активність вдень?	Так
		Ні
27.	Чи посилилися стани пригніченості?	Так
		Ні
28.	Чи спостерігається зміна апетиту, що виявляється і в його зниженні, і в різкому підвищенні?	Так
		Ні
29.	Чи з'явилася тяга до солодкого, особливо до солодких напоїв?	Так
		Ні

30.	Чи спостерігається зміна кольору обличчя – блідість або «землянистий» відтінок?	Так
		Ні
31.	Чи спостерігається різке схуднення?	Так
		Ні
32.	Чи спостерігається зміна розміру зіниць?	Так
		Ні
33.	Чи спостерігається швидке руйнування зубів?	Так
		Ні
34.	Чи спостерігається гальмування мовлення або порушення артикуляції або, навпаки, швидке мовлення «скоромовкою»?	Так
		Ні
35.	Чи почастішали випадки, що ви говорили неправду?	Так
		Ні
36.	Чи з'явилися неприязнь і грубість, особливо у спілкуванні зі знайомими, рідними й близькими?	Так
		Ні
37.	Чи змінилися ваші інтереси і захоплення?	Так
		Ні
38.	Чи змінилося ваше коло знайомих?	Так
		Ні
39.	Чи з'явилися грошові борги?	Так
		Ні
40.	Чи спостерігався продаж особистих речей?	Так
		Ні
41.	Чи були випадки крадіжки?	Так
		Ні
42.	Чи спостерігається порушення травлення, що виявляється в безпричинній блюваті, проносі чи закрепах?	Так
		Ні
43.	Чи зменшилася у вас кількість позитивних емоцій?	Так
		Ні
44.	Чи часто бувають у вас стреси, депресія, пригніченість?	Так
		Ні
45.	Чи буває почуття самотності?	Так
		Ні
46.	Чи зростає у вас агресивність?	Так
		Ні

47.	Чи спостерігається низька стійкість до психо-емоційних навантажень?	Так
		Ні
48.	Чи схильні ви до азартних ігор?	Так
		Ні
49.	Чи спостерігається низька самооцінка?	Так
		Ні
50.	Чи важко вам просити про допомогу?	Так
		Ні
51.	Чи зросла у вас схильність до необдуманих вчинків?	Так
		Ні
52.	Чи є схильність до усамітнення?	Так
		Ні
53.	Чи спостерігається скритність?	Так
		Ні
54.	Чи буваєте ви озлоблені?	Так
		Ні
55.	Чи спостерігаються часті невмотивовані втечі з дому?	Так
		Ні
56.	Чи з'явилася у вас неохайність в одязі, а раніше такого не спостерігалося?	Так
		Ні
57.	Чи носите ви одяг з довгими рукавами скрізь і завжди?	Так
		Ні
58.	Чи є втрата інтересу до свого зовнішнього вигляду?	Так
		Ні
59.	Чи спостерігається порушення ритму дня?	Так
		Ні
60.	Чи з'явилася скритність стосовно телефонних розмов?	Так
		Ні
61.	Чи з'явилися суїцидальні нахили?	Так
		Ні

ОПРАЦЮВАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Тепер підрахуйте загальну кількість відповідей «Так».

Залежно від цієї кількості можна припускати такі результати:

НАЯВНІСТЬ ЗАЛЕЖНОСТІ	Суми балів
Нема	0–10
Ранній вияв	11–28
Середній вияв	29–45
Важка залежність	46–61

Позитивні відповіді до 10 балів – можуть свідчити про якесь захворювання або порушення нервово-психічного стану, але, загалом, це показник – у межах норми.

Якщо результат більше 10 балів, потрібна консультація фахівця. Для підтвердження або спростування цього психологічного тесту можна застосувати хімічні тести щодо вживання наркотиків чи алкоголю.

Додаток С

МІСІСІПСЬКА ШКАЛА ОЦІНЮВАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ (ДЛЯ ВІЙСЬКОВИХ ТА ВЕТЕРАНІВ БОЙОВИХ ДІЙ) (MISSISSIPPI SCALE FOR COMBAT-RELATED POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER)

Нижче наведено твердження, що узагальнюють різний досвід людей, які брали участь у бойових діях. У кожного твердження є шкала оцінок від «1» до «5». Користуючись цією шкалою, вкажіть, наскільки ви згодні або не згодні з цими твердженнями. На кожне твердження дайте лише одну відповідь: «абсолютно правильно», «іноді правильно», «правильно частково», «правильно», «абсолютно правильно».

№	ПИТАННЯ	Абсолютно непра-вильно	Іноді пра-вильно	Правильно частково	Пра-вильно	Абсолютно правильно
1.	До служби в армії у мене було більше друзів, ніж тепер	1	2	3	4	5
2.	У мене немає почуття провини за те, що я робив(ла) 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(на) вступати в емоційно близькі стосунки з іншими людьми	1	2	3	4	5
7.	Мені сняться ночами кошмари про те, що дійсно було на війні	1	2	3	4	5
8.	Коли я думаю про деякі речі, які я робив(ла) в армії, мені просто не хочеться жити	1	2	3	4	5
9.	Ззовні я виглядаю бездушним (ою)	1	2	3	4	5
10.	Останнім часом я відчуваю, що хочу позбавити себе життя	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 запитую себе, чому я ще живий(а), 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 себе надмірно втомленим(ою)	1	2	3	4	5
16.	Речі, які викликають у інших людей сміх чи сльози, мене не хвилюють	1	2	3	4	5
17.	Мене, як і раніше, радують ті ж речі, що й раніше	1	2	3	4	5
18.	Мої фантазії реалістичні й викликають страх	1	2	3	4	5

19.	Я виявив(ла), що мені після демобілізації працювати не важко	1	2	3	4	5
20.	Мені важко зосередитися	1	2	3	4	5
21.	Я безпричинно 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 здригаюся	1	2	3	4	5
26.	Ніхто, навіть члени моєї сім'ї, 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 деякі речі, які я робив(ла) в армії, я не зможу розповісти нікому, тому що цього ніхто не зрозуміє	1	2	3	4	5
29.	Інколи я вживаю алкоголь або снодійне, щоб заснути або забути про те, що трапилися зі мною, коли я служив(ла) 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 у виявленні своїх почуттів, навіть з близькими людьми	1	2	3	4	5

ОПРАЦЮВАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Прямі твердження: 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.

Зворотні твердження: 2, 6, 11, 17, 19, 22, 24, 27, 30, 34.

Прямі твердження оцінюються за шкалою від 1 до 5, залежно від того, наскільки вони точні для респондента (від «Абсолютно неправильно » – 1 бал до «Абсолютно правильно» – 5 балів); зворотні твердження оцінюються від 5 до 1 (від «Абсолютно неправильно» – 5 балів, до «Абсолютно правильно» – 1 бал).

Підсумкова оцінка, отримана при підрахунку суми балів усіх 35 тверджень, відображає ступінь впливу травмівного досвіду на людину. Підсумкова оцінка вища ніж 97 балів свідчить про виражений вплив перенесеної травми на людину і потребу медичного обстеження.

З різними розладами адаптації можуть працювати психологи – якщо уточнювальні тести показують помірні рівні травмованості. Якщо ж розлади адаптації проходять на тлі більш вираженої психологічної травмованості з помірною втратою смислу життя та депресією – то долучатися має психотерапевт, а то й психіатр.

РІВНІ РОЗЛАДУ АДАПТАЦІЇ	Суми балів
Добре адаптовані	≤ 76
Розлади адаптації	77 – 97
Підозра на ПТСР	≥ 98