

**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ
ЗАКЛАД» МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ
ПЕРСОНАЛОМ**

Вплив психотерапії на подолання посттравматичного стресового розладу у
військовослужбовців.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття освітнього ступеня

МАГІСТР

За спеціальністю 053 Психологія

Кондратюк Євгенія Володимирівна

Кваліфікаційна робота

Допущена до захисту

Зав.кафедри _____

«__»_____20__р.

Науковий керівник:

Рациборинська-Полякова Н.В.

к.мед.н., доц.

Рецензент:

ПЛАН

ВСТУП.....	3
Розділ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	
ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У	
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ.....	7
1.1. Поняття посттравматичного стресового розладу у сучасній психології	7
1.2. Особливості прояву посттравматичного стресового розладу у	
військовослужбовців.....	17
1.3. Психотерапевтичні підходи до подолання посттравматичного стресового	
розладу.....	24
Висновок до розділу 1.....	36
Розділ 2 ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИКА ЕМПІРИЧНОГО	
ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ПСИХОТЕРАПІЇ НА ПОДОЛАННЯ ПТСР У	
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ.....	38
2.1. Організація емпіричного дослідження та характеристика вибірки	38
2.2. Методи та психодіагностичний інструментарій дослідження	41
2.3. Програма психотерапевтичного впливу у роботі з військовослужбовцями з	
ПТСР.....	44
Висновок до 2 розділу.....	50
Розділ 3 АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ	
ВПЛИВУ ПСИХОТЕРАПІЇ НА ПОДОЛАННЯ ПТСР.....	52
3.1. Результати первинної діагностики рівня ПТСР у військовослужбовців	52
3.2. Динаміка показників ПТСР після психотерапевтичного впливу.....	61
3.3. Порівняльний аналіз ефективності психотерапії та інтерпретація результатів	
дослідження	66
Висновок до 3 розділу	73
ВИСНОВОК	74
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	76

ВСТУП

Сучасні соціально-політичні події, пов'язані з воєнними конфліктами, зумовлюють значне зростання психологічних навантажень на військовослужбовців. Перебування в умовах бойових дій, постійна загроза життю, переживання втрат та необхідність функціонування в екстремальних ситуаціях часто призводять до виникнення посттравматичних психологічних порушень. Одним із найбільш поширених і складних наслідків пережитого травматичного досвіду є посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

Посттравматичний стресовий розлад характеризується комплексом психоемоційних, когнітивних та поведінкових проявів, серед яких інтрузивні спогади про травматичну подію, підвищений рівень тривожності, порушення сну, емоційна відчуженість, депресивні стани та труднощі соціальної адаптації. Наявність таких симптомів суттєво впливає на психічне здоров'я військовослужбовців, їхню професійну ефективність, міжособистісні взаємини та загальну якість життя.

Попри значну кількість досліджень, проблема ефективної психотерапевтичної допомоги військовослужбовцям, які мають прояви посттравматичного стресового розладу, залишається актуальною. Особливої уваги потребує розробка та впровадження програм психотерапевтичного впливу, спрямованих на стабілізацію психоемоційного стану, зниження проявів посттравматичних реакцій та формування ефективних стратегій психологічної адаптації.

Актуальність дослідження зумовлена необхідністю поглибленого вивчення особливостей прояву посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців та визначення ефективності психотерапевтичних підходів, спрямованих на подолання наслідків травматичного бойового досвіду.

Об'єкт дослідження – посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців.

Предмет дослідження – вплив психотерапевтичних методів на подолання проявів посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців.

Мета дослідження – визначити ефективність психотерапевтичного впливу у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців.

Для досягнення поставленої мети були визначені такі завдання дослідження:

1. Проаналізувати теоретичні підходи до вивчення посттравматичного стресового розладу у сучасній психології.
2. Визначити особливості прояву посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців.
3. Охарактеризувати сучасні психотерапевтичні підходи до подолання ПТСР.
4. Провести емпіричне дослідження рівня посттравматичних реакцій, тривожності, депресивних проявів та психофізіологічного стану військовослужбовців.
5. Розробити та реалізувати програму психотерапевтичного впливу, спрямовану на зниження проявів ПТСР.

1. Проаналізувати динаміку психоемоційного стану військовослужбовців після проходження психотерапевтичної програми.

Наукова новизна дослідження полягає в тому, що:

- уточнено особливості прояву посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців в умовах сучасних воєнних подій;
- удосконалено програму психотерапевтичного впливу, спрямовану на зниження проявів посттравматичних реакцій;

- дістало подальшого розвитку уявлення про ефективність комплексного психотерапевтичного підходу у роботі з військовослужбовцями, які пережили травматичний бойовий досвід.

Робоча гіпотеза дослідження полягає у припущенні, що застосування комплексної психотерапевтичної програми, яка включає елементи когнітивно-поведінкової терапії, психоосвітні заходи та техніки психологічної саморегуляції, сприятиме зниженню проявів посттравматичного стресового розладу, зменшенню рівня тривожності та депресивних проявів, а також покращенню психофізіологічного стану військовослужбовців.

Теоретичною основою дослідження стали наукові праці вітчизняних та зарубіжних дослідників у галузі психології травматичного досвіду, зокрема роботи Б. В. Михайлова, О. В. Самойлової, О. М. Кокуна, Т. М. Титаренко, З. Г. Кісарчук та інших науковців, присвячені проблемі посттравматичного стресового розладу та методам його психологічної корекції.

Методологічну базу дослідження становили як теоретичні, так і емпіричні методи наукового пізнання. До теоретичних методів належали аналіз, синтез, узагальнення та систематизація наукових джерел. Емпіричне дослідження проводилося із застосуванням психодіагностичних методик, зокрема шкали оцінки рівня реактивної та особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна, методики шкалою самооцінки психофізіологічного стану О. М. Кокуна, шкали депресії А. Т. Бека та Міссісіпської шкали для оцінки посттравматичних реакцій. Для обробки результатів дослідження використовувалися методи кількісного та якісного аналізу отриманих даних.

Стислу характеристику вибірки дослідження становлять 30 військовослужбовців віком від 22 до 45 років, які мають досвід участі у бойових діях. Середній вік респондентів становив 32 роки. До вибірки увійшли як чоловіки, так і жінки різних військових звань.

Теоретична значущість дослідження полягає у поглибленні наукових уявлень про особливості прояву посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців та можливості його психотерапевтичної корекції.

Практична значущість результатів дослідження полягає у можливості використання розробленої програми психотерапевтичного впливу у практичній діяльності психологів, які працюють з військовослужбовцями, учасниками бойових дій та ветеранами війни.

Апробація результатів дослідження здійснювалася під час участі у науково-практичній конференції, де були представлені основні результати дослідження.

Публікації. Основні результати магістерського дослідження висвітлено у тезах наукової конференції.

Структура магістерської роботи. Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг роботи становить ____ сторінок. Список використаних джерел налічує ____ найменувань. Робота містить таблиці, рисунки та додатки.

Розділ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

1.1. Поняття посттравматичного стресового розладу у сучасній психології

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) у сучасній психології розглядається як один із найбільш складних і багатовимірних психічних розладів, що виникають унаслідок переживання екстремальних подій. Його значущість зумовлена не лише високою поширеністю, а й глибокими наслідками для особистісного розвитку, соціального функціонування та психічного здоров'я загалом. С. Д. Максименко у праці «Експериментальна психологія» наголошує, що сучасна психологічна наука дедалі більше орієнтується на дослідження стресогенних чинників, які порушують базові механізми адаптації особистості [21, с.192].

ПТСР є символічним психічним захворюванням початку ХХІ століття і вважається одним із найпоширеніших наслідків емоційної травми [21, с.192]. На думку вітчизняних дослідників, сучасні соціально-політичні процеси, збройні конфлікти, вимушена міграція та інформаційна перенасиченість формують нові умови для виникнення психотравматичних станів [33]. О. В. Самойлова та О. М. Міщенко у статті «Історичні, клінічні та психологічні особливості формування посттравматичних стресових розладів» підкреслюють, що ПТСР стає не лише клінічною, а й суспільною проблемою, оскільки його наслідки впливають на демографічні, економічні та культурні процеси [33].

Особливої актуальності проблема ПТСР набуває в контексті військових подій. В. Чорна та співавтори у дослідженні, присвяченому ПТСР під час

повномасштабної війни, зазначають, що наслідки бойових дій мають комплексний характер і впливають на всі сфери життєдіяльності військовослужбовців [44]. Автори підкреслюють, що психотравматичний досвід змінює не лише індивідуальне сприйняття реальності, а й систему соціальних зв'язків, професійну ідентичність та життєві перспективи.

Наслідки військових дій можуть виходити за межі прямої загрози життю чи фізичних травм. Вони включають руйнування економічних і соціальних інститутів та структур суспільства в цілому [44, с.192]. Таким чином, ПТСР розглядається як феномен, що має як індивідуально-психологічний, так і макросоціальний вимір.

Історія дослідження посттравматичних розладів бере свій початок у XIX столітті. Французький невролог Жан-Мартен Шарко у праці «*Les démoniaques dans l'art*» аналізував істеричні прояви та психогенні реакції, що виникали після сильних емоційних потрясінь [51]. Його клінічні спостереження стали підґрунтям для формування психодинамічного розуміння травми.

Пізніше, під час Першої світової війни, було описано феномен «shell shock», що характеризувався психічними порушеннями у солдатів. А. В. Михальський та Ю. О. Царьов у статті «Посттравматичний стресовий розлад: історичний огляд» зазначають, що тривалий час такі стани трактувалися як прояв слабкості характеру або неврозу, що ускладнювало їх об'єктивне дослідження [25, с.687–689].

Важливим етапом стало дослідження А. W. Burgess та L. L. Holstrom, які у статті «*Rape Trauma Syndrome*» описали специфічний комплекс симптомів, що виникає після пережитого насильства [50]. Автори вперше систематизували симптоматику, подібну до сучасного розуміння ПТСР.

Офіційне визнання ПТСР відбулося у 1980 році після його включення до міжнародних класифікацій психічних розладів. У сучасних діагностичних системах – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* та *International*

Classification of Diseases – ПТСР визначається як окремий діагностичний розлад із чіткими критеріями.

У сучасній психології посттравматичний стресовий розлад визначається як специфічна, відстрочена або пролонгована реакція на подію винятково загрозливого чи катастрофічного характеру, яка виходить за межі звичайного людського досвіду та спричиняє глибокий психоемоційний дистрес. Відповідно до міжнародних класифікацій – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders та International Classification of Diseases – ПТСР має чітко окреслені діагностичні критерії, що дозволяють диференціювати його від інших тривожних і стресових розладів.

У вітчизняній науковій традиції Б. В. Михайлов у навчальному посібнику «Посттравматичні стресові розлади» підкреслює, що ПТСР є наслідком порушення процесів психічної інтеграції травматичного досвіду, коли подія не включається у систему життєвого досвіду особистості, а продовжує функціонувати як «актуальна» у свідомості [31]. На його думку, центральною характеристикою розладу є фіксація психіки на травматичному стимулі, що супроводжується стійкими афективними та когнітивними порушеннями.

У клінічному посібнику «Психотерапія в загальносоматичній медицині» Б. В. Михайлов, О. І. Сердюк та В. А. Федосєєв звертають увагу на соматичний компонент ПТСР, зазначаючи, що пацієнти часто звертаються за медичною допомогою зі скаргами на серцево-судинні, гастроентерологічні чи неврологічні симптоми, не усвідомлюючи їх психогенного походження [24]. Таким чином, клінічна картина ПТСР є багаторівневою та охоплює психічні, поведінкові й тілесні прояви.

У сучасному розумінні (і згідно з МКХ-10) ПТСР включає такі групи симптомів, що проявляються клінічно [59, с.192]:

- повторне переживання травматичної події;
- уникнення стимулів, пов'язаних із травмою;

- підвищена психофізіологічна збудливість.

Однак у новіших підходах (DSM-5-TR та МКХ-11) структура симптомів є більш деталізованою. Зокрема, у DSM-5-TR виділяють чотири симптоматичні кластери: інтрузії, уникнення, негативні зміни в когніціях і настрої, а також гіперактивацію. У МКХ-11 акцент робиться на трьох ключових компонентах: повторне переживання травми «тут і тепер», уникнення та стійке відчуття загрози.

Результати історико-клінічного аналізу, здійсненого О. В. Самойловою та О. М. Міщенко, свідчать, що розширення діагностичних критеріїв відображає глибше розуміння природи травматичного досвіду та його впливу на психіку [33]. Автори наголошують, що сучасна модель ПТСР враховує як індивідуально-психологічні, так і соціокультурні чинники формування симптоматики.

Для систематизації симптоматичних проявів ПТСР доцільно узагальнити їх у вигляді таблиці (див. табл. 1.1).

Таблиця 1.1

Структура та клініко-психологічна характеристика симптомів ПТСР (за сучасними класифікаціями)

Симптоматичний кластер	Основні прояви	Психологічний зміст	Можливі наслідки для функціонування
Інтрузивні симптоми (повторне переживання)	Флешбеки, нав'язливі спогади, кошмарні сни, емоційна реактивність при нагадуванні про травму	Неперероблений травматичний досвід, фіксація на події	Дезадаптація, труднощі концентрації уваги
Уникнення	Свідоме або несвідоме уникнення думок, розмов, місць, людей	Захисний механізм психіки, спрямований на зниження тривоги	Соціальна ізоляція, звуження життєвого простору
Негативні зміни в когніціях і настрої	Почуття провини, сорому, емоційна відстороненість, песимістичні переконання	Порушення базових уявлень про безпеку світу та власну цінність	Ризик депресивних розладів, втрата мотивації

Гіперактивація (підвищена збудливість)	Дратівливість, гіперпильність, безсоння, підвищена реакція переляку	Хронічна мобілізація нервової системи	Порушення міжособистісних стосунків, професійна дезадаптація
--	--	---	--

Як видно з табл. 1.1, кожен кластер симптомів має не лише клінічне, але й глибоке психологічне значення. Наприклад, інтрузії свідчать про те, що травматична подія не була інтегрована у когнітивну структуру особистості, а уникнення виконує функцію короточасного зниження тривоги, проте в довготривалій перспективі сприяє закріпленню патологічної симптоматики.

К. О. Островська у дослідженні особливостей прояву ПТСР у соціальному просторі зазначає, що симптоми розладу впливають на зміну соціальних ролей, зниження рівня довіри та порушення комунікативної взаємодії [8]. Таким чином, симптоматика ПТСР має не лише індивідуальний, а й міжособистісний вимір.

Г. І. Ломакін у контексті дослідження реадaptaції учасників бойових дій підкреслює, що симптоми гіперактивації та уникнення часто перешкоджають ефективному поверненню до мирного життя, оскільки військовий досвід продовжує визначати поведінкові реакції особистості [17].

Отже, у сучасній психології визначення ПТСР виходить за межі формального переліку симптомів. Воно передбачає розуміння глибинних механізмів порушення адаптації, трансформації особистісних смислів та змін у системі соціальних взаємодій. Систематизація симптомів (див. табл. 1.1) дозволяє не лише уточнити діагностичні критерії, але й визначити напрями психотерапевтичного впливу, що є особливо важливим у контексті подальшого аналізу впливу психотерапії на подолання ПТСР.

У сучасній психології типологія посттравматичного стресового розладу має важливе значення як для діагностики, так і для подальшої психотерапевтичної роботи. Класифікаційний підхід дозволяє врахувати тривалість перебігу симптоматики, час її виникнення та глибину психічних змін.

Відповідно до клінічних рекомендацій та наукових досліджень, існують три типи ПТСР: гострий, хронічний і відстрочений [30, с.190].

Л. Ободовська та Н. Шавровська у праці «Посттравматичний стресовий розлад: особливості психологічного супроводу» зазначають, що поділ на типи має практичне значення, оскільки дозволяє визначити оптимальну стратегію психологічного супроводу та психотерапевтичного втручання [30]. Авторки підкреслюють, що різні типи ПТСР відрізняються не лише часовими характеристиками, а й глибиною особистісних трансформацій.

- Гострий ПТСР

Гострий ПТСР діагностується у випадках, коли симптоматика триває до трьох місяців після травматичної події. За спостереженнями Б. В. Михайлова, у цей період симптоми мають виражений афективний характер: домінують тривога, страх, емоційна нестабільність, порушення сну [31]. Автор наголошує, що на ранньому етапі надзвичайно важливою є своєчасна психотерапевтична допомога, оскільки саме в цей період існує високий потенціал для відновлення адаптивних механізмів.

О. Мазяр, аналізуючи психофізіологічні механізми формування невротичних розладів, зазначає, що гостра фаза ПТСР пов'язана з гіперактивацією симпатичної нервової системи, що зумовлює стан постійної мобілізації організму [22]. У разі відсутності належної психологічної підтримки така мобілізація може перейти у хронічну форму.

- Хронічний ПТСР

Хронічний ПТСР діагностується у випадках, коли симптоми зберігаються понад три місяці та набувають стійкого характеру. За даними історико-клінічного аналізу О. В. Самойлової та О. М. Міщенко, хронізація розладу пов'язана з тривалим впливом стресогенних факторів або повторною травматизацією [33]. Автори підкреслюють, що у таких випадках спостерігається глибша

трансформація особистісної структури, включно зі зміною системи цінностей та світоглядних установок.

Г. І. Ломакін у дослідженні порушень реадаптації учасників бойових дій наголошує, що саме хронічний ПТСР є однією з ключових причин соціальної дезадаптації ветеранів, оскільки симптоми гіперпильності, агресивності та емоційної відстороненості ускладнюють інтеграцію в мирне життя [17].

S. Kasl, аналізуючи епідеміологічні аспекти стресу, зазначав, що тривала дія стресогенних факторів суттєво підвищує ризик формування стійких психічних порушень [56]. Таким чином, хронічний ПТСР має як індивідуально-психологічний, так і соціальний вимір.

- Відстрочений ПТСР

Відстрочений тип ПТСР характеризується появою симптоматики через значний період часу після травматичної події. Л. Ободовська та Н. Шавровська підкреслюють, що цей тип є особливо складним для діагностики, оскільки зв'язок між травмою та симптомами може не усвідомлюватися самим пацієнтом [14].

К. О. Островська у дослідженні особливостей прояву ПТСР у соціальному просторі зазначає, що відстрочений розлад часто активізується під впливом тригерних подій – наприклад, повторних кризових ситуацій або нагадувань про травматичний досвід [41]. Це свідчить про те, що травматична пам'ять може зберігатися у латентному вигляді та проявлятися за певних умов.

- Комплексний ПТСР

У сучасних класифікаціях, зокрема в International Classification of Diseases, виокремлюється також комплексний ПТСР. Він виникає внаслідок тривалого або повторюваного травматичного впливу (наприклад, полон, катування, систематичне насильство).

О. В. Самойлова та О. М. Міщенко зазначають, що комплексний ПТСР супроводжується не лише типовими симптомами, а й порушеннями емоційної

регуляції, стійким негативним образом «Я» та труднощами у встановленні близьких міжособистісних зв'язків [33].

Таблиця 1.2

Порівняльна характеристика типів посттравматичного стресового розладу

Критерій	Гострий ПТСР	Хронічний ПТСР	Відстрочений ПТСР	Комплексний ПТСР
Тривалість симптомів	До 3 місяців	Понад 3 місяці	Симптоми виникають через ≥ 6 місяців після травми	Тривалий, часто багаторічний перебіг
Характер проявів	Інтенсивні афективні реакції	Стійкі когнітивні та поведінкові зміни	Латентний перебіг із раптовою актуалізацією	Глибокі особистісні деформації
Рівень соціальної дезадаптації	Помірний	Виражений	Варіативний	Значний, порушення міжособистісних зв'язків
Прогноз	Сприятливий за умови раннього втручання	Залежить від тривалості та підтримки	Ускладнений діагностикою	Потребує тривалої комплексної терапії

Як видно з табл. 1.2, типологія ПТСР відображає не лише часові параметри, а й глибину психологічних змін. Відмінності між гострим, хронічним, відстроченим та комплексним ПТСР мають безпосереднє значення для вибору психотерапевтичної стратегії, що особливо актуально у контексті дослідження впливу психотерапії на подолання цього розладу.

Отже, сучасна класифікація ПТСР демонструє еволюцію поглядів на природу травматичного досвіду: від розуміння його як короткочасної реакції до усвідомлення можливості глибоких і довготривалих особистісних трансформацій.

Формування посттравматичного стресового розладу в сучасній психології розглядається як багаторівневий процес, у якому взаємодіють біологічні, психологічні та соціальні чинники. Травматична подія виступає пусковим

механізмом, однак сам розлад виникає внаслідок порушення процесів адаптації та інтеграції досвіду.

У клінічній традиції ПТСР трактується як наслідок порушення психічної переробки травматичного матеріалу. У навчальному посібнику «Посттравматичні стресові розлади» зазначається, що травматичний досвід не інтегрується у структуру особистості, а зберігається у вигляді фрагментованих сенсорних і емоційних спогадів, що зумовлює інтрузивну симптоматику [31]. Такий підхід пояснює повторні флешбеки як прояв незавершеного когнітивного опрацювання події.

Психофізіологічний рівень механізмів формування ПТСР пов'язаний із тривалим станом гіперактивації нервової системи. Дослідження механізмів невротичних розладів демонструють, що хронічний стрес спричиняє порушення регуляції збудження, що проявляється безсонням, дратівливістю, соматичними скаргами та підвищеною реактивністю [22]. Таким чином, нейрофізіологічні зміни закріплюють патологічну модель реагування.

Соціально-епідеміологічний аспект механізмів розкривається у працях S. Kasl, який наголошував, що вплив стресу значною мірою залежить від умов середовища та рівня соціальної підтримки [56]. Відсутність підтримувального оточення, невизначеність соціального статусу або тривала професійна дезадаптація сприяють хронізації симптомів.

У контексті військового досвіду механізми закріплення ПТСР пов'язані з конфліктом між бойовими та мирними моделями поведінки. Дослідження порушень реадaptaції учасників бойових дій засвідчують, що труднощі повернення до цивільного життя зумовлені трансформацією системи цінностей та звичних поведінкових стратегій [17]. Таким чином, механізм формування ПТСР включає ще й ціннісно-смысловий компонент.

Історико-клінічний аналіз розвитку уявлень про ПТСР демонструє, що сучасна модель розглядає розлад як результат взаємодії індивідуальних

особливостей, інтенсивності травматичного впливу та соціального контексту [33]. Саме ця біопсихосоціальна модель нині є домінуючою у психологічній науці.

Отже, механізми формування ПТСР охоплюють:

- когнітивну дезінтеграцію травматичного досвіду;
- емоційну дисрегуляцію;
- нейрофізіологічну гіперактивацію;
- соціальну та ціннісну дезадаптацію.

Комплексність цих механізмів обумовлює необхідність багатовекторного психотерапевтичного впливу.

Посттравматичний стресовий розлад не обмежується клінічними проявами, а істотно впливає на соціальне функціонування особистості. У дослідженнях проявів ПТСР у соціальному просторі підкреслюється, що травматичний досвід змінює систему міжособистісних зв'язків, рівень довіри до оточення та характер соціальної взаємодії [57]. Людина починає сприймати світ як потенційно небезпечний, що зумовлює відчуження та уникнення контактів.

Сучасні емпіричні дослідження, присвячені військовослужбовцям в умовах війни, свідчать, що ПТСР впливає на професійну ефективність, сімейні стосунки та соціальну активність [44].

У навчальному посібнику з психосоціальної допомоги військовим зазначається, що повноцінне відновлення соціального функціонування можливе лише за умов комплексної підтримки – індивідуальної, сімейної та групової [13]. Такий підхід демонструє системний вплив травми на життя людини, оскільки її наслідки охоплюють не лише внутрішній психоемоційний стан, але й міжособистісні взаємини, професійну діяльність та соціальну адаптацію. Зокрема, індивідуальна допомога спрямована на опрацювання травматичного досвіду та відновлення внутрішніх ресурсів особистості, сімейна – на покращення взаєморозуміння та підтримки в близькому оточенні, а групова – на

формування відчуття приналежності та зниження соціальної ізоляції. Таким чином, комплексний підхід дозволяє забезпечити більш ефективне та стійке відновлення особистості після пережитого травматичного досвіду.

Водночас сучасна психологія не обмежується аналізом негативних наслідків. У монографії «Психологія посттравматичного зростання» доводиться, що травматичний досвід може стати поштовхом до переоцінки життєвих пріоритетів і розвитку нових особистісних якостей [11]. Йдеться про формування більшої усвідомленості, емпатії та цінування життя.

Концепція життєтворення розглядає травму як кризову точку, що відкриває можливість для побудови нової життєвої стратегії [37; 39]. У цьому контексті ПТСР постає не лише як розлад, а як складний етап трансформації особистості.

Таким чином, соціально-психологічний вимір посттравматичного стресового розладу має подвійний характер. З одного боку, він проявляється у дезадаптаційних тенденціях, що включають соціальну ізоляцію, міжособистісні конфлікти та зниження загального рівня функціонування особистості. З іншого боку, можливим є формування ресурсного потенціалу, зокрема посттравматичного зростання, що проявляється у переосмисленні життєвих цінностей, підвищенні особистісної стійкості та розвитку нових смислів. Урахування обох аспектів є принципово важливим для цілісного розуміння наслідків травматичного досвіду та оцінки ефективності психотерапевтичного впливу, що буде розглянуто у наступних підрозділах.

1.2. Особливості прояву посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців

Посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців має низку специфічних ознак, що зумовлені особливостями бойової діяльності. На відміну від цивільних травматичних подій, бойова психотравма характеризується

тривалістю, повторюваністю та системністю впливу. Військовослужбовець перебуває в умовах постійної загрози життю, що активізує механізми виживання та підтримує стан хронічного напруження. У матеріалах міжнародної науково-практичної конференції «International scientific innovations in human life» (2022) наголошується: «Бойовий стрес» – це один із наслідків воєнних дій, який негативно впливає на психіку бійців, і є головним чинником психічних і психологічних травм, загострення дистресових станів, а також посттравматичних стресових розладів, нестабільності в емоційній, когнітивній сферах, розладів адаптації до «нормального» життя у соціумі, провадження успішної діяльності та життя без війни, деструкції у взаємовідносинах з рідними тощо. Тема є актуальною і на часі [58, с.534].

Таким чином, бойовий стрес є не лише ситуативною реакцією на небезпеку, а складним психофізіологічним станом, що здатний трансформуватися у стійкий патологічний процес. У методичному посібнику О. М. Кокуна та співавт. підкреслюється, що перебування у зоні бойових дій супроводжується мобілізацією психічних ресурсів, однак за умов їх тривалого виснаження виникає ризик розвитку дезадаптивних станів [38]. Автори зазначають, що порушення регуляції емоцій і поведінки є наслідком надмірного навантаження на адаптаційні механізми. Важливим аспектом є професійний характер військової травматизації. У дослідженнях доведено, що специфіка військової служби передбачає постійне функціонування в екстремальних умовах, що формує особливу модель реагування на небезпеку. Автор підкреслює, що бойовий досвід не завжди одразу призводить до ПТСР, однак за відсутності своєчасної психологічної підтримки ризик хронізації симптомів суттєво зростає.

Методичні рекомендації з психологічної підготовки військовослужбовців Збройних Сил України наголошують на необхідності формування стресостійкості до дій в умовах різкої зміни бойової обстановки [19]. У документі підкреслюється, що психоемоційна стабільність є ключовим чинником

профілактики посттравматичних порушень. Водночас навіть високий рівень підготовки не здатен повністю захистити від травматизації у реальних бойових умовах.

Емпіричні дослідження А. Б. Неурової підтверджують, що психологічна стійкість військовослужбовців є варіативною характеристикою та залежить від індивідуальних і ситуаційних чинників [23]. Авторка зазначає, що бойові втрати, поранення та спостереження смерті побратимів є найсильнішими стресорами, які можуть порушувати попередньо сформовану систему психологічної регуляції.

Таким чином, бойовий стрес виступає первинною ланкою у формуванні ПТСР у військовослужбовців, а його інтенсивність, тривалість та соціальний контекст визначають характер подальших психічних змін.

Клінічна картина ПТСР у військовослужбовців має специфічні особливості, зумовлені характером травматичного досвіду. За спостереженнями Б. В. Михайлова, у ветеранів бойових дій інтрузивні симптоми відзначаються високою інтенсивністю та яскравістю сенсорних переживань [31]. Автор наголошує, що флешбеки часто супроводжуються соматичними реакціями – прискореним серцебиттям, підвищеним потовиділенням, тремором.

У роботі Б. В. Михайлова, О. І. Сердюка та В. А. Федосєєва підкреслюється, що для військових характерною є гіперпильність, яка в умовах бойових дій виконує адаптивну функцію, однак у мирному середовищі трансформується у патологічну настороженість [24]. Вона проявляється труднощами розслаблення, постійним очікуванням небезпеки, порушенням сну. Крім того, така підвищена настороженість може супроводжуватися дратівливістю, зниженням концентрації уваги та підвищеною реактивністю на незначні подразники. У повсякденному житті це ускладнює соціальну взаємодію, знижує ефективність професійної діяльності та перешкоджає відновленню психологічного ресурсу особистості. Таким чином, гіперпильність, яка є необхідною для виживання в екстремальних

умовах, у мирному житті набуває дезадаптивного характеру та потребує психологічної корекції.

Дослідження О. В. Самойлової та О. М. Міщенко свідчать, що у військовослужбовців частіше спостерігається емоційне «оніміння» – зниження здатності переживати позитивні емоції, відчуження від близьких, зниження емпатії [33]. Автори пов'язують це з механізмом психологічного захисту, який дозволяє зменшити інтенсивність болісних переживань.

У сучасних українських дослідженнях воєнного досвіду підкреслюється зростання рівня тривожності, депресивних проявів та адиктивної поведінки серед військових [44]. Коморбідність ускладнює перебіг ПТСР і потребує комплексного психотерапевтичного підходу.

У методичному посібнику з психологічної роботи з учасниками АТО зазначається, що агресивність та імпульсивність часто виникають через збереження бойових моделей поведінки у цивільному житті [13]. Автори підкреслюють, що без належної психологічної підтримки такі прояви можуть провокувати соціальні конфлікти.

Таблиця 1.3

Порівняльна характеристика проявів ПТСР у цивільних осіб та
військовослужбовців

Критерій	Цивільні особи	Військовослужбовці
Інтрузивні симптоми	Пов'язані з одноразовою подією	Часто пов'язані з серією бойових епізодів
Гіперпильність	Помірна	Висока, збереження бойової настороженості
Агресивність	Менш виражена	Часто підвищена, імпульсивна
Емоційне оніміння	Вибіркове	Системне, з відчуженням від родини
Соціальна адаптація	Порушена частково	Виражені труднощі реадптації

ПТСР у військових має не лише клінічний, а й соціальний вимір. Н. В. Фролова, аналізуючи феномен колективної травми, зазначає, що сучасний український досвід війни формує спільний простір травматизації, який впливає як на індивідуальний, так і на груповий рівень функціонування [42]. Авторка підкреслює, що військовослужбовці стають носіями колективного травматичного досвіду.

У подальших дослідженнях Н. В. Фролової наголошується, що травматичний досвід війни змінює когнітивні схеми, зменшує базову довіру до світу та формує відчуття невизначеності майбутнього [41]. Це значно ускладнює процес повернення до мирного життя.

За результатами опитування, проведеного М. Дворник та співавт., в умовах війни спостерігається зміна способу життя, порушення режиму сну, зниження рівня фізичної активності та підвищення ризику психосоматичних розладів [41]. Такі чинники можуть поглиблювати симптоматику ПТСР.

Т. М. Титаренко у своїх працях підкреслює, що у воєнних та повоєнних умовах особливої ваги набувають практики здорового сьогодення, які сприяють відновленню психологічної рівноваги [38]. Авторка розглядає активну позицію особистості як важливий ресурс подолання травматичних наслідків.

Таким чином, особливості прояву ПТСР у військовослужбовців визначаються поєднанням індивідуально-психологічних, професійних та соціальних чинників. Військова травма має комплексний характер і потребує системного підходу до діагностики, профілактики та психотерапевтичної допомоги.

Формування ПТСР у військовослужбовців залежить не лише від характеру травматичного досвіду, а й від поєднання індивідуальних, соціальних та професійних чинників. За спостереженнями О. М. Кокуна та співавторів, ключовим фактором ризику є попередній травматичний досвід, який здатен посилювати реакції на бойові події та збільшувати ймовірність хронізації

симптомів [1]. Особистісні характеристики, такі як низька стресостійкість, імпульсивність і емоційна лабільність, також підвищують ризик розвитку ПТСР [13; 38].

У той же час існує ряд факторів психологічної стійкості, що здатні компенсувати вплив травматичних подій. Так, соціальна підтримка від побратимів, родини та командування забезпечує ефективну психологічну адаптацію [23]. Методичні рекомендації ЗСУ наголошують, що формування стресостійкості передбачає тренування адаптивних стратегій поведінки, здатність контролювати емоції та зберігати когнітивну гнучкість [34].

Роль професійної підготовки є визначальною: дослідження А. Є. Левенця демонструють, що спеціальні тренінги з психологічної стійкості підвищують здатність військових до ефективного реагування у критичних ситуаціях та знижують ризик розвитку ПТСР [12]. Автор підкреслює, що поєднання індивідуальних ресурсів та системної підтримки забезпечує комплексну профілактику психотравм.

Крім того, сучасні дослідження свідчать про вплив культурного та колективного контексту: колективна травма та спільні переживання бойових втрат можуть посилювати негативні наслідки, але водночас сприяти формуванню групової згуртованості і взаємопідтримки [41; 42]. Це вказує на подвійний соціально-психологічний ефект, який необхідно враховувати при плануванні психотерапевтичних заходів.

Таблиця 1.4

Фактори ризику та фактори психологічної стійкості у
військовослужбовців

Фактори ризику	Фактори психологічної стійкості
Попередній травматичний досвід [31]	Соціальна підтримка (побратими, сім'я, командування) [35]

Низька стресостійкість, імпульсивність [30]	Психологічна підготовка та тренінги [34]
Тривалість та інтенсивність бойового впливу [26]	Групова згуртованість та колективна підтримка [27, 28]
Втрата побратимів, моральна травма [29]	Здатність до когнітивної переоцінки досвіду [29]

Комплексний ПТСР у військовослужбовців формується за умов тривалого перебування в зоні бойових дій, де поєднуються фізичні, психологічні та моральні стресори. За спостереженнями Самойлової та Міщенка, стійкі психічні зміни проявляються у вигляді інтрузивних спогадів, емоційного «оніміння», порушень когнітивних функцій та соціальної взаємодії [33]. Важливо підкреслити, що комплексний ПТСР часто супроводжується коморбідними станами, такими як депресія, тривожні розлади або адиктивна поведінка [35].

У сучасних українських дослідженнях підкреслюється значення моральної травми, яка виникає через втрату побратимів, участь у бойових операціях і конфлікт із власними цінностями [58]. Автори наголошують, що така травма здатна формувати довготривалі зміни особистісних структур, що виявляється у порушенні взаємовідносин із родиною та труднощах інтеграції у мирне життя.

Феномен колективної травми, про який пише Н. В. Фролова, доповнює розуміння комплексного ПТСР: травматичний досвід окремого військовослужбовця віддзеркалюється у колективі, впливає на моральний клімат підрозділу та визначає динаміку соціальної підтримки [41; 42]. Це підкреслює необхідність системного підходу до психотерапії та соціальної реадaptaції.

З позиції практичної психології, підтримка психічного здоров'я військовослужбовців із комплексним ПТСР потребує багаторівневого підходу: індивідуальної терапії, групової роботи, навчання стратегіям саморегуляції та соціальної інтеграції [13; 38]. Такий підхід дозволяє не лише зменшити симптоми

розладу, а й сприяє розвитку особистісних ресурсів, формуванню психологічної стійкості та ефективній адаптації до цивільного життя.

Отже, комплексний ПТСР у військовослужбовців є результатом взаємодії тривалого бойового стресу, особистісних характеристик, колективного досвіду та соціального середовища. Його подолання неможливе без системного, багатокomпонентного підходу, що включає психологічну, соціальну та професійну підтримку [14; 38; 58].

1.3. Психотерапевтичні підходи до подолання посттравматичного стресового розладу

Психотерапевтична допомога є центральним компонентом подолання посттравматичного стресового розладу, оскільки саме вона забезпечує системне опрацювання травматичного досвіду, зниження інтенсивності симптомів та відновлення порушених механізмів адаптації [28; 31]. Сучасні підходи до лікування ПТСР базуються на поєднанні клінічних, психологічних і соціальних інтервенцій, що відповідає комплексній природі цього розладу. Відповідно до клінічних рекомендацій, психотерапія має бути структурованою, поетапною та орієнтованою на формування відчуття безпеки, стабілізацію емоційного стану і поступову інтеграцію травматичного досвіду в систему життєвих смислів особистості [24].

Першим етапом психотерапевтичної роботи є діагностика та встановлення терапевтичного контакту. Використовують клінічні бесіди, психодіагностичні методики та напівструктуровані інтерв'ю для виявлення структури симптомів, їх інтенсивності та тривалості [4]. Для військовослужбовців важливе врахування бойового досвіду, тривалості перебування у зоні бойових дій та наявності втрат серед побратимів, що може посилювати почуття провини, гніву або безнадії. Уже

на цьому етапі формуються довірчі стосунки, які є необхідною передумовою ефективного лікування.

Другий етап передбачає стабілізацію стану та формування внутрішніх ресурсів. Пацієнта навчають технік саморегуляції: контрольованого дихання, м'язової релаксації, технік «заземлення», що допомагають зменшити прояви гіпервозбудження, панічних реакцій та дисоціативних епізодів [31]. Наприклад, військовослужбовець, який реагує на гучні звуки як на сигнал небезпеки, поступово навчається розпізнавати різницю між бойовими тригерами та звичайними побутовими стимулами, відновлюючи відчуття контролю над власними реакціями.

Одним із найбільш ефективних напрямів є когнітивно-поведінкова терапія, що має ґрунтовну доказову базу [49; 53]. Вона спрямована на виявлення і зміну дисфункційних переконань, які сформувалися внаслідок травми. Типовими є переконання на кшталт «Я не впорався», «Світ повністю небезпечний», «Нікому не можна довіряти». У процесі терапії аналізуються докази, що підтримують ці переконання, і формуються більш адаптивні когнітивні схеми. Наприклад, військовослужбовець, який пережив втрату товариша, може відчувати патологічну провину. Через техніку когнітивної реструктуризації він поступово усвідомлює об'єктивні обставини події та зменшує інтенсивність самозвинувачення. Важливим компонентом КПТ є експозиційна терапія, яка передбачає контрольоване відтворення травматичних спогадів у безпечних умовах з метою зниження їх емоційної зарядженості.

Фармакотерапія розглядається як допоміжний компонент лікування, особливо у випадках вираженої депресивної або тривожної симптоматики. Дослідження ефективності антидепресантів засвідчили позитивну динаміку у зменшенні симптомів ПТСР [46]. Однак клінічні посібники наголошують, що медикаментозне лікування не може замінити психотерапевтичну роботу, а лише створює умови для її більш ефективного проведення [31].

Психодинамічні підходи акцентують увагу на глибинних внутрішніх конфліктах та особистісних змінах, спричинених травмою [24]. У межах транзакційного аналізу, розробленого Ерік Берном, травматичний досвід розглядається як фактор, що змінює життєвий сценарій особистості, посилюючи дезадаптивні ролі та установки [48]. Так, військовослужбовець може закріплюватися у ролі «воїна», що ускладнює повернення до сімейних і соціальних функцій. Психотерапія спрямована на інтеграцію бойового досвіду у ширший життєвий контекст без втрати особистісної цілісності.

Важливою складовою є групова психотерапія та програми психологічної реабілітації. Групові формати сприяють зниженню ізоляції, формуванню відчуття спільності переживань і взаємної підтримки [13; 36; 38]. Учасники отримують можливість поділитися власним досвідом, що нормалізує їхні переживання та зменшує стигматизацію звернення по допомогу. Сімейне консультування, у свою чергу, спрямоване на відновлення порушених взаємин і зменшення вторинної травматизації членів родини [10].

Таким чином, сучасні психотерапевтичні підходи до подолання ПТСР характеризуються комплексністю, доказовістю та орієнтацією на відновлення адаптаційних ресурсів особистості. Ефективність лікування визначається поєднанням індивідуальної та групової терапії, медикаментозної підтримки за потреби, а також програм психологічної реабілітації, що враховують специфіку бойового досвіду. Системність, поетапність і професійна підтримка створюють умови для поступового зменшення симптомів, відновлення соціального функціонування та підвищення якості життя військовослужбовців [28; 31].

Посттравматичний стресовий розлад розглядається сучасними дослідниками як один із найбільш поширених і складних наслідків участі у бойових діях, що суттєво впливає на психічне здоров'я військовослужбовців та їхню здатність до соціального і професійного функціонування. За результатами наукових досліджень А. Є. Левенця, А. Б. Неурової та Л. Ф. Шестопалової,

тривалий вплив бойового стресу призводить до зниження психологічної стійкості, порушень емоційної регуляції та дезадаптивних форм поведінки, що ускладнює процес повернення військових до мирного життя [12; 36; 45].

Провідну роль у подоланні наслідків посттравматичного стресового розладу відіграє психотерапія. На думку З. Г. Кісарчук, Г. П. Лазоса та Т. М. Титаренко, вона забезпечує не лише зменшення інтенсивності посттравматичних переживань, а й створює умови для глибшого усвідомлення та інтеграції травматичного досвіду в особистісну структуру військовослужбовця [4; 20; 28]. Дослідники підкреслюють, що психотерапевтична допомога сприяє активізації внутрішніх ресурсів особистості, відновленню відчуття контролю над власним життям та формуванню нових адаптивних стратегій подолання наслідків травми

Специфіка психотерапевтичної роботи з військовослужбовцями зумовлена особливостями військової діяльності, бойового досвіду та впливом військової культури на психічні процеси. Як зазначають А. А. Марченко, А. Д. Дьомкін та А. Ю. Гончаренко, перебування в умовах постійної загрози життю формує особливий тип реагування, який ускладнює відкриту емоційну взаємодію та підвищує ризик хронізації стресових порушень [16]. У працях Н. Ю. Журавльової та Т. С. Гурлевої наголошується, що військовослужбовці часто переживають почуття провини, втрати та емоційну відстороненість, що вимагає делікатного й поетапного підходу у психотерапевтичній роботі [7; 10].

Основними завданнями психотерапії при посттравматичному стресовому розладі є зниження інтенсивності травматичних переживань, відновлення емоційної рівноваги та повернення здатності до повноцінного функціонування у соціальному середовищі. За даними З. Г. Кісарчук, І. В. Сулятицького та В. О. Осьодла, ефективна психотерапевтична допомога повинна реалізовуватися поетапно, з обов'язковим дотриманням принципів безпеки та стабілізації, що

дозволяє уникнути повторної травматизації та забезпечує стійкий позитивний результат реабілітації [20; 28; 34].

Таким чином, аналіз наукових джерел свідчить про те, що психотерапія є ключовим чинником у подоланні посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців, оскільки вона поєднує науково обґрунтовані методи впливу з урахуванням специфіки бойового досвіду та особистісних особливостей військових, що є необхідною умовою їхнього довготривалого психологічного відновлення [20; 49; 54].

Психотерапевтична допомога військовослужбовцям із посттравматичним стресовим розладом ґрунтується на низці принципів, дотримання яких забезпечує ефективність та безпеку терапевтичного процесу. У наукових працях підкреслюється, що робота з бойовою психічною травмою потребує не лише професійної підготовки фахівця, а й чіткого методологічного підґрунтя, орієнтованого на особливості військового досвіду та психічного стану клієнта [20; 28].

Одним із базових принципів є принцип безпеки та стабілізації, який передбачає створення для військовослужбовця психологічно безпечного простору, у межах якого можливе поступове зниження рівня внутрішньої напруги та тривожності. Згідно з положеннями, викладеними у працях З. Г. Кісарчук та Г. П. Лазос, стабілізація психічного стану є необхідною передумовою подальшого опрацювання травматичного досвіду, оскільки без неї існує ризик повторної травматизації та загострення постстресових проявів [15; 28]. На цьому етапі увага зосереджується на розвитку навичок саморегуляції, відновленні почуття контролю та формуванні довіри до психотерапевта.

Важливим принципом є поетапність психотерапевтичної роботи, яка передбачає послідовний перехід від стабілізації до безпосереднього опрацювання травматичних спогадів і подальшої інтеграції пережитого досвіду. Т. М. Титаренко та І. В. Сулятицький наголошують, що ігнорування поетапності може

призвести до психологічного перевантаження клієнта та зниження ефективності терапії [34; 40]. Поетапний підхід дозволяє адаптувати інтенсивність терапевтичного впливу до індивідуальних можливостей військовослужбовця та сприяє більш стійким позитивним змінам.

Принцип індивідуалізації психотерапевтичної допомоги передбачає врахування особистісних особливостей військовослужбовця, його життєвого та бойового досвіду, рівня психологічної готовності до терапії та наявних ресурсів. Як зазначають А. Б. Неурова та О. С. Капінус, навіть за схожих умов перебування в зоні бойових дій реакції військовослужбовців на травматичні події можуть істотно відрізнятися, що зумовлює необхідність гнучкого вибору методів і технік психотерапевтичного впливу [23; 29].

Індивідуалізація передбачає не лише адаптацію психотерапевтичних методів до конкретного клієнта, але й урахування його актуального психоемоційного стану, рівня стресостійкості та здатності до рефлексії. Важливим є також врахування мотиваційної готовності до змін, що впливає на ефективність терапевтичного процесу.

Застосування індивідуалізованого підходу дозволяє більш точно визначити пріоритетні напрями психотерапевтичного впливу, обрати оптимальні техніки роботи та забезпечити поступовість у опрацюванні травматичного досвіду. Крім того, такий підхід сприяє формуванню довірливих відносин між психологом і клієнтом, що є основою ефективного терапевтичного альянсу.

У результаті індивідуалізація психотерапевтичної допомоги підвищує її ефективність, сприяє більш глибокому опрацюванню травматичних переживань та забезпечує стійкі позитивні зміни у психоемоційному стані військовослужбовців.

Окремого значення набуває принцип урахування військової культури та бойового досвіду. Дослідники військової психології зазначають, що система військових цінностей, дисципліна, ієрархічність і колективна відповідальність

суттєво впливають на сприйняття психологічної допомоги та готовність звертатися по підтримку [3; 9]. Психотерапевт повинен демонструвати повагу до військового досвіду клієнта, уникати знецінення його переживань та будувати взаємодію з урахуванням специфіки військового світогляду, що сприяє зростанню довіри й ефективності терапевтичного процесу.

Таким чином, дотримання принципів безпеки, поетапності, індивідуалізації та врахування військової культури є необхідною умовою успішної психотерапевтичної роботи з військовослужбовцями, які пережили бойову психічну травму, та створює основу для застосування травмофокусованих підходів у подальшому лікуванні посттравматичного стресового розладу [20; 28; 34].

У сучасній психотерапевтичній практиці провідну роль у лікуванні посттравматичного стресового розладу відіграють травмофокусовані підходи, ефективність яких підтверджена численними емпіричними дослідженнями. За словами Б. В. Михайлова та О. В. Самойлової, саме робота безпосередньо з травматичним досвідом дозволяє зменшити інтенсивність постстресових проявів і запобігти їх хронізації [31; 33]. На відміну від підтримувальних або суто симптомоорієнтованих втручань, травмофокусована психотерапія спрямована на опрацювання ядра психічної травми, що лежить в основі розладу.

Дослідники підкреслюють, що уникання травматичних спогадів, характерне для осіб із ПТСР, підтримує патологічний стан і перешкоджає психологічному відновленню [28; 54]. Саме тому ефективні психотерапевтичні підходи передбачають контрольоване, безпечне звернення до травматичного досвіду за умови попередньої стабілізації психічного стану військовослужбовця. У метааналізах J. Bisson та A. Ehlers доведено, що травмофокусовані методи демонструють найвищі показники зниження симптомів ПТСР у порівнянні з іншими формами психотерапії [49; 53].

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є одним із найбільш досліджених та доказово обґрунтованих методів лікування посттравматичного стресового розладу. За даними А. Ehlers та D. Clark, ключовим механізмом ефективності КПТ є робота з дисфункціональними травматичними переконаннями, що формуються внаслідок бойового досвіду та підтримують відчуття постійної загрози [53].

У військовослужбовців такі переконання часто пов'язані з уявленнями про небезпечність світу, власну провину за події війни або втрату контролю над життям. Як зазначають З. Г. Кісарчук та Я. М. Омельченко, психотерапевтична робота в межах КПТ спрямована на поступову модифікацію цих переконань і формування більш адаптивних когнітивних схем, що сприяє зниженню тривожності та напруження [28].

Важливим компонентом КПТ у лікуванні ПТСР є експозиція до травматичних спогадів, яка застосовується з урахуванням бойового контексту та індивідуальних особливостей військовослужбовця. Дослідники наголошують, що контрольована експозиція дозволяє зменшити емоційну насиченість спогадів і відновити здатність особистості усвідомлювати травматичний досвід без дезорганізації психічного стану [34; 49].

EMDR-терапія (десенсибілізація та репроцесінг рухами очей) вважається ефективним методом опрацювання травматичних спогадів і широко застосовується у роботі з військовослужбовцями. За словами Г. П. Лазоса, особливістю цього підходу є можливість зменшення емоційної інтенсивності травматичних переживань без потреби тривалого вербалізованого відтворення подій [15].

Практична цінність EMDR для військових полягає у його структурованості та відносній короткотривалості, що є важливим чинником у роботі з особами, які мають обмежену готовність до тривалої психотерапії. За даними З. Г. Кісарчук та

співавторів, EMDR сприяє інтеграції травматичних спогадів у загальну систему автобіографічної пам'яті, знижуючи їх дезорганізуючий вплив на психіку [28].

Поряд із травмофокусованими методами у психотерапії посттравматичного стресового розладу важливу роль відіграють допоміжні психотерапевтичні підходи, які не замінюють базове лікування, але суттєво підвищують його ефективність. Як зазначають З. Г. Кісарчук, Т. М. Титаренко та В. Осьодло, застосування додаткових підходів дозволяє працювати з емоційними, ціннісними та екзистенційними наслідками бойової травми, що часто залишаються поза межами суто симптомоорієнтованої терапії [28; 40].

Допоміжні підходи сприяють глибшому усвідомленню внутрішніх переживань, відновленню самоцінності особистості, опрацюванню моральної травми та втрат, а також формуванню довготривалих адаптивних ресурсів військовослужбовця [34].

Таблиця 1.5

Функціональна роль допоміжних психотерапевтичних підходів у
лікуванні ПТСР військовослужбовців

Психотерапевтичний підхід	Основна функція у лікуванні ПТСР	Значення для військовослужбовців	Джерела
Психодинамічний підхід	Опрацювання несвідомих конфліктів, пов'язаних із травмою	Дозволяє працювати з почуттям провини, втрати, сорому, моральної травми, які часто супроводжують бойовий досвід	[37; 45; 47]
Гуманістичні підходи	Відновлення цінності особистості та суб'єктивного досвіду	Сприяють поверненню відчуття гідності, самоповаги та внутрішньої цілісності після травматичних подій	[18; 19; 46]
Екзистенційно-орієнтовані елементи	Переосмислення життєвих смислів після травми	Допомагають військовослужбовцям інтегрувати бойовий досвід у власну життєву історію та знайти нові орієнтири	[17; 45; 29]
Підтримувальна психотерапія	Зміцнення адаптаційних ресурсів	Забезпечує стабілізацію стану, зниження емоційного виснаження та підтримку на етапах реабілітації	[22; 31; 50]

Таким чином, допоміжні психотерапевтичні підходи виконують важливу функцію поглиблення та розширення терапевтичного впливу при лікуванні посттравматичного стресового розладу. Їх застосування дозволяє не лише зменшити інтенсивність постстресових проявів, а й створити умови для особистісного відновлення, формування нових смислів і психологічної стійкості військовослужбовців у післявоєнний період.

У сучасній науковій літературі досліджуване явище розглядається з позицій різних теоретичних підходів, кожен з яких акцентує увагу на окремих аспектах його формування, розвитку та прояву. Найбільш поширеними є психодинамічний, гуманістичний, когнітивно-поведінковий та соціально-психологічний підходи.

З позицій психодинамічного підходу наголошується на ролі внутрішніх конфліктів особистості, несвідомих переживань і раннього життєвого досвіду у формуванні психологічних труднощів. Представники цього напрямку вказують, що внутрішня напруга часто є наслідком суперечності між потребами особистості та соціальними вимогами, що не усвідомлюється повною мірою самою людиною [43]. Такий підхід дозволяє глибше зрозуміти внутрішні механізми виникнення проблемних станів, однак обмежується складністю їх емпіричного вимірювання.

Гуманістичний підхід, навпаки, акцентує увагу на унікальності особистості, її прагненні до самореалізації та особистісного зростання. Представники цього напрямку вважають, що психологічні труднощі виникають через блокування природних потреб людини, насамперед потреби в самовираженні та прийнятті [20]. У цьому контексті особливого значення набуває створення сприятливого соціально-психологічного середовища, яке сприяє гармонійному розвитку особистості.

Когнітивно-поведінковий підхід розглядає досліджуване явище крізь призму особливостей мислення та поведінкових реакцій. Відповідно до цього підходу, емоційні та поведінкові проблеми зумовлені ірраціональними переконаннями, хибними уявленнями та неадаптивними моделями поведінки [2; 6]. Перевагою когнітивно-поведінкового підходу є його практична спрямованість та можливість розробки ефективних методів корекції.

Соціально-психологічний підхід підкреслює значення соціального контексту, міжособистісних взаємодій та соціальних ролей. Представники цього напрямку наголошують, що формування психологічних станів значною мірою залежить від впливу соціального середовища, групових норм і очікувань. Особливої актуальності цей підхід набуває в умовах сучасного суспільства, яке характеризується високим рівнем соціальної динаміки та невизначеності.

Важливе місце у дослідженні проблеми посідає аналіз індивідуально-психологічних чинників. До них належать особливості темпераменту, характеру, рівень емоційної стійкості, самооцінка та мотиваційна сфера особистості. Наукові дослідження свідчать, що особи з низькою самооцінкою та високим рівнем емоційної лабільності більш схильні до виникнення психологічних труднощів [47].

Окрему увагу дослідники приділяють мотиваційній сфері, яка визначає спрямованість діяльності особистості та її здатність долати труднощі. Невідповідність між очікуваннями та реальними можливостями часто стає джерелом внутрішньої напруги й незадоволеності [20]. Таким чином, індивідуально-психологічні особливості виступають важливими предикторами формування досліджуваного явища.

Соціальне середовище та умови діяльності також відіграють суттєву роль у формуванні психологічних станів особистості. Дослідники зазначають, що високі вимоги, дефіцит часу, емоційне навантаження та недостатня соціальна

підтримка значно підвищують ризик виникнення негативних психологічних проявів [26].

Особливої актуальності ця проблема набуває в умовах професійної діяльності, що потребує постійної міжособистісної взаємодії та емоційної включеності. За таких обставин зростає значення психологічної підготовки, розвитку навичок саморегуляції та формування стресостійкості.

Висновок до розділу 1

Розглянутий теоретичний матеріал свідчить, що посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) у сучасній психології розглядається як багатовимірне явище, що включає когнітивні, емоційні, поведінкові та фізіологічні прояви. Його формування зумовлене взаємодією індивідуальних, соціальних та професійних факторів, а травматична подія виступає пусковим механізмом для розвитку стійких психічних порушень.

Історико-клінічний аналіз показує еволюцію розуміння ПТСР: від первісного сприйняття «нервової слабкості» до сучасної біопсихосоціальної моделі, яка враховує індивідуально-психологічні особливості, інтенсивність травматичного впливу та соціальний контекст. Сучасні класифікації та типології ПТСР (гострий, хронічний, відстрочений, комплексний) дозволяють деталізувати симптоматику, оцінювати глибину психологічних змін та визначати стратегії психотерапевтичного втручання.

Особливий акцент розділу зроблено на специфіку прояву ПТСР у військовослужбовців. Бойовий стрес, повторюваність і тривалість травматичних впливів, соціальні та професійні чинники визначають комплексну клінічну картину, що включає інтрузивні спогади, емоційне «оніміння», гіперпильність, порушення когнітивних функцій і соціальної взаємодії. При цьому виділяються як фактори ризику (попередній травматичний досвід, низька стресостійкість, моральна травма), так і фактори психологічної стійкості (соціальна підтримка, тренінги, колективна згуртованість, здатність до когнітивної переоцінки).

Аналіз наукових джерел показує, що ПТСР має подвійний соціально-психологічний вимір: дезадаптаційний – ізоляція, порушення соціальних зв'язків, зниження функціональної активності; і ресурсний – можливість посттравматичного зростання, переоцінки життєвих цінностей та формування нових особистісних якостей.

Таким чином, розділ підтвердив необхідність комплексного підходу до діагностики, профілактики та психотерапевтичної підтримки військовослужбовців, що включає роботу на когнітивному, емоційному, фізіологічному та соціальному рівнях. Ці висновки закладають теоретичну основу для подальшого аналізу ефективності психотерапевтичних методів у подоланні ПТСР, який буде розглянуто у наступних розділах роботи.

Розділ 2

ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИКА ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ПСИХОТЕРАПІЇ НА ПОДОЛАННЯ ПТСР У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

2.1. Організація емпіричного дослідження та характеристика вибірки

Емпіричне дослідження впливу психотерапії на подолання посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців було організоване відповідно до мети, завдань і логіки наукового пошуку. Практичний етап дослідження був спрямований на виявлення динаміки психоемоційного стану військовослужбовців під впливом психотерапевтичного втручання, а також на оцінку ефективності застосованих психотерапевтичних методів у зниженні симптомів ПТСР.

Дослідження проводилося поетапно. На першому етапі здійснювався добір учасників відповідно до визначених критеріїв включення та виключення. На другому етапі проводилася первинна психодіагностика з метою виявлення вираженості симптомів ПТСР та супутніх психоемоційних проявів. На третьому етапі реалізовувалася програма психотерапевтичного впливу. Завершальним етапом стало повторне психодіагностичне обстеження, що дозволило оцінити динаміку змін після проходження психотерапії.

У дослідженні взяли участь 30 військовослужбовців віком від 22 до 45 років. Середній вік респондентів становив 32 роки. Добір вибірки здійснювався з урахуванням наявності бойового досвіду та клінічно виражених ознак посттравматичного стресового розладу. Такий склад вибірки дозволив зосередити увагу саме на тій категорії осіб, для яких проблема ПТСР є особливо актуальною в умовах воєнного часу.

За статевим складом у вибірці переважали чоловіки – 24 особи, що становить 80 %, тоді як жінки становили 20 % (6 осіб). Такий розподіл загалом відображає специфіку сучасного військового контингенту, в якому чоловіки кількісно переважають, однак участь жінок у дослідженні дозволила врахувати гендерний аспект прояву ПТСР.



Рис. 2.1. Розподіл респондентів за статтю

Як видно з рисунка 2.1, у вибірці переважають чоловіки, що відповідає загальній структурі військового контингенту.

За військовим званням респонденти розподілилися таким чином: рядові та сержанти – 66,7 % (20 осіб), офіцери – 33,3 % (10 осіб). Така структура вибірки дала можливість простежити особливості психоемоційного стану військовослужбовців з різним рівнем відповідальності, службового досвіду та функціонального навантаження.



Рис. 2.2. Розподіл респондентів за військовим званням

Дані, представлені на рисунку 2.2, свідчать про переважання у вибірці рядового та сержантського складу.

Аналіз розподілу респондентів за тривалістю участі в бойових діях показав, що найбільшу частку вибірки становлять військовослужбовці з досвідом служби від 1 до 2 років (40 %). Частка осіб із бойовим досвідом від 6 до 12 місяців становить 33,3 %, тоді як військовослужбовці з досвідом участі у бойових діях понад два роки складають 26,7 %. Отримані дані свідчать про те, що більшість учасників дослідження мають достатній досвід перебування в умовах бойових дій, що дозволяє більш об'єктивно оцінити прояви посттравматичного стресового розладу та ефективність психотерапевтичного впливу.

Для забезпечення валідності результатів були визначені критерії включення учасників у дослідження. До них належали: наявність ознак ПТСР, підтверджених за результатами психодіагностичного обстеження; вік від 22 до 45 років; наявність бойового досвіду; добровільна згода на участь у дослідженні; можливість систематично відвідувати психотерапевтичні заняття. До критеріїв виключення належали: психотичні розлади, активна залежність від психоактивних речовин, тяжкі соматичні захворювання та відмова від проходження повної програми дослідження.

Особлива увага приділялася дотриманню етичних принципів дослідження. Усі учасники були поінформовані про мету, зміст і умови участі. Дослідження проводилося на засадах добровільності, конфіденційності та анонімності. Для запобігання повторній травматизації психодіагностичні й психотерапевтичні процедури проводилися у безпечних умовах, із урахуванням психоемоційного стану учасників.

Організація дослідження також передбачала стандартизацію умов проведення всіх процедур. Первинне та повторне обстеження проводилися з використанням однакових психодіагностичних методик, що забезпечувало об'єктивність порівняння результатів. Упродовж усього періоду дослідження

здійснювався моніторинг психічного стану військовослужбовців, що дозволяло своєчасно реагувати на можливі труднощі та коригувати психотерапевтичний супровід.

Отже, організація емпіричного дослідження була побудована на принципах наукової обґрунтованості, системності та етичної відповідальності. Характеристика вибірки, чітко визначені критерії відбору, стандартизовані умови проведення дослідження та поетапність його реалізації створили належне підґрунтя для подальшого аналізу психодіагностичних методик і програми психотерапевтичного впливу.

2.2. Методи та психодіагностичний інструментарій дослідження

Для дослідження психоемоційного стану військовослужбовців та оцінки ефективності психотерапевтичного впливу було використано комплекс психодіагностичних методик, спрямованих на визначення рівня посттравматичних реакцій, тривожності, депресивних проявів та загального психофізіологічного стану респондентів. Застосування декількох взаємодоповнюючих методик дозволило отримати більш повну характеристику психологічного стану військовослужбовців та простежити динаміку змін під впливом психотерапевтичної роботи.

Психодіагностичний інструментарій дослідження було підібрано з урахуванням специфіки досліджуваної вибірки, а саме військовослужбовців, які мають досвід участі у бойових діях. Значна частина використаних методик представлена у методичному посібнику «Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців» (Агаєв Н. А., Кокун О. М., Пішко І. О. та ін., 2016), що підтверджує їхню адаптованість до умов військової служби та можливість застосування для оцінки психічного стану військових [1].

Таблиця 2.1

Психодіагностичний інструментарій дослідження

№	Назва методики	Автор(и)	Мета застосування
1	Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)	J. Keane та ін.	Визначення рівня посттравматичних реакцій та інтенсивності симптомів ПТСР у військовослужбовців
2	Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності	Ч. Д. Спілбергер, адаптація Ю. Л. Ханіна	Визначення рівня ситуативної та особистісної тривожності
3	Шкала депресії	А. Т. Бек	Оцінка рівня депресивних проявів та емоційного стану респондентів
4	Методика шкалової самооцінки психофізіологічного стану	О. М. Кокун	Оцінка суб'єктивного психофізіологічного стану, самопочуття, активності та настрою

Як видно з таблиці 2.1, для дослідження було використано комплекс психодіагностичних методик, які дозволяють всебічно оцінити психоемоційний стан військовослужбовців. Використання різних методик забезпечує можливість аналізу основних проявів посттравматичного стресового розладу, а також пов'язаних із ним психічних станів, зокрема тривожності, депресивних проявів і психофізіологічного напруження.

- Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна.

Дана методика призначена для визначення двох видів тривожності: реактивної (ситуативної) та особистісної. Реактивна тривожність характеризує емоційний стан людини в конкретній ситуації, пов'язаний із переживанням напруження, занепокоєння та внутрішньої тривоги. Особистісна тривожність, у свою чергу, відображає відносно стабільну індивідуальну особливість особистості, що проявляється у схильності сприймати широкий спектр ситуацій як загрозливі [1, с.97].

Методика складається з двох окремих шкал по 20 тверджень кожна. Респондентам пропонується оцінити ступінь відповідності кожного твердження їхньому стану за чотирибальною шкалою. Отримані результати дозволяють визначити рівень тривожності та встановити, наскільки інтенсивно проявляються тривожні реакції у військовослужбовців (Додаток А).

- Методика шкалової самооцінки психофізіологічного стану О. М. Кокуна.

Ця методика використовується для оцінки суб'єктивного психофізіологічного стану людини та дозволяє визначити рівень самопочуття, активності, настрою та психічного напруження. Методика широко застосовується у дослідженнях, пов'язаних із психологічним станом військовослужбовців, оскільки дозволяє швидко оцінити загальний емоційний та функціональний стан людини [1, с. 103].

Респондентам пропонується оцінити власний стан за рядом параметрів, використовуючи шкалу оцінювання. Отримані результати дають можливість визначити рівень психологічного комфорту або напруження, що є важливим показником у дослідженні наслідків бойового стресу (Додаток Б).

- Шкала депресії А. Т. Бека.

Шкала депресії Бека є однією з найбільш поширених психодіагностичних методик для оцінки рівня депресивних проявів. Методика спрямована на виявлення емоційних, когнітивних та поведінкових симптомів депресії. Вона дозволяє визначити ступінь вираженості депресивного стану та оцінити зміни емоційного фону респондентів [1, с.121].

Опитувальник складається з 21 групи тверджень, кожна з яких характеризує певний симптом депресії. Респондент обирає твердження, що найбільш точно відображає його стан протягом останнього часу. Сума отриманих балів дозволяє визначити рівень депресивних проявів (Додаток В).

- Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант).

Міссісіпська шкала є однією з найбільш відомих методик для оцінки посттравматичних реакцій у військовослужбовців. Вона була розроблена спеціально для дослідження психологічних наслідків бойового досвіду та широко використовується у військовій психології.

Методика дозволяє визначити інтенсивність проявів посттравматичного стресового розладу, зокрема наявність інтрузивних спогадів, емоційної напруги, уникнення травматичних спогадів, підвищеної настороженості та інших симптомів, характерних для ПТСР. Респондентам пропонується оцінити ряд тверджень, що відображають різні аспекти психологічного стану після пережитого травматичного досвіду [1, с. 160].

Застосування цієї шкали у дослідженні дозволило визначити рівень посттравматичних реакцій у військовослужбовців та оцінити ефективність психотерапевтичного втручання у зниженні симптомів ПТСР (Додаток Г).

Таким чином, використаний комплекс психодіагностичних методик дозволив всебічно оцінити психоемоційний стан військовослужбовців, виявити рівень тривожності, депресивних проявів, психофізіологічного напруження та інтенсивність посттравматичних реакцій. Отримані результати стали основою для подальшого аналізу ефективності психотерапевтичного впливу, що буде розглянуто у наступному підпункті дослідження.

2.3. Програма психотерапевтичного впливу у роботі з військовослужбовцями з ПТСР

Важливим етапом емпіричного дослідження стала розробка та реалізація програми психотерапевтичного впливу, спрямованої на зниження проявів посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. Необхідність

створення такої програми зумовлена високим рівнем психоемоційного навантаження, яке переживають військові в умовах бойових дій, а також складністю адаптації до мирного життя після пережитого травматичного досвіду.

Метою психотерапевтичної програми було зниження інтенсивності симптомів посттравматичного стресового розладу, стабілізація психоемоційного стану військовослужбовців та розвиток ефективних стратегій психологічного подолання наслідків бойового стресу.

Для досягнення поставленої мети було визначено такі завдання програми:

- зниження рівня тривожності та емоційної напруги;
- зменшення інтенсивності інтрузивних спогадів та інших симптомів ПТСР;
- формування навичок психологічної саморегуляції;
- підвищення рівня психологічної стійкості;
- розвиток адаптивних способів подолання стресових ситуацій;
- покращення загального психоемоційного стану військовослужбовців.

Реалізація психотерапевтичної програми здійснювалася з урахуванням основних принципів психологічної допомоги особам, які пережили травматичний досвід. До основних принципів організації психотерапевтичної роботи належали:

- принцип психологічної безпеки;
- принцип добровільності участі;
- принцип індивідуального підходу;
- принцип поетапності психотерапевтичного впливу;
- принцип активної участі клієнта у терапевтичному процесі.

Дотримання зазначених принципів дозволяло створити сприятливі умови для ефективної психотерапевтичної роботи та зменшення ризику повторної травматизації.

Програма психотерапевтичного впливу була побудована з урахуванням сучасних підходів до роботи з посттравматичними розладами та включала елементи когнітивно-поведінкової терапії, технік емоційної саморегуляції, психоосвітніх заходів та вправ, спрямованих на розвиток стресостійкості.

Реалізація програми здійснювалася у формі індивідуальних та групових психотерапевтичних занять. Загальна тривалість програми становила 8 занять, кожне з яких тривало приблизно 60–90 хвилин. Заняття проводилися один–два рази на тиждень.

Програма психотерапевтичного впливу включала кілька послідовних етапів.

На першому етапі здійснювалося встановлення довірливого контакту з учасниками дослідження, формування безпечного психологічного простору та ознайомлення військовослужбовців із метою та структурою психотерапевтичної роботи. Особлива увага приділялася зниженню психологічної напруги та формуванню мотивації до участі у програмі.

На цьому етапі проводилися психоосвітні бесіди щодо природи посттравматичного стресового розладу, механізмів виникнення травматичних реакцій та можливостей їх подолання за допомогою психотерапії. Також використовувалися вправи, спрямовані на усвідомлення власного психоемоційного стану.

Основний етап програми був спрямований на безпосередню роботу з психоемоційними проявами ПТСР. У процесі занять застосовувалися такі психотерапевтичні методи:

- когнітивно-поведінкові техніки, спрямовані на виявлення та зміну дезадаптивних переконань;
- вправи з контролю дихання та м'язової релаксації;
- техніки усвідомлення емоційних станів;
- вправи на розвиток навичок саморегуляції;

- обговорення травматичного досвіду у безпечному психологічному середовищі.

Особлива увага приділялася формуванню у військовослужбовців здатності розпізнавати власні емоційні реакції та контролювати прояви тривоги і напруження. Це передбачало розвиток навичок емоційної усвідомленості, що дозволяє своєчасно ідентифікувати зміни у психоемоційному стані та запобігати їх загостренню. Використовувалися вправи на стабілізацію емоційного стану, спрямовані на зниження рівня внутрішньої напруги, нормалізацію дихання та відновлення відчуття контролю над власним станом.

Зокрема, застосовувалися техніки психологічного «заземлення», які допомагають переключити увагу з травматичних спогадів на поточний момент, зменшити інтенсивність емоційних переживань та відновити відчуття безпеки. Такі техніки включають фокусування на тілесних відчуттях, сенсорному досвіді або зовнішньому середовищі. У комплексі це сприяє підвищенню стресостійкості, покращенню саморегуляції та зниженню проявів посттравматичної симптоматики.

Заключний етап програми був спрямований на закріплення отриманих навичок та узагальнення досвіду, набутого під час психотерапевтичної роботи. На цьому етапі учасники дослідження обговорювали власні зміни у психоемоційному стані, а також визначали найбільш ефективні для себе способи подолання стресових ситуацій.

Крім того, військовослужбовці отримували рекомендації щодо подальшого використання технік саморегуляції у повсякденному житті. Це сприяло формуванню більш стійких адаптивних стратегій поведінки та підвищенню психологічної стійкості.

Для більш наочного представлення структури програми психотерапевтичного впливу доцільно подати її у вигляді таблиці.

Таблиця 2.2

Структура програми психотерапевтичного впливу

Етап програми	Основний зміст роботи	Мета
Підготовчий	Психоосвіта, встановлення довірливого контакту, визначення очікувань	Формування безпечного середовища та мотивації до участі
Основний	Когнітивно-поведінкові техніки, вправи саморегуляції, робота з емоціями	Зниження симптомів ПТСР, розвиток навичок подолання стресу
Заключний	Рефлексія, закріплення навичок, рекомендації	Стабілізація психоемоційного стану та підтримка психологічної стійкості

Детальніший зміст психотерапевтичної роботи представлено у структурі занять, що наведена у таблиці 2.3.

Таблиця 2.3

Структура психотерапевтичних занять

№ заняття	Тема заняття	Основний зміст
1	Знайомство та психоосвіта	Ознайомлення з програмою, інформація про ПТСР
2	Усвідомлення емоційного стану	Аналіз власних емоційних реакцій
3	Техніки релаксації	Дихальні вправи, м'язова релаксація
4	Робота з тривожними думками	Когнітивно-поведінкові техніки
5	Подолання стресу	Формування адаптивних стратегій
6	Робота з травматичними спогадами	Безпечне обговорення пережитого досвіду
7	Розвиток психологічної стійкості	Формування ресурсних станів
8	Підсумкове заняття	Рефлексія, закріплення навичок

Таким чином, запропонована програма психотерапевтичного впливу спрямована на комплексне подолання проявів посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. Її реалізація сприяє зниженню рівня тривожності, стабілізації психоемоційного стану та формуванню ефективних стратегій психологічної адаптації після пережитого травматичного досвіду.

Запропонована програма може бути використана у практичній діяльності психологів, які працюють із військовослужбовцями, що мають ознаки посттравматичного стресового розладу.

Висновок до 2 розділу

У другому розділі дослідження було представлено організацію та методику емпіричного дослідження впливу психотерапії на подолання посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. Проведений аналіз дозволив визначити особливості організації дослідницької роботи, обґрунтувати вибір психодіагностичних методик та розробити програму психотерапевтичного впливу.

У підпункті 2.1 було розглянуто організацію емпіричного дослідження та охарактеризовано вибірку респондентів. У дослідженні взяли участь 30 військовослужбовців віком від 22 до 45 років, які мають досвід участі у бойових діях. Було визначено критерії включення та виключення учасників, а також дотримано основних етичних принципів проведення психологічного дослідження, зокрема добровільності участі, конфіденційності та анонімності отриманих даних.

У підпункті 2.2 було обґрунтовано вибір методів та психодіагностичного інструментарію дослідження. Для оцінки психоемоційного стану військовослужбовців було використано комплекс психодіагностичних методик, що дозволяють визначити рівень посттравматичних реакцій, тривожності, депресивних проявів та загального психофізіологічного стану респондентів. Зокрема, застосовано Міссісіпську шкалу для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант), шкалу оцінки рівня реактивної та особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна, шкалу депресії А. Т. Бека та методику шкалової самооцінки психофізіологічного стану О. М. Кокуна. Використання зазначених методик дозволило отримати комплексну інформацію про психологічний стан військовослужбовців та створило основу для подальшого аналізу ефективності психотерапевтичного впливу.

У підпункті 2.3 було розроблено програму психотерапевтичного впливу, спрямовану на подолання проявів посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. Програма включала комплекс психотерапевтичних заходів, спрямованих на зниження рівня тривожності, стабілізацію психоемоційного стану, формування навичок саморегуляції та розвиток психологічної стійкості. Реалізація програми передбачала проведення восьми психотерапевтичних занять, які включали елементи когнітивно-поведінкової терапії, техніки релаксації, вправи саморегуляції та психоосвітні заходи.

Таким чином, організація емпіричного дослідження, використання валідного психодіагностичного інструментарію та розробка програми психотерапевтичного впливу створили необхідні умови для подальшого аналізу ефективності психотерапії у подоланні посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців, що буде представлено у наступному розділі дослідження.

Розділ 3.

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ПСИХОТЕРАПІЇ НА ПОДОЛАННЯ ПТСР

3.1. Результати первинної діагностики рівня ПТСР у військовослужбовців

Важливим етапом емпіричного дослідження стало проведення первинної психодіагностики психоемоційного стану військовослужбовців, які брали участь у дослідженні. Первинна діагностика проводилася до початку реалізації програми психотерапевтичного впливу з метою визначення початкового рівня проявів посттравматичного стресового розладу та пов'язаних із ним психічних станів.

Отримані результати дозволяють охарактеризувати початковий психоемоційний стан респондентів та визначити ступінь вираженості посттравматичних реакцій, тривожності, депресивних проявів і психофізіологічного напруження. Аналіз результатів первинної діагностики дає можливість встановити рівень психологічного навантаження у військовослужбовців, які мають досвід участі у бойових діях.

Первинне психодіагностичне обстеження проводилося із застосуванням комплексу методик, описаних у підпункті 2.2. Отримані результати стали основою для подальшого аналізу змін психоемоційного стану військовослужбовців після проходження програми психотерапевтичного впливу.

Для визначення рівня тривожності у військовослужбовців було використано методику оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна. Дана методика дозволяє оцінити два важливі аспекти тривожності: поточний емоційний стан людини (реактивна

тривожність) та відносно стабільну індивідуальну характеристику особистості (особистісна тривожність).

Шкала реактивної тривожності відображає рівень емоційної напруги, занепокоєння та внутрішнього хвилювання, які виникають у відповідь на конкретну ситуацію. Для військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, підвищений рівень ситуативної тривожності може бути пов'язаний із пережитим травматичним досвідом, постійним відчуттям небезпеки та труднощами психологічної адаптації.

Шкала особистісної тривожності, у свою чергу, характеризує схильність людини сприймати різні життєві ситуації як загрозливі та реагувати на них підвищеним рівнем тривоги. Високі показники особистісної тривожності можуть свідчити про стійкі психологічні зміни, що виникають унаслідок тривалого перебування в умовах бойового стресу.

Результати первинної діагностики рівня реактивної та особистісної тривожності у військовослужбовців представлені у таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

**Рівень реактивної та особистісної тривожності у військовослужбовців
(первинна діагностика)**

Рівень тривожності	Реактивна тривожність	Особистісна тривожність
Низький	4	5
Середній	16	13
Високий	10	12
Разом	30	30

Отримані результати для більш наочного представлення доцільно подати у вигляді діаграми.

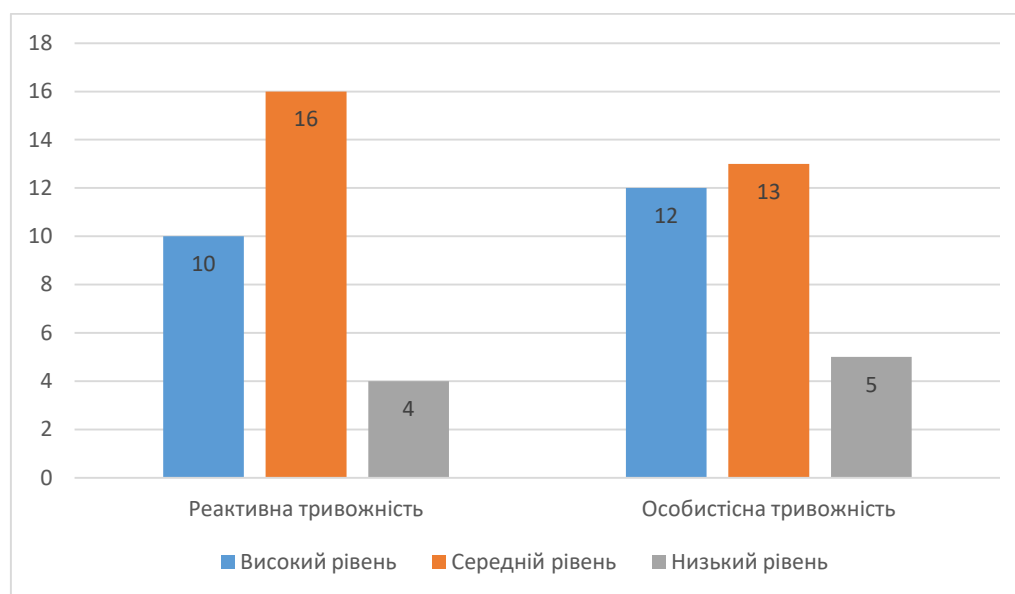


Рис. 3.1. Рівень реактивної та особистісної тривожності у військовослужбовців

Аналіз отриманих результатів показав, що у більшості військовослужбовців спостерігається середній рівень реактивної тривожності, який було виявлено у 16 осіб (53,3 %). Високий рівень реактивної тривожності зафіксовано у 10 респондентів (33,3 %), що свідчить про наявність значної емоційної напруги та підвищеної реакції на стресові ситуації. Низький рівень реактивної тривожності виявлено лише у 4 військовослужбовців (13,3 %).

Щодо особистісної тривожності, то найбільшу частку становлять військовослужбовці із середнім рівнем – 13 осіб (43,3 %). Водночас високий рівень особистісної тривожності було встановлено у 12 респондентів (40,0 %), що може свідчити про стійку схильність до переживання тривоги та емоційного напруження. Низький рівень особистісної тривожності спостерігається у 5 осіб (16,7 %).

Отримані результати свідчать про те, що значна частина військовослужбовців має середній та високий рівень тривожності, що може бути

пов'язано з пережитим бойовим досвідом та тривалим перебуванням у стресових умовах.

Для оцінки загального психофізіологічного стану військовослужбовців було використано методику шкалової самооцінки психофізіологічного стану О. М. Кокуна. Дана методика дозволяє визначити суб'єктивну оцінку респондентами власного самопочуття, рівня активності та настрою, що є важливими показниками психоемоційного стану особистості.

Психофізіологічний стан відіграє важливу роль у процесі психологічної адаптації військовослужбовців, які мають досвід участі у бойових діях. Зниження показників самопочуття, активності або настрою може свідчити про психоемоційне виснаження, підвищене нервово-психічне напруження та наявність негативних психічних станів, пов'язаних із пережитим травматичним досвідом.

Результати первинної діагностики психофізіологічного стану військовослужбовців за методикою О. М. Кокуна представлені у таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Рівень психофізіологічного стану військовослужбовців за методикою О. М. Кокуна

Рівень психофізіологічного стану	Кількість осіб	%
Високий	6	20,0
Середній	15	50,0
Низький	9	30,0
Разом	30	100

Аналіз результатів показав, що у більшості військовослужбовців спостерігається середній рівень психофізіологічного стану, який було зафіксовано у 15 осіб (50,0 %). Це свідчить про помірний рівень психоемоційного напруження та певне зниження функціональних ресурсів організму, що може

бути пов'язано з пережитим бойовим досвідом і тривалим перебуванням у стресових умовах.

У процесі самооцінки власного стану респонденти найчастіше відзначали знижений рівень активності та підвищену втомлюваність, що може свідчити про психоемоційне виснаження. Водночас частина учасників дослідження зазначала, що попри втому намагається підтримувати внутрішню зібраність та контроль над власними емоційними реакціями.

Низький рівень психофізіологічного стану було виявлено у 9 військовослужбовців (30,0 %). Для цієї групи були характерні скарги на погіршення самопочуття, зниження настрою, труднощі з концентрацією уваги та відчуття емоційного виснаження. Подібні прояви можуть свідчити про виснаження адаптаційних ресурсів організму та зниження здатності до ефективного реагування на зовнішні стресові впливи.

Крім того, у таких військовослужбовців можуть спостерігатися підвищена дратівливість, порушення сну, зниження мотивації до діяльності та загальна астенизація. Подібні стани ускладнюють виконання професійних обов'язків, знижують рівень соціальної активності та негативно впливають на міжособистісні взаємини.

Зазначені особливості часто пов'язані з тривалим впливом стресогенних факторів та можуть виступати одним із наслідків пережитого травматичного досвіду. У зв'язку з цим дана група військовослужбовців потребує підвищеної уваги з боку фахівців та застосування цілеспрямованих психокорекційних заходів, спрямованих на відновлення психоемоційного стану та підвищення рівня адаптації.

Високий рівень психофізіологічного стану було зафіксовано у 6 респондентів (20,0 %). Учасники цієї групи частіше відзначали відносно стабільний настрій, достатній рівень внутрішньої впевненості та здатність контролювати власний емоційний стан. Це може свідчити про кращу

психологічну адаптацію та наявність внутрішніх ресурсів для подолання стресових ситуацій.

Отримані результати свідчать про те, що значна частина військовослужбовців перебуває у стані помірного або підвищеного психоемоційного напруження, що підтверджує актуальність застосування психотерапевтичних методів для стабілізації їхнього психічного стану та відновлення психологічних ресурсів.

Для оцінки рівня депресивних проявів у військовослужбовців було використано шкалу депресії А. Т. Бека, яка є однією з найбільш поширених психодіагностичних методик для визначення вираженості депресивного стану. Методика дозволяє виявити емоційні, когнітивні та поведінкові симптоми депресії, а також оцінити ступінь їх інтенсивності.

Дослідження рівня депресивних проявів є важливим у контексті вивчення посттравматичного стресового розладу, оскільки депресивні стани часто супроводжують ПТСР та можуть посилювати його прояви. У військовослужбовців, які мають досвід участі у бойових діях, депресивні симптоми можуть проявлятися у вигляді зниження настрою, втрати інтересу до діяльності, підвищеної втомлюваності, почуття безнадії та емоційного виснаження.

Результати первинної діагностики рівня депресивних проявів у військовослужбовців представлені у таблиці 3.3.

Таблиця 3.3

Рівень депресивних проявів у військовослужбовців за шкалою депресії А. Т. Бека

Рівень депресії	Кількість осіб	%
Депресія відсутня	0	0
Легкий ступінь депресії	2	6,7
Середній ступінь депресії	22	73,3

Високий ступінь депресії	6	20,0
Разом	30	100

Для більш наочного представлення отримані результати подано у вигляді діаграми.

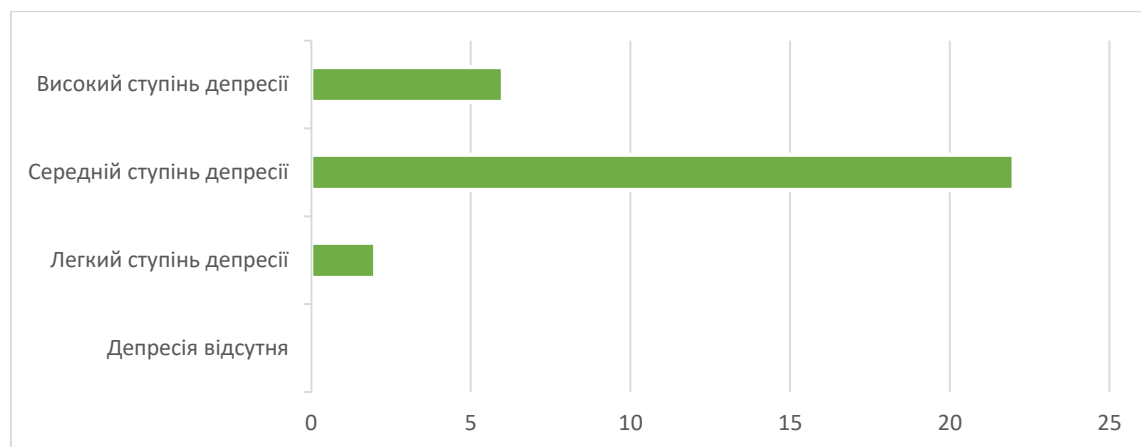


Рис. 3.2. Рівень депресивних проявів у військовослужбовців за шкалою депресії А. Т. Бека

Аналіз результатів показав, що у більшості військовослужбовців спостерігається середній рівень депресивних проявів, який було виявлено у 22 респондентів (73,3 %). Це свідчить про наявність у значної частини досліджуваних таких проявів, як зниження настрою, підвищена втомлюваність, емоційне виснаження та зниження життєвої активності.

Високий рівень депресивних проявів зафіксовано у 6 військовослужбовців (20,0 %), що може свідчити про більш виражені прояви емоційної напруженості, песимістичного сприйняття ситуації та труднощі з емоційною стабілізацією.

Легкий ступінь депресії спостерігається лише у 2 респондентів (6,7 %), тоді як випадків повної відсутності депресивних проявів у досліджуваній вибірці зафіксовано не було.

Отримані результати свідчать про досить високий рівень депресивних проявів серед військовослужбовців, що може бути пов'язано з пережитим

бойовим досвідом, психоемоційним навантаженням та труднощами психологічної адаптації після участі у бойових діях.

Для оцінки рівня посттравматичних реакцій у військовослужбовців було використано Міссісіпську шкалу для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант). Дана методика є однією з найбільш поширених у військовій психології та використовується для виявлення інтенсивності симптомів посттравматичного стресового розладу у осіб, які мають досвід участі у бойових діях.

Методика дозволяє оцінити такі прояви посттравматичних реакцій, як нав'язливі спогади про травматичні події, підвищена емоційна напруга, порушення сну, уникнення ситуацій, що нагадують про травматичний досвід, а також підвищена настороженість і труднощі психологічної адаптації. Вивчення цих показників є важливим для визначення ступеня вираженості посттравматичних проявів та загального психоемоційного стану військовослужбовців.

Результати первинної діагностики рівня посттравматичних реакцій у військовослужбовців представлені у таблиці 3.4.

Таблиця 3.4

**Рівень посттравматичних реакцій у військовослужбовців за
Міссісіпською шкалою**

Рівень посттравматичних реакцій	Кількість осіб	%
Добре адаптовані	3	10,0
Наявні психічні порушення	17	56,7
Виражений ПТСР	10	33,3
Разом	30	100

Для більш наочного представлення отримані результати подано у вигляді діаграми.

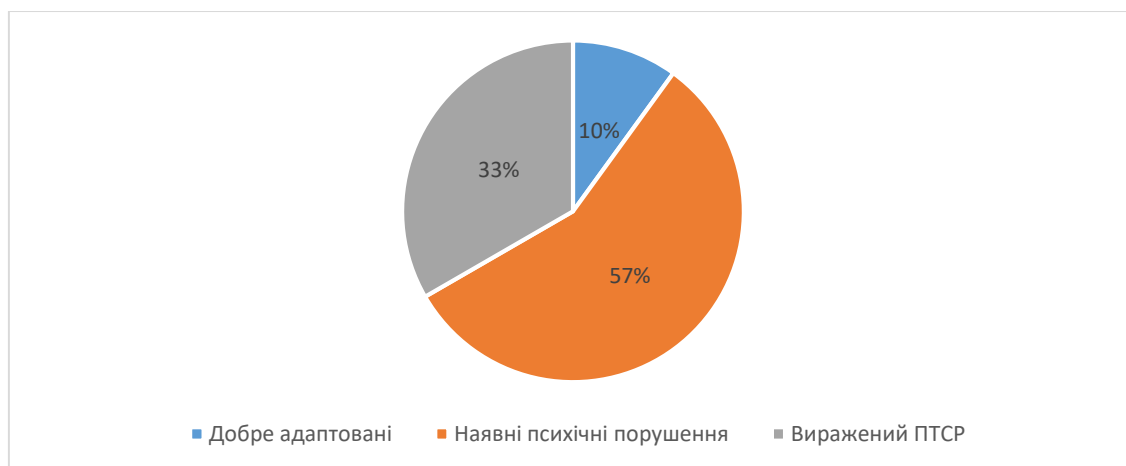


Рис. 3.3. Рівень посттравматичних реакцій у військовослужбовців за Міссісіпською шкалою

Аналіз результатів первинної діагностики показав, що лише незначна частина військовослужбовців характеризується доброю психологічною адаптацією. До цієї групи належать 3 респонденти, що становить 10,0 % вибірки. Для таких військовослужбовців характерний відносно стабільний психоемоційний стан та краща здатність до психологічної адаптації після пережитого бойового досвіду.

У більшості респондентів – 17 осіб (56,7 %) – виявлено наявність психічних порушень, що можуть проявлятися у вигляді підвищеної тривожності, емоційної напруги, труднощів з концентрацією уваги, порушень сну та зниження психоемоційної стійкості. Подібні прояви часто є наслідком тривалого перебування у стресових умовах та можуть свідчити про ризик розвитку посттравматичних психічних розладів.

У 10 військовослужбовців (33,3 %) зафіксовано виражені прояви посттравматичного стресового розладу. Для цієї групи можуть бути характерними інтрузивні спогади про травматичні події, підвищена настороженість, уникнення ситуацій, що нагадують про пережитий досвід, а також труднощі з емоційною регуляцією.

Отримані результати свідчать про те, що значна частина військовослужбовців має різний рівень посттравматичних реакцій, що підтверджує актуальність психологічної допомоги та застосування психотерапевтичних методів для зниження проявів ПТСР та стабілізації психоемоційного стану.

Отримані результати первинної діагностики стали підґрунтям для подальшого проведення психотерапевтичної програми, спрямованої на зниження симптомів ПТСР. Для оцінки ефективності психотерапевтичного впливу було проведено повторне психодіагностичне обстеження, результати якого представлені у підпункті 3.2.

3.2. Динаміка показників ПТСР після психотерапевтичного впливу

Після завершення програми психотерапевтичного впливу було проведено повторне психодіагностичне обстеження військовослужбовців з метою оцінки змін у їхньому психоемоційному стані. Повторна діагностика дозволила визначити динаміку показників посттравматичних реакцій, рівня тривожності, депресивних проявів та психофізіологічного стану респондентів після проходження психотерапевтичної програми.

Діагностичне обстеження проводилося із застосуванням тих самих психодіагностичних методик, що використовувалися на етапі первинного дослідження. Зокрема, були використані: шкала оцінки рівня реактивної та особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна, методика шкалової самооцінки психофізіологічного стану О. М. Кокуна, шкала депресії А. Т. Бека та Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій. Застосування однакових методик на двох етапах дослідження забезпечило можливість об'єктивного порівняння результатів та оцінки ефективності проведеного психотерапевтичного втручання.

Повторна діагностика проводилася після завершення психотерапевтичної програми, яка включала серію індивідуальних та групових занять, спрямованих на зниження проявів посттравматичного стресового розладу, стабілізацію психоемоційного стану та розвиток навичок психологічної саморегуляції. Отримані результати дозволяють оцінити зміни у психічному стані військовослужбовців та визначити ефективність застосованих психотерапевтичних методів.

Результати повторної діагностики рівня реактивної та особистісної тривожності військовослужбовців за методикою Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна після проведення психотерапевтичної програми представлені у таблиці 3.5.

Таблиця 3.5

**Рівень реактивної та особистісної тривожності у військовослужбовців
(повторна діагностика)**

Рівень тривожності	Реактивна тривожність	Особистісна тривожність
Низький	6	7
Середній	19	15
Високий	5	8
Разом	30	30

Аналіз отриманих результатів показав, що після проходження психотерапевтичної програми у більшості військовослужбовців спостерігається середній рівень реактивної тривожності, який було зафіксовано у 19 респондентів. Низький рівень реактивної тривожності спостерігається у 6 осіб, тоді як високий рівень виявлено у 5 військовослужбовців.

Щодо особистісної тривожності, то найбільшу частку також становлять респонденти із середнім рівнем – 15 осіб. Низький рівень особистісної тривожності було встановлено у 7 військовослужбовців, тоді як високий рівень спостерігається у 8 осіб.

Отримані результати свідчать про певну стабілізацію психоемоційного стану військовослужбовців після проходження психотерапевтичної програми та зниження інтенсивності тривожних проявів у частини досліджуваних.

Результати повторної діагностики психофізіологічного стану військовослужбовців за методикою шкалової самооцінки психофізіологічного стану О. М. Кокуна після проведення психотерапевтичної програми представлені у таблиці 3.6.

Таблиця 3.6

Рівень психофізіологічного стану військовослужбовців після психотерапевтичного впливу (за методикою О. М. Кокуна)

Рівень психофізіологічного стану	Кількість осіб	%
Високий	10	33,3
Середній	16	53,3
Низький	4	13,4
Разом	30	100

Аналіз результатів повторної діагностики показав, що після проходження психотерапевтичної програми у більшості військовослужбовців спостерігається середній рівень психофізіологічного стану, який було зафіксовано у 16 респондентів (53,3 %). Це свідчить про відносну стабілізацію психоемоційного стану та помірний рівень функціональної активності.

Високий рівень психофізіологічного стану виявлено у 10 військовослужбовців (33,3 %). Учасники цієї групи частіше відзначали покращення самопочуття, підвищення активності та більш стабільний емоційний стан.

Низький рівень психофізіологічного стану спостерігається у 4 респондентів (13,4 %), що може свідчити про збереження певних ознак психоемоційного напруження та втоми.

Отримані результати вказують на певне покращення психофізіологічного стану військовослужбовців після проходження психотерапевтичної програми.

Результати повторної діагностики рівня депресивних проявів у військовослужбовців за шкалою депресії А. Т. Бека після проведення психотерапевтичної програми представлені у таблиці 3.7.

Таблиця 3.7

Рівень депресивних проявів у військовослужбовців після психотерапевтичного впливу (за шкалою депресії А. Т. Бека)

Рівень депресії	Кількість осіб	%
Депресія відсутня	8	26,7
Легкий ступінь депресії	12	40,0
Середній ступінь депресії	8	26,7
Високий ступінь депресії	2	6,6
Разом	30	100

Аналіз результатів повторної діагностики показав, що після проходження психотерапевтичної програми у частини військовослужбовців спостерігається зниження рівня депресивних проявів. Зокрема, у 8 респондентів (26,7 %) депресивні прояви відсутні, що може свідчити про покращення емоційного стану та відновлення психологічних ресурсів.

Найбільшу частку становлять військовослужбовці з легким ступенем депресії – 12 осіб (40,0 %). Це свідчить про наявність помірно виражених емоційних порушень, які проявляються у зниженні настрою, втраті інтересу до звичних видів діяльності та підвищеній втомлюваності, однак ще не призводять до суттєвого порушення соціального функціонування.

У 8 респондентів (26,7 %) спостерігається середній рівень депресивних проявів, що характеризується більш вираженим емоційним дискомфортом, зниженням життєвої активності, труднощами у виконанні повсякденних обов'язків та зменшенням мотивації. Такі стани можуть негативно впливати на професійну діяльність та міжособистісні взаємини.

Високий рівень депресії зафіксовано лише у 2 військовослужбовців (6,6 %), що свідчить про значну вираженість негативних емоційних станів, включаючи

глибоке зниження настрою, відчуття безнадійності та емоційне виснаження. Подібні прояви потребують особливої уваги та своєчасного психологічного втручання.

Загалом отримані результати свідчать про переважання легких та середніх форм депресивних проявів у вибірці, що може бути пов'язано з впливом стресових факторів та пережитого травматичного досвіду.

Отримані результати свідчать про позитивну динаміку емоційного стану військовослужбовців після проходження психотерапевтичної програми, що проявляється у зменшенні інтенсивності депресивних симптомів.

Результати повторної діагностики рівня посттравматичних реакцій у військовослужбовців за Міссісіпською шкалою для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант) після проведення психотерапевтичної програми представлені у таблиці 3.8.

Таблиця 3.8

Рівень посттравматичних реакцій у військовослужбовців після психотерапевтичного впливу (за Міссісіпською шкалою)

Рівень посттравматичних реакцій	Кількість осіб	%
Добре адаптовані	9	30,0
Наявні психічні порушення	15	50,0
Виразений ПТСР	6	20,0
Разом	30	100

Аналіз результатів повторної діагностики показав, що після проходження психотерапевтичної програми спостерігається позитивна динаміка у рівні посттравматичних реакцій військовослужбовців. Зокрема, кількість респондентів, які характеризуються доброю психологічною адаптацією, зросла до 9 осіб (30,0 %).

У 15 військовослужбовців (50,0 %) все ще спостерігаються окремі психічні порушення, що можуть проявлятися у вигляді підвищеної тривожності, емоційної напруги та труднощів психологічної адаптації.

Водночас кількість респондентів із вираженими проявами посттравматичного стресового розладу зменшилася до 6 осіб (20,0 %), що свідчить про зниження інтенсивності посттравматичних симптомів після проходження психотерапевтичної програми.

Отримані результати підтверджують, що застосована програма психотерапевтичного впливу сприяє покращенню психоемоційного стану військовослужбовців та зменшенню проявів посттравматичного стресового розладу.

Отже, результати повторної психодіагностики засвідчили позитивну динаміку психоемоційного стану військовослужбовців після проходження психотерапевтичної програми. Аналіз отриманих даних показав зниження рівня тривожності, зменшення інтенсивності депресивних проявів, покращення психофізіологічного стану та зниження вираженості посттравматичних реакцій у частини респондентів.

Зазначені зміни свідчать про ефективність застосованої програми психотерапевтичного впливу, спрямованої на стабілізацію психоемоційного стану військовослужбовців та подолання наслідків посттравматичного стресового розладу. Отримані результати підтверджують доцільність використання психотерапевтичних методів у системі психологічної допомоги військовослужбовцям, які мають бойовий досвід.

Для більш детального визначення ефективності проведеної психотерапевтичної роботи у наступному підпункті буде здійснено порівняльний аналіз результатів первинної та повторної діагностики.

3.3. Порівняльний аналіз ефективності психотерапії та інтерпретація результатів дослідження

З метою визначення ефективності психотерапевтичного впливу було проведено порівняльний аналіз результатів первинної та повторної психодіагностики військовослужбовців. Такий підхід дозволяє оцінити зміни у психоемоційному стані респондентів після проходження психотерапевтичної програми та визначити динаміку основних показників, пов'язаних із проявами посттравматичного стресового розладу.

Порівняльний аналіз здійснювався на основі результатів дослідження, отриманих за допомогою використаних психодіагностичних методик, зокрема шкали оцінки рівня реактивної та особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна, методики шкалової самооцінки психофізіологічного стану О. М. Кокуна, шкали депресії А. Т. Бека та Міссісіпської шкали для оцінки посттравматичних реакцій. Порівняння результатів первинної та повторної діагностики дозволяє визначити зміни у рівні тривожності, депресивних проявів, психофізіологічного стану та інтенсивності посттравматичних реакцій у військовослужбовців.

Особливу увагу в процесі аналізу було приділено визначенню тенденцій змін психоемоційного стану респондентів, а також оцінці впливу психотерапевтичної програми на зниження проявів посттравматичного стресового розладу. Отримані результати дозволяють не лише встановити ефективність застосованих психотерапевтичних методів, а й здійснити їх психологічну інтерпретацію у контексті сучасних досліджень проблеми ПТСР.

Подальший аналіз передбачає порівняння показників, отриманих на різних етапах дослідження, що дає можливість більш об'єктивно оцінити ефективність проведеної психотерапевтичної роботи.

Для визначення змін у рівні тривожності військовослужбовців було здійснено порівняльний аналіз результатів первинної та повторної діагностики за методикою Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна. Порівняння отриманих результатів

дозволяє простежити динаміку показників реактивної та особистісної тривожності після проходження психотерапевтичної програми.

Таблиця 3.9

**Динаміка рівня реактивної та особистісної тривожності
військовослужбовців до та після психотерапевтичного впливу**

Рівень тривожності	Реактивна тривожність (до)	Реактивна тривожність (після)	Особистісна тривожність (до)	Особистісна тривожність (після)
Низький	4	6	5	7
Середній	16	19	13	15
Високий	10	5	12	8
Разом	30	30	30	30

Порівняльний аналіз результатів показав позитивну динаміку у рівні тривожності військовослужбовців після проходження психотерапевтичної програми. Зокрема, кількість респондентів з високим рівнем реактивної тривожності зменшилася з 10 до 5 осіб. Водночас спостерігається збільшення кількості військовослужбовців із низьким рівнем реактивної тривожності з 4 до 6 осіб.

Подібна тенденція простежується і щодо особистісної тривожності. Кількість респондентів із високим рівнем особистісної тривожності зменшилася з 12 до 8 осіб, тоді як кількість осіб із низьким рівнем зросла з 5 до 7.

Отримані результати свідчать про зниження інтенсивності тривожних проявів у військовослужбовців після проходження психотерапевтичної програми, що може бути пов'язано з формуванням навичок психологічної саморегуляції та стабілізацією психоемоційного стану.

Для оцінки змін у психофізіологічному стані військовослужбовців було проведено порівняльний аналіз результатів первинної та повторної діагностики за методикою шкалою самооцінки психофізіологічного стану О. М. Кокуна.

Для визначення змін у психофізіологічному стані військовослужбовців було здійснено порівняльний аналіз результатів первинної та повторної

діагностики за методикою шкалової самооцінки психофізіологічного стану О. М. Кокуна.

Отримані результати представлені у вигляді діаграми.

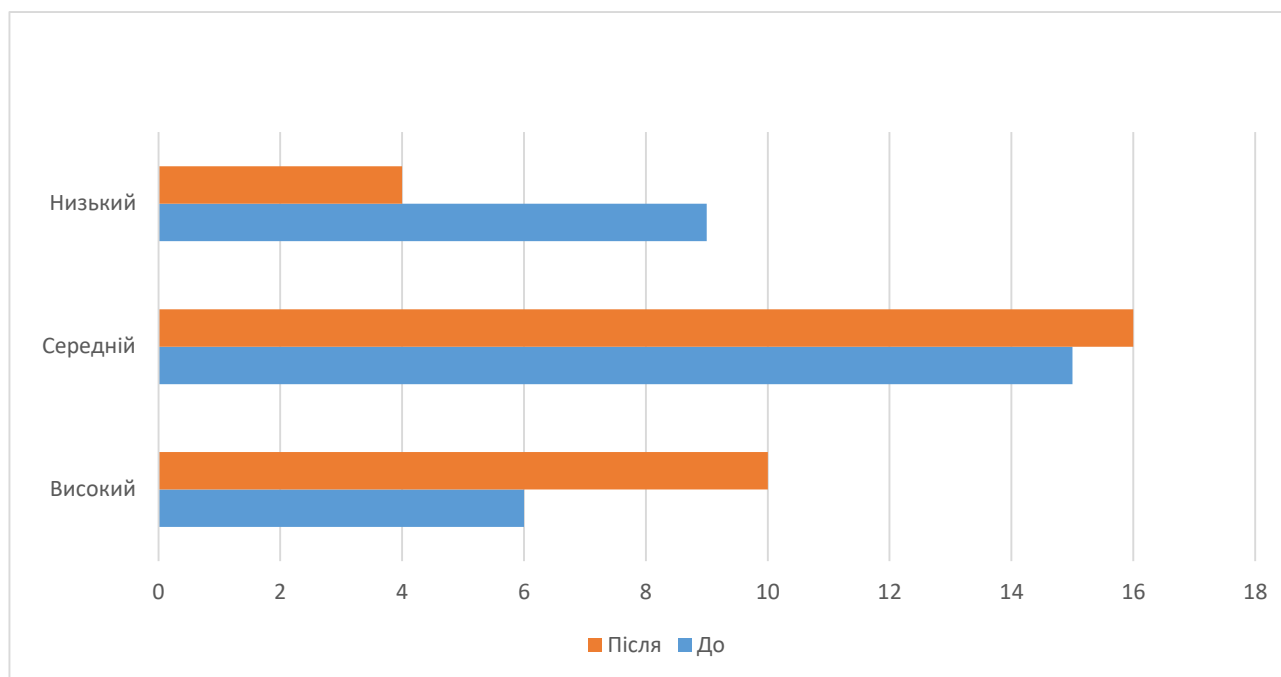


Рис. 3.5. Динаміка психофізіологічного стану військовослужбовців до та після психотерапевтичного впливу (за методикою О. М. Кокуна)

Аналіз отриманих результатів показав позитивну динаміку психофізіологічного стану військовослужбовців після проходження психотерапевтичної програми. Зокрема, спостерігається збільшення кількості респондентів із високим рівнем психофізіологічного стану, що свідчить про покращення самопочуття, підвищення активності та більш стабільний емоційний стан.

Водночас кількість військовослужбовців із низьким рівнем психофізіологічного стану зменшилася, що може свідчити про зниження психоемоційного напруження та поступове відновлення психологічних ресурсів після проходження психотерапевтичної програми.

Отримані результати підтверджують, що застосована психотерапевтична програма сприяє покращенню загального психофізіологічного стану військовослужбовців та підвищенню їхньої психологічної стійкості.

Для визначення змін у рівні депресивних проявів військовослужбовців було проведено порівняльний аналіз результатів первинної та повторної діагностики за шкалою депресії А. Т. Бека.

Таблиця 3.11

Динаміка рівня депресивних проявів військовослужбовців до та після психотерапевтичного впливу (за шкалою депресії А. Т. Бека)

Рівень депресії	До психотерапії	Після психотерапії
Депресія відсутня	0	8
Легкий ступінь депресії	2	12
Середній ступінь депресії	22	8
Високий ступінь депресії	6	2
Разом	30	30

Порівняльний аналіз результатів показав суттєву позитивну динаміку у рівні депресивних проявів військовослужбовців після проходження психотерапевтичної програми. Зокрема, після психотерапевтичного впливу з'явилася група респондентів, у яких депресивні прояви відсутні – 8 осіб, тоді як на етапі первинної діагностики таких випадків зафіксовано не було.

Водночас спостерігається значне зменшення кількості військовослужбовців із середнім рівнем депресії – з 22 до 8 осіб, а також із високим рівнем депресії – з 6 до 2 осіб. Натомість зросла кількість респондентів із легким ступенем депресії, що може свідчити про зниження інтенсивності депресивних проявів.

Отримані результати свідчать про зменшення вираженості депресивних симптомів та покращення емоційного стану військовослужбовців після проходження психотерапевтичної програми.

Для оцінки змін у рівні посттравматичних реакцій військовослужбовців було проведено порівняльний аналіз результатів первинної та повторної діагностики за Міссісіпською шкалою для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант).

Отримані результати представлені у вигляді діаграми.

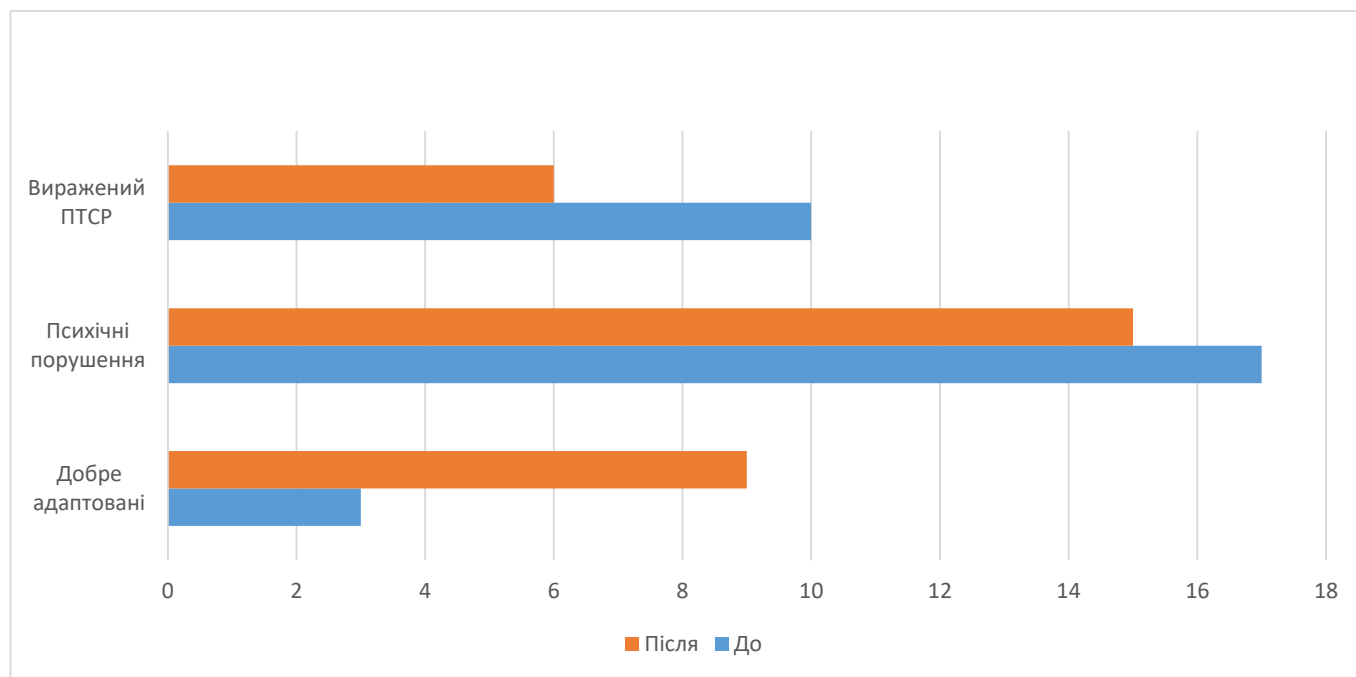


Рис. 3.6. Динаміка рівня посттравматичних реакцій у військовослужбовців до та після психотерапевтичного впливу (за Міссісіпською шкалою)

Аналіз отриманих результатів показав позитивну динаміку у рівні посттравматичних реакцій військовослужбовців після проходження психотерапевтичної програми. Зокрема, кількість респондентів, які характеризуються доброю психологічною адаптацією, збільшилася з 3 до 9 осіб.

Водночас кількість військовослужбовців із вираженими проявами посттравматичного стресового розладу зменшилася з 10 до 6 осіб, що свідчить про зниження інтенсивності посттравматичних симптомів після проходження психотерапевтичної програми.

Також спостерігається певне зменшення кількості респондентів із наявними психічними порушеннями, що може свідчити про поступову стабілізацію психоемоційного стану військовослужбовців та покращення їхньої психологічної адаптації.

Отримані результати підтверджують ефективність застосованої психотерапевтичної програми у зниженні проявів посттравматичного стресового розладу та покращенні психоемоційного стану військовослужбовців.

Проведений порівняльний аналіз результатів первинної та повторної діагностики свідчить про позитивний вплив психотерапевтичної програми на психоемоційний стан військовослужбовців. Після проходження програми у більшості учасників дослідження спостерігається зниження рівня тривожності, зменшення вираженості депресивних проявів, покращення психофізіологічного стану та зниження інтенсивності посттравматичних реакцій. Отримані результати підтверджують ефективність застосованого психотерапевтичного впливу та свідчать про його доцільність у роботі з військовослужбовцями, які пережили травматичний бойовий досвід.

Висновок до 3 розділу

У третьому розділі було здійснено аналіз результатів емпіричного дослідження впливу психотерапії на подолання посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. На основі результатів первинної психодіагностики встановлено, що у значної частини респондентів спостерігалися підвищені рівні тривожності, депресивні прояви, порушення психофізіологічного стану та виражені посттравматичні реакції, що підтверджує наявність симптомів ПТСР.

Результати повторної діагностики, проведеної після реалізації програми психотерапевтичного впливу, засвідчили позитивну динаміку психоемоційного стану військовослужбовців. Зокрема, було зафіксовано зниження рівня реактивної та особистісної тривожності, зменшення інтенсивності депресивних проявів, покращення психофізіологічного стану та зниження вираженості посттравматичних реакцій.

Порівняльний аналіз результатів первинної та повторної діагностики дозволив встановити ефективність застосованої програми психотерапевтичного впливу. Отримані результати свідчать про покращення психологічної адаптації військовослужбовців та стабілізацію їхнього психоемоційного стану після проходження психотерапевтичної програми.

Отже, проведене емпіричне дослідження підтверджує доцільність використання комплексного психотерапевтичного підходу у роботі з військовослужбовцями, які пережили травматичний бойовий досвід.

ВИСНОВОК

У роботі здійснено теоретичне та емпіричне дослідження впливу психотерапії на подолання посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. Аналіз наукових джерел дозволив визначити, що посттравматичний стресовий розлад є складним психічним станом, який виникає внаслідок переживання травматичних подій та характеризується комплексом когнітивних, емоційних, поведінкових і фізіологічних проявів.

У теоретичній частині роботи було розглянуто основні підходи до розуміння посттравматичного стресового розладу у сучасній психології, визначено його основні симптоми, типи та механізми формування. Особливу увагу приділено специфіці прояву ПТСР у військовослужбовців, що зумовлена умовами бойових дій, тривалим психоемоційним напруженням, переживанням небезпеки та втрат.

У роботі також проаналізовано основні психотерапевтичні підходи до подолання посттравматичного стресового розладу. Встановлено, що ефективна психологічна допомога військовослужбовцям повинна мати комплексний характер і включати психоосвітні заходи, техніки емоційної саморегуляції, когнітивно-поведінкові методи та вправи, спрямовані на розвиток психологічної стійкості.

Емпіричне дослідження було проведено за участю 30 військовослужбовців, які мають досвід участі у бойових діях. Для оцінки психоемоційного стану респондентів було використано комплекс психодіагностичних методик: шкалу оцінки рівня реактивної та особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна, методику шкалової самооцінки психофізіологічного стану О. М. Кокуна, шкалу депресії А. Т. Бека та Міссісіпську шкалу для оцінки посттравматичних реакцій.

Результати первинної діагностики показали, що значна частина військовослужбовців характеризується підвищеним рівнем тривожності, наявністю депресивних проявів, психоемоційним напруженням та вираженими посттравматичними реакціями.

На основі отриманих результатів було розроблено та реалізовано програму психотерапевтичного впливу, спрямовану на зниження проявів ПТСР, стабілізацію психоемоційного стану та формування навичок психологічної саморегуляції. Програма включала елементи когнітивно-поведінкової терапії, психоосвітні заходи, вправи релаксації та техніки подолання стресу.

Результати повторної психодіагностики засвідчили позитивну динаміку психоемоційного стану військовослужбовців після проходження психотерапевтичної програми. Було зафіксовано зниження рівня тривожності, зменшення інтенсивності депресивних проявів, покращення психофізіологічного стану та зниження вираженості посттравматичних реакцій.

Отримані результати підтверджують ефективність застосованої програми психотерапевтичного впливу та свідчать про доцільність використання комплексного психологічного підходу у роботі з військовослужбовцями, які пережили травматичний бойовий досвід.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Агаєв Н. А., Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Остапчук В. В., Ткаченко В. В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців : метод. посіб. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.
2. Бек А. Когнітивна терапія. Львів : Свічадо, 2006. 304 с.
3. Військова психологія та лідерство в Україні: проблеми та виклики впродовж циклу розгортання бойових дій : навч. посіб. Київ : Захист Патріотів, 2018. 263 с.
4. Гурлєва Т. С. Довіра в опосередкованому спілкуванні: психологічна допомога особистості в кризових умовах // Актуальні проблеми психології. Консультативна психологія і психотерапія. 2018. Т. 14, № 3. С. 191–213.
5. Дворник М., Лазоренко Б., Ларіна Т., Громова Г., Погорільська Н., Савінов В., Гундertaїло Ю. Здоровий спосіб життя українців під час війни: первинний аналіз даних опитування // Psychological Prospects Journal. 2024. № 43. С. 80–102. DOI: 10.29038/2227-1376-2024-43-dvo.
6. Елліс А. Гуманістично-раціональна психотерапія. Київ : Видавництво Жупанського, 2010. 288 с.
7. Журавльова Н. Ю., Гурлєва Т. С. Прояви ПТСР і вторинна травматизація: психотерапевтична допомога сім'ям ветеранів бойових дій // Психологія та педагогіка: необхідність впливу науки на розвиток практики в Україні : зб. тез наук. робіт учасників Міжнар. наук.-практ. конф. (Львів, 21–22 лют. 2020 р.). Львів : ГО «Львівська педагогічна спільнота», 2020. Ч. 2. С. 113–117.
8. Калужна Г. В. Термін «посттравматичний стресовий розлад»: віхи та особливості еволюції // Молодий вчений. 2020. Вип. 2.1 (78.1). С. 32–34.
9. Кириченко А. В. Сучасні погляди щодо формування та розвитку психологічної готовності військовослужбовців країн НАТО за досвідом армії

- бундесверу // Сучасна війна: гуманітарний аспект : матеріали V Міжнар. наук. конф. (Харків, 25–26 трав. 2021 р.). Харків : ХУПС, 2021. С. 118–121.
10. Кісарчук З. Г., Омельченко Я. М., Лазос Г. П. Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу : монографія / за ред. З. Г. Кісарчук. Київ : Видавничий дім «Слово», 2020. 178 с.
 11. Климчук В. О. Психологія посттравматичного зростання : монографія. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2021. 158 с.
 12. Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Психологічна робота з військовослужбовцями – учасниками АТО на етапі відновлення : метод. посіб. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с.
 13. Кокун О. М., Клочков В. В., Мороз В. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Забезпечення психологічної стійкості військовослужбовців в умовах бойових дій : метод. посіб. Київ ; Одеса : Фенікс, 2022. 128 с.
 14. Кулеба Д. Війна за реальність. Як перемагати у світі фейків, правд і спільнот. Київ : Книголав, 2019. 9 с.
 15. Лазос Г. П. Фактори ризику виникнення негативних емоційних станів у волонтерів психологів/психотерапевтів / Г. П. Лазос // Актуальні проблеми психології. Том.3.: Консультативна психологія і психотерапія. Вип. 13. – Інститут психології ім. Г.С. Костюка НАПН України; Вінниця : Видавець ФОП Рогальська І.О, 2017. – С. 130 – 152.
 16. Левенець А. Є. Психологічні засоби підвищення професійно-психологічної стійкості працівників пенітенціарних закладів // Вісник пенітенціарної асоціації України. 2017. № 2. С. 62–69.
 17. Ломакін Г. І. Прояви порушень реадaptaції учасників бойових дій у системі суспільних відносин // Проблеми емпіричних досліджень у психології : матеріали VI Міжнар. наук.-практ. конф. (Київ, 6–7 груд. 2012 р.) / за ред. І. В. Данилюка, І. В. Ващенко. Київ : ОВС, 2012. С. 94–100.

- 18.Магдисюк Л. І., Федоренко Р. П. Основи психологічного консультування : навч. посіб. Луцьк : Вежа-Друк, 2022. 360 с.
- 19.Марченко А. А., Демкин А. Д., Гончаренко А. Ю. Medico Biological and Socio Psychological Problems of Safety in Emergenc. 2016. № 2. С. 52–57.
- 20.Маслоу А. Мотивація і особистість. Київ : Педагогіка, 2008. 352 с.
- 21.Максименко С. Д. Експериментальна психологія : навч. посіб. Київ : МАУП, 2002. 128 с.
- 22.Мазяр О. Психофізіологічний механізм формування невротичного розладу // Лікарська справа. 2017. № 7. С. 110–116.
- 23.Методичні рекомендації з психологічної підготовки військовослужбовців Збройних сил України щодо формування стресостійкості до дій в умовах різкої зміни бойової обстановки. Київ : Головне управління морально-психологічного забезпечення ЗСУ, 2020. 16 с.
- 24.Михайлов Б. В., Сердюк О. І., Федосєєв В. А. Психотерапія в загальносоматичній медицині : клінічний посібник / за заг. ред. Б. В. Михайлова. Харків : Прапор, 2002. 128 с.
- 25.Михальський А. В., Царьов Ю. О. Посттравматичний стресовий розлад: історичний огляд // Проблеми сучасної психології. 2011. Вип. 12. С. 687–689.
- 26.Молотай В. А. Структура й особливості психологічної готовності військовослужбовців до службово-бойової діяльності // Проблеми загальної та педагогічної психології : зб. наук. праць Ін-ту психології ім. Г. С. Костюка АПН України. 2005. Т. 7, вип. 5. С. 247–255.
- 27.Мороз Л. І. Професійно-психологічний тренінг : підручник. Київ : Нац. акад. внутр. справ, 2011. 252 с.
- 28.Неурова А. Б. Емпіричне дослідження особливостей психологічної стійкості військовослужбовців – учасників операції Об'єднаних сил // Науковий вісник Херсонського державного університету. 2019. Вип. 4. С. 23–29.

29. Неурова А. Б., Капінус О. С., Грицевич Т. Л. Діагностика соціально-психологічних властивостей та якостей особистості : навч.-метод. посіб. Львів : НАСВ, 2016. 181 с.
30. Ободовська Л., Шавровська Н. Посттравматичний стресовий розлад: особливості психологічного супроводу // Науковий процес та наукові підходи: методика та реалізація досліджень : матеріали Міжнар. конф. : у 2 т. (Одеса, 23 жовт. 2020 р.). Одеса, 2020. С. 89–91. DOI: 10.36074/23.10.2020.v1.12.
31. Посттравматичні стресові розлади : навч. посіб. / за заг. ред. Б. В. Михайлова. 2-ге вид., перероб. та допов. Харків : ХМАПО, 2014. 223 с.
32. Приходько І. І. Психодіагностика професійно важливих психологічних якостей військовослужбовців підрозділів спеціального призначення внутрішніх військ МВС України // Внутрішні війська МВС України на етапі реформування та розбудови : матеріали наук.-практ. конф. (Харків, 27–28 лют. 2007 р.). Харків : Акад. ВВ МВС України, 2007. С. 230–231.
33. Самойлова О. В., Міщенко О. М. Історичні, клінічні та психологічні особливості формування посттравматичних стресових розладів // Актуальні проблеми сучасної медицини. 2018. Вип. 2. С. 62. DOI: 10.26565/2617-409X-2018-2-08.
34. Сулятицький І. В. Психолого-корекційний практикум травм війни : навч. посіб. Львів : ЛНУ імені Івана Франка, 2019. 396 с.
35. Теорія і практика психологічної допомоги та реабілітації : підручник / за заг. ред. В. Осьодла. Київ : НУОУ, 2019. 460 с.
36. Теорія та практика психосоціальної допомоги військовим ТрО та членам їхніх сімей : навч. посіб. / за наук. ред. Л. А. Опанасенко. Миколаїв : Іліон, 2023. 172 с.
37. Титаренко Т. М. Життя як будівельний майданчик: особистісні наслідки посттравматичного досвіду // Психологічна допомога особистості в складних обставинах життєдіяльності. 2018. С. 6–9.

- 38.Титаренко Т. М. Моє майбутнє залежить від мене: практики здорового сьогодення у воєнних та повоєнних умовах [Електронний ресурс]. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2024.
- 39.Титаренко Т. М. Психологічне благополуччя особистості у контексті посттравматичного життєтворення // Особистість та її історія. 2018. С. 102–112.
- 40.Титаренко Т. М. Як допомогти свідкам і учасникам травматичних подій: горизонти соціально-психологічної реабілітації // Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки : зб. наук. праць.
- 41.Фролова Н. В. Психологічні особливості травматичного досвіду українців під час війни // Психологія і суспільство. 2024. № 1. С. 188–196.
- 42.Фролова Н. В. Феномен колективної травми в контексті сучасного українського досвіду її проживання // Габітус. 2023. № 46. С. 199–203.
- 43.Хорні К. Невротична особистість нашого часу. Харків : Фоліо, 2002. 320 с.
- 44.Чорна В., Серебреннікова О., Коломієць В., Гозак С., Єлізарова О., Рибінський М., Ангельська В., Павленко Н. Посттравматичний стресовий розлад під час повномасштабної війни у військовослужбовців // Молодий вчений. 2023. № 12 (124). С. 28–39. DOI: 10.32839/2304-5809/2023-12-124-28.
- 45.Шестопалова Л. Ф., Кожевнікова В. А., Бородавко О. О., Кирилюк С. С. Клініко-психологічні особливості осіб із різними формами постстресових психічних порушень // Медична психологія. 2017. № 2. С. 7–11.
- 46.Baker D. G., Diamond B. L., Gillette G. A double blind, randomized, placebo-controlled multicenter study of brofaromine in the treatment of posttraumatic stress disorder // Psychopharmacology. 1995. No. 122. P. 386–389.
- 47.Bandura A. Social Learning and Personality Development. New York : Holt, Rinehart and Winston, 1963.
- 48.Berne E. Transactional Analysis in Psychotherapy. New York, 1961.

49. Bisson J. I., Ehlers A., Matthews R., Pilling S., Richards D., Turner S. Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis // *British Journal of Psychiatry*. 2007. Vol. 190. P. 97–104.
50. Burgess A. W., Holstrom L. L. Rape Trauma Syndrome // *American Journal of Psychiatry*. 1974. Vol. 131. P. 981–986.
51. Charcot J. *Les demoniaques dans l'art*. Paris, 1887. 78 p.
52. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.
53. Ehlers A., Clark D. M., Hackmann A., Grey N., Liness S., Wild J., McManus F. Intensive cognitive therapy for PTSD: A feasibility study // *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2010. Vol. 38, No. 4. P. 383–398.
54. Herman J. *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence – from Domestic Abuse to Political Terror*. New York : Harper Collins, 1992. 387 p.
55. *International Classification of Diseases*.
56. Kasl S. Epidemiological contributions to the study of work stresses // *Stress at Work* / eds. C. Cooper, R. Payne. Chichester : Wiley, 1978. P. 3–48.
57. Ostrovska K. O. Features of manifestation of posttraumatic stress disorder in social space // *Problems of Modern Psychology*. 2018. Issue 40. P. 295–306.
58. The 7th International Scientific and Practical Conference “International Scientific Innovations in Human Life” (January 19–21, 2022). Manchester : Cognum Publishing House, 2022. 828 p.
59. Theoretical considerations and preliminary results // *General Hospital Psychiatry*. 1982. Vol. 4. P. 33–47.