

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

Кафедра психології

**ВПЛИВ ПСИХОКОРЕКЦІЇ НА ПОДОЛАННЯ
ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ
У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ**

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття освітнього ступеня

МАГІСТР

за спеціальністю 053 Психологія

ЄВТУШЕНКО ТЕТЯНА ВЯЧЕСЛАВІВНА

Кваліфікаційна робота

допущена до захисту

Зав. Кафедри Синякова В.А.

« ____ » _____ 20 ____ р.

Науковий керівник:

Туриніна О.Л.

кандидат психологічних наук,
професор

Рецензент:

КИЇВ-2026

Реєстрація

номер

дата

підпис лаборанта кафедри

Рекомендовано**до захисту**підпис наукового
керівника

ініціали, прізвище наукового керівника

**Результат
захисту**

оцінка

дата захисту

Голова ЕК

підпис

ініціали, прізвище

Члени ЕК

підпис

ініціали, прізвище

підпис

ініціали, прізвище

підпис

ініціали, прізвище

підпис

ініціали, прізвище

Секретар ЕК

підпис

ініціали, прізвище

Кафедра психології

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Завідувач кафедри

проф. Синякова В.А.

« » 202 p.

ЗАВДАННЯ

на кваліфікаційну роботу магістра

Євтушенко Тетяни Вячеславівни

Тема роботи: «Вплив психокорекції на подолання посттравматичного розладу у військовослужбовців»

Затверджено наказом по інституту від « » 20 р. №

1. Термін подання студентом завершеної роботи « » 202 р.
2. Цільова установка: військовослужбовці; вихідні дані: матеріали
військово-психологічної практики, навчальні посібники, монографії, методичні
вказівки, ресурси інтернету, періодичні видання з теми дослідження.
3. Перелік графічного матеріалу Консультанти по роботі (із зазначенням розділів):

Розділ	Консультант	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
Розділ 1	Туриніна О.Л.		
Розділ 2	Туриніна О.Л.		
Розділ 3	Туриніна О.Л.		

- ## 1. Зміст роботи:

Розділ 1. Теоретичні аспекти проблеми впливу психокорекції на подолання посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців.

Розділ 2. Емпіричне дослідження особливостей симптомів посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців.

Розділ 3. Форми і методи психокорекції, спрямованої на подолання посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців

Висновки

Список літератури

Додатки

Календарний план виконання роботи

	Етапи виконання роботи	Термін виконання	
		За планом	Фактичний
1	Вибір теми і призначення наукового керівника кваліфікаційної роботи магістра.	Жовтень 2025	Жовтень 2025
2	Затвердження теми кваліфікаційної роботи магістра.	Жовтень 2025	Жовтень 2025
3	Отримання завдання на проведення наукового дослідження та підготовка календарного плану виконання кваліфікаційної роботи магістра, затвердження його керівником.	Листопад 2025	Листопад 2025
4	Збір та узагальнення матеріалу за темою роботи.	Грудень 2025	Грудень 2025
5	Підготовка першого (чорнового) варіанту роботи і подання його на перевірку науковому керівнику.	Січень 2026	Січень 2026
6	Доопрацювання тексту роботи з врахуванням зауважень наукового керівника, збагачення роботи додатковими дослідженнями, що проводилися під час переддипломної практики, і подання її на повторне читання.	Лютий 2026	Лютий 2026
7	Подання кваліфікаційної роботи магістра на реєстрацію на кафедру, рецензування та написання відгуку науковим керівником.	Лютий 2026	Лютий 2026
8	Підготовка до захисту кваліфікаційної роботи магістра на засіданні Екзаменаційної комісії	Березень 2026	Березень 2026
9	Захист виконаної кваліфікаційної роботи.	Березень 2026	Березень 2026

Дата видачі завдання _____

Науковий керівник _____ (Туриніна О.Л.)

Завдання прийняв до виконання

студент-дипломник _____ (Євтушенко Т.В.)

ЗМІСТ

ВСТУП.....	7
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПРОБЛЕМИ ВПЛИВУ ПСИХОКОРЕКЦІЇ НА ПОДОЛАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ.....	10
1.1 Психологічна сутність та клінічні прояви посттравматичного стресового розладу.....	10
1.2. Особливості перебігу посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців.....	16
1.3. Сучасні підходи до психологічної допомоги при посттравматичному стресовому розладі.....	22
Висновки до першого розділу	27
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ СИМПТОМІВ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ.....	29
2.1. Методологічне забезпечення дослідження особливостей симптомів посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців.....	29
2.2. Аналіз результатів дослідження особливостей симптомів посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців.....	37
Висновки до другого розділу.....	49
РОЗДІЛ 3. ФОРМИ ТА МЕТОДИ ПСИХОКОРЕКЦІЇ, СПРЯМОВАНОЇ НА ПОДОЛАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ.....	51
3.1. Психокорекційна програма подолання посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців.....	51
3.2. Аналіз ефективності програми подолання посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців.....	56
Висновки до третього розділу	68
ВИСНОВКИ.....	70

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	73
ДОДАТКИ	81

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота: 99 сторінок, містить 12 таблиць, 12 малюнків, 86 літературних джерел.

Об'єктом магістерської роботи є посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців.

Предметом магістерської роботи є вплив психокорекції на подолання посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців.

Мета магістерської роботи - визначити особливості посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців та довести ефективність психокорекційних методів у його подоланні.

Відповідно до мети нами було поставлено і виконано такі **завдання**:

1. Проаналізувати теоретичні аспекти проблеми впливу психокорекції на подолання посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців.
2. Провести емпіричне дослідження особливостей симптомів посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців.
3. Розробити, впровадити та довести ефективність психокорекційної програми подолання посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців.

ПТСР, ДЕПРЕСІЯ, ВІДНОВЛЕННЯ, ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІ, РОЗВИТОК, ДІАГНОСТИКА, ТРЕНІНГ

PTSD, DEPRESSION, RECUPERATION, MILITARY SERVICE, DEVELOPMENT, DIAGNOSTICS, TRAINING

ВСТУП

Актуальність теми. Сучасна українська реальність характеризується масштабними викликами, спричиненими збройною агресією російської федерації проти нашої держави. Війна викликала значні соціальні, економічні та психологічні зміни в суспільстві. Одним із найсерйозніших наслідків для психічного здоров'я населення став посттравматичний стресовий розлад (далі - ПТСР), що розвивається у людей, які безпосередньо пережили або стали свідками травматичних подій чи антисоціальних дій (катування, полон, зґвалтування, грабежі, напади, сексуальне чи фізичне насильство).

ПТСР (відомий також як "в'єтнамський" або "афганський" синдром) - це відстрочена або пролонгована реакція на сильні стресові ситуації катастрофічного характеру, що загрожують життю або благополуччю. Особливо гостро проблема ПТСР актуалізується у військовослужбовців, які постійно опиняються в ситуаціях високого ризику, фізичного й психологічного напруження, зіштовхуються зі смертю, пораненнями, втратою побратимів, почуттям провини чи безсилля. Досвід багатьох збройних конфліктів показує: без належної психологічної допомоги значна частина військових стикається з хронічними симптомами розладу, що ускладнюють їхню адаптацію та професійне життя.

В умовах воєнного стану питання надання ефективної психологічної допомоги військовим стає надзвичайно важливим. Психокорекція є дієвим засобом не лише для зменшення симптомів розладу, а й для відновлення особистісної цілісності, формування нових життєвих орієнтирів та ресурсів для подолання стресу.

Попри наявність наукових розробок у галузі травматології (дослідження О. Корнієнка, І. Бондаренка, О. Кочаряна, R. Lazarus, J. Herman, B. van der

Kolk), в Україні практична реалізація психотерапевтичних стратегій залишається недостатньо дослідженою. Актуальність даної теми обумовлюється необхідністю створення системного підходу до відновлення психічного здоров'я військовослужбовців із врахуванням українського досвіду війни та сучасних наукових досягнень.

Об'єкт дослідження - посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців.

Предмет дослідження - вплив психокорекції на подолання посттравматичного стресового розладу у військових.

Мета дослідження - визначити особливості ПТСР у військовослужбовців, обґрунтувати та емпірично перевірити ефективність психокорекційних заходів у подоланні симптомів розладу з визначенням динаміки змін емоційного стану, а також когнітивних та поведінкових реакцій під впливом психокорекційної програми.

Завдання дослідження:

1. Дослідити теоретичні підходи до вивчення посттравматичного стресового розладу у сучасній психології.
2. Провести емпіричний аналіз особливостей симптомів посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців.
3. Розробити, реалізувати та оцінити ефективність психокорекційної програми подолання посттравматичного стресового розладу серед військових.

Методи дослідження:

1. Теоретичні методи: аналіз, синтез, узагальнення, систематизація наукових джерел щодо проблематики ПТСР та підходів до психокорекційної допомоги військовим.
2. Емпіричні методи: спостереження, опитування, тестування (використання шкали тривоги Гамільтона (HAM-A) для вимірювання тяжкості тривожних розладів резидентів, шкали тривоги та депресії (HADS) для скринінгового виявлення тривоги і депресії тестуємих, шкали оцінки впливу травматичної події - переглянута (IOES-R) для виявлення симптомів ПТСР і оцінки ступеня

їх важкості, PCL-5 для оцінки симптомів ПТСР, методики психологічної діагностики копінг-механізмів Е. Нейм (в адаптації Л.І. Васермана) для вивчення копінг-стратегій в осіб, які перебувають у стресових ситуаціях для складання психокорекційної програми.

3. Психокорекційні методи: арт-терапія, гіпнотерапія, телесно-орієнтовна терапія.

Наукова новизна дослідження

У дослідженні систематизовано комплекс сучасних діагностичних методів для вивчення симптомів посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців, зокрема шкал HAM-A, HADS, IOES-R, а також оцінки когнітивних, емоційних і поведінкових копінг-стратегій. Здійснено кореляційний аналіз факторів ПТСР. Розроблено і обґрунтовано ефективність психокорекційної програми, шляхом порівняння результатів діагностики до і після психокорекційного втручання, що дало змогу виявити динаміку зниження симптомів ПТСР за окремими шкалами та факторами. Встановлено особливості змін копінг-стратегій військовослужбовців під впливом психокорекційної програми: посилення адаптивних когнітивних та поведінкових стратегій та зниження дезадаптивних копінгів. Запропоновано практичні рекомендації щодо використання розробленої програми у психологічній роботі з військовими.

Практичне значення дослідження

Практична значущість роботи полягає у можливості реального застосування результатів дослідження в діяльності практичних психологів, які займаються підтримкою військовослужбовців. Вони також будуть корисними для створення програм військових реабілітаційних центрів, центрів психологічної допомоги та ветеранських служб. Результати дослідження можуть бути використані у освітніх курсах із військової психології та підготовці фахівців кризової допомоги.

Гіпотеза дослідження.

Передбачається, що участь військовослужбовців у розробленій психокорекційній програмі сприятиме статистично значущому зниженню симптомів ПТСР:

- Рівень тривожності (за шкалою НАМ-А) після проходження програми знизиться порівняно з вихідними показниками.
- Показники депресивності й тривожності (за HADS) продемонструють зменшення інтенсивності емоційних симптомів.
- Інтенсивність посттравматичного стресу за (IOES-R) знизиться за субшкалою уникнення, та вирівняється порівняно зі субшкалами вторгнення і гіперзбудження, але будемо сподіватися, що показники останніх факторів також знизяться.
- Структура копінг-стратегій покращиться: посиляться конструктивні когнітивні та поведінкові копінги та зменшиться частота використання неадаптивних емоційних копінгів.
- Ефективність програми буде підтверджена порівняльним аналізом, який виявить позитивну динаміку змін у психологічному стані військовослужбовців після психокорекційного втручання.

Експериментальна база дослідження

Дослідження проводилося на території військової частини Збройних Сил України (м. Київ) анонімно у період з грудня 2025 року по січень 2026 року включно за допомогою психодіагностичних методик, рекомендованих МОЗ України. У дослідженні взяли участь 80 військовослужбовців віком від 25 до 45 років, які мали досвід участі в бойових діях.

Апробація: Євтушенко Т. Вплив психокорекції на подолання посттравматичного розладу у військовослужбовців // Global of the 12th International scientific and practical Conference. "SPC Sci-conf.com.ua". Kuiv, Ukraine.2025. Pp 874-878. URL: <https://sci-conf.com.ua/xii-mizhnarodna-naukovo-practichna-konferentciya-global-trends-in-science-and-edukation-15-17-12-2025-kiyiv-ukraina-arhiv/>.

Структура дипломної роботи. Дана робота складається із вступної частини (вступу), основної частини, які поділяються на три розділи, а також із висновків, списку використаних джерел і додатків. Загальний обсяг роботи становить ____ аркушів.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПРОБЛЕМИ ВПЛИВУ ПСИХОТЕРАПІЇ НА ПОДОЛАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

1.1. Психологічна сутність та клінічні прояви посттравматичного стресового розладу

Проблема посттравматичного стресового розладу серед військовослужбовців є ключовою у сучасній військовій психології, а питання ефективності психокорекційних підходів активно досліджується багатьма науковцями. У межах українського наукового дискурсу істотний внесок у вивчення ПТСР зробили О. Хміляр, Н. Третяк, Т. Ларіонова, Н. Чепелева [18, 40, 50, 47], які детально аналізували психологічні наслідки бойового стресу, особливості психофізіологічного реагування військових та дієвість як індивідуальних, так і групових корекційних програм. Наприклад, О. Хміляр у праці «Психологічні наслідки бойового стресу», аналізує особливості виникнення та динаміку емоційно-когнітивних змін у військовослужбовців після бойових дій, особлива увага приділяється методам психологічної реабілітації та відновлення боєздатності військовослужбовця [47]. Н. Третяк у монографії «Психологічна реабілітація учасників бойових» дій описує

механізми відновлення та ефективність комплексних психокорекційних програм» [40]. Пані Т. Ларіонова у роботі «Травматичний стрес: прояви та шляхи подолання», виділяє ключові симптоми травматизації та аналізує вплив на функціонування особистості [18]. Пані Н. Чепелева у роботі «Когнітивні порушення при посттравматичному стресовому розладі», фокусує увагу на зміні мислення та поведінкових реакцій після травми [50]. Таким чином українські вчені акцентують увагу на тому, що психокорекція має охоплювати стабілізацію емоційного стану, а також формування навичок саморегуляції та відновлення когнітивних структур, які зазнають порушень унаслідок травматичних подій.

Серед зарубіжних експертів значний внесок зробили Бессел ван де Колк , який в роботі «The Body Keeps the Score», ґрунтовно дослідив нейропсихологічні механізми впливу травми на тіло та психику, довів важливість тілесноорієнтованих методів допомоги [76]. Една Фоа у роботі «Prolonged Exposure Therapy for PTSD» розробила модель емоційної переробки травматичного досвіду та показала ефективність протоколів пролонгованої експозиції [62]. Джудіт Герман у своїй праці «Trauma and Recovery» описала один із найбільш дієвих протоколів терапії розладу, та наголосила про важливості етапного підходу в психотерапії складних форм ПТСР [65]. Метью Фрідман у «Handbook of PTSD: Science and Practice» узагальнив сучасні підходи до діагностики та лікування розладу, включаючи роботу з військовими, а також проаналізував успішність когнітивно-поведінкових методів у реабілітації ветеранів [63].

Дослідження вітчизняних науковців О.С. Кочаряна та А.М. Скрипникова , які займаються питаннями реабілітації учасників бойових дій та вивченням динаміки ПТСР [6, 17], а також І.Д. Спиридонової та Т.М. Титаренко, які аналізують копінг-стратегії та ефективність програми психокорекції [38, 39] свідчать, що психокорекційні програми сприяють зниженню інтенсивності симптомів вторгнення, уникнення і гіперзбудження, полегшують інтеграцію травматичного досвіду та допомагають відновити функціональні копінг-

стратегії. Аналіз праць С.Д. Максименко, який розробляє комплексні програми психологічної допомоги, підтверджує, що найбільш ефективними є когнітивно-поведінкова терапія, методи експозиції, техніки з фокусом на травму, а також поєднання психоедукації з заходами для розвитку навичок саморегуляції [19]. Психокорекційна робота з військовослужбовцями потребує системного підходу, що враховує особливості бойового досвіду, високий рівень фізичного та емоційного виснаження, а також потребу у відновленні довіри до оточення, почуття контролю та здатності функціонувати адаптивно.

Постравматичний стресовий розлад є одним з найпоширеніших наслідків переживання екстремальних подій, що виходять за межі звичайного людського досвіду. Він характеризується стійкими психічними, емоційними й поведінковими змінами, які виникають унаслідок впливу психотравмувальної події, що супроводжується загрозою життя або здоров'ю людини чи інших осіб

У психологічному сенсі, ПТСР можна визначити як *порушення процесів психічної адаптації*, що проявляється у зниженні здатності людини інтегрувати травматичний досвід у власну життєву історію. Травматичний досвід фіксується в пам'яті фрагментарно, часто у вигляді сенсорних образів, емоцій або тілесних відчуттів, які надалі спонтанно відтворюються під впливом певних стимулів. Це викликає повторне переживання травми, відчуття страху, безпорадності чи провини. Психологічна сутність ПТСР полягає в *руйнуванні базових когнітивних схем*, що забезпечують відчуття безпеки, довіри до світу, власної цінності та передбачуваності життя. Після травматичної події ці уявлення зазнають змін: людина починає сприймати навколишній світ як небезпечний, інших людей - як потенційну загрозу, а себе - як безпорадну жертву.

У контексті військової діяльності цей механізм проявляється особливо яскраво. Військовослужбовці часто стискаються з ситуаціями, які вимагають високого рівня контролю, витримки та самозбереження. Тривале перебування в умовах бойових дій спричиняє *хронічну активацію системи стресу*, що з часом

виснажує адаптивні ресурси психіки. Як наслідок - виникає психоемоційна втома, порушення саморегуляції, депресивні та симптоми.

Розглянемо які бувають клінічні прояви посттравматичного стресового розладу. Відповідно до DSM-5, діагностичні критерії включають чотири основні кластери симптомів:

1. *Нав'язливе повторне переживання травми (інтрузії)*: спогади, сновидіння, флешбеки, які викликають сильну емоційну реакцію; відчуття, ніби подія відбувається знову; фізіологічне збудження при зіткненні з подразниками, що нагадують травматичну ситуацію.
2. *Уникання (avoidance)*: уникання людей, місць, розмов або діяльності, пов'язаної з травмою; відмова згадувати або обговорювати подію; звуження кола спілкування, соціальна ізоляція.
3. *Негативні зміни у когніціях і настрої*: постітне почуття провини, сорому або безнадії; перекручені уявлення про себе (я винен, я небезпечний), інших (ніхто не заслуговує на довіру), світ (світ ворожий); втрата інтересу до діяльності, що раніше приносила задоволення; емоційне оціпеніння, депресивні прояви.
4. *Підвищена збудливість (гіперзбудження)*: розлади сну (безсоння, нічні кошмари); надмірна настороженість, підвищена реакція перелягу; дративливість, агресивність; труднощі концентрації уваги.

Ці симптоми проявляються в когнітивній, емоційній та поведінкових сферах, наприклад, де військовий відчуває себе чужою в цивільному житті, але своїм серед військових (але тільки бойових), в нього занадто загострене почуття справедливості, тому він уникає конфліктів, бо боїться не впоратися з емоціями та наробити лиха, а в голові постійно прокручуються моменти з людьми, яких не вдалося врятувати, та коли алкоголь не допомагає, а зриває запобіжний клапан. Це представлено на рис. 1.1.



Рис.1.1 Прояви ПТСР.

Для військовослужбовців типовими є *комплексні форми ПТСР*, у яких поєднується симптоми тривоги, депресії, соматичних розладів та порушення міжособистісних стосунків. Про це писали в своїх роботах О. Хмиляр та Н. Чепелева [47, 50]. Часто спостерігається *алекситимія* - утруднення у розпізнаванні власних емоцій, що ускладнює психотерапевтичну роботу.

На нейробіологічному рівні ПТСР супроводжується *дисбалансом між активністю лімбічної системи та префронтальної кори*. Амигдала (центральна структура емоційної пам'яті) постійно активує реакцію страху навіть без реальної загрози, тоді як кора головного мозку, що відповідає за раціональну оцінку ситуації, не встигає гальмувати цей процес.

Марвін Цукерман у своїй «біосоціальній моделі» обґрунтовує, що розвиток ПТСР не є випадковим результатом впливу травми, а виступає висновком зустрічі екстремального стресора з генетично обумовленою вразливістю особистості [81]. Згідно з його дослідженнями, вроджений темперамент та особливості нейробіологічної конституції визначають порог чутливості ветерана до угрози. Ті індивіди, чия нервова система характеризується високою чутливістю до сигналів покарання, попадають у

групу ризику: їх організми в бойових умовах швидше переходить до стадії виснаження, що закладає фундамент до хронічного перебігу ПТСР.

Розвиваючи ці ідеї в українському науковому середовищі, Богдан Ткач акцентує увагу на нейропсихологічній архітектурі травми. Він розглядає ПТСР у військовослужбовців [41].

Хронічне підвищення рівня гормонів стресу (кортизолу, адреналіну) спричиняє порушення роботи серцево-судинної, імунної та ендокринної систем. Звідси походять численні *психосоматичні симптоми* - головні болі, безсоння, порушення апетиту, біль у грудях, тахікардія.

Дослідження Бессела ван дер Колка показують, що тривале перебування в бойових умовах змінює *нейрохімічну регуляцію мозку*, впливаючи на механізми пам'яті та сну. Це пояснює феномен "пастки травми" - коли людина не може звільнитися від травматичних спогадів навіть після завершення небезпеки [76].

Таким чином, досліджуємих нами розлад має певні психологічні наслідки для особистості. Посттравматичний досвід не лише викликає страждання, а й змінює структуру особистості. Людина може втратити відчуття сенсу життя, довіру до себе та інших, проявляти соціальну замкнутість або ворожість. З'являється схильність до самозвинувачення, що часто супроводжується *почуттям провини вижившиого*. Для військовослужбовців ці переживання мають специфічний характер: вони нерідко оцінюють себе через призму виконання військового обов'язку, честі, лояльності до побратимів. Нездатність запобігти втратам або пораненням товаришів може викликати глибокий внутрішній конфлікт, який призводить до *екзистенційної кризи*.

Пет Огден вважає, що комплексний ПТСР - це результат «незавершених захисних реакцій» [73]. Якщо в бою борець був не спроможний убігти або повноцінно дати отпір (завмер під обстрілом), то ця енергія заморожується у тілі в виді м'язових зажимів. Для комплексного розладу характерний стан відчуження від свого тіла, що доводить те, що тіло ветерана «зберігає історію». Тому ветерани постійно вилітають або у гіперзбудження (агресія, паніка), або у гіпозбудження (оцепеніння, депресія та дисоціація).

Підводячи підсумки, посттравматичний стресовий розлад - це комплексне психічне порушення, яке виникає як результат травматичного досвіду, що перевищує можливості психічної адаптації людини. Його сутність полягає у спотворенні когнітивних систем, порушенні емоційної регуляції та виникненні стійких реакцій уникання і гіперзбудження.

1.2. Особливості перебігу посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців

Посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців є складним психологічним явищем, яке характеризується специфічними особливостями, що виникають через природу бойового досвіду, вимоги військової дисципліни, специфіку професійної підготовки та морально-психологічний стан у колективі підрозділу.

У ветеранів бойових дій із проявами посттравматичного стресового розладу часто спостерігається викривлене сприйняття реальності, що формує надмірне почуття провини та сорому. О.В. Лазорко дослідила, що реактивна провина виникає як усвідомлення порушення внутрішніх, інтегрованих у свідомість норм поведінки. Це спричиняє глибокі емоційні переживання, які базуються на виражених симптомах депресії, відчутті безпорадності та підвищеній тривожності, що проявляється як деструктивна мобілізація. На рівні усвідомлення власних емоційних станів відбувається значне виснаження фізіологічних ресурсів організму, що паралізує здатність до будь-яких активних дій, у тому числі до задоволення базових життєвих потреб. У результаті поведінка часто стає схожою на самопокарання із знеціненням власної особистості.

Бойова діяльність потребує постійної готовності приймати ризики, контролювати емоції та діяти відповідно до наказів. Ці аспекти одночасно сприяють зміцненню стресостійкості, але водночас призводять до накопичення травматичних переживань.

Дослідження С.Д. Максименко [19] свідчать, що симптоми посттравматичного стресового розладу у військових виникають не як наслідок окремої події, а є результатом постійного впливу стресових факторів, таких як бойові дії, втрати, загроза життю, хронічна втома та моральні конфлікти. Цей феномен у психології визначають як комплексну травматизацію, що має затяжний перебіг і глибокі наслідки.

Психологічна структура ПТСР у військових часто поєднує декілька факторів, такі, як: *когнітивні зміни* (переконавання про власну неспроможність, ворожість світу); *емоційні реакції* (провина, сором, гнів, страх, безпорадність); *поведінкові наслідки* (уникання контактів, агресивні спалахи, зловживання алкоголем, зниження професійної мотивації).

ПТСР у військовослужбовців має не лише клінічний, а й глибокий соціально-психологічний вимір. Людина, яка повертається з війни, часто стикається з нерозумінням збоку суспільства, труднощами адаптації до мирного життя, втратою соціальної ролі. Відсутність належної підтримки може призвести до вторинної травматизації, зростання рівня самотності та відчуження. Особливо небезпечно, коли симптоми ПТСР залишаються непоміченими або неусвідомленими самими військовими. Це ускладнює своєчасне звернення за допомогою, поглиблює кризу і призводить до соціальної дезадаптації. Саме тому важливим завданням сучасної психології є *створення ефективної системи психотерапевтичної підтримки*, спрямованої не лише на лікування симптомів, а й на *відновлення цілісності особистості*.

Розвиваючи ідеї Марвіна Цукермана в українському науковому середовищі, Богдан Ткач акцентує увагу на нейропсихологічній архітектурі травми. Він розглядає ПТСР у військовослужбовців як дезінтеграцію нейроних мереж, де домінуючим фактором становиться «перехват» управління лімбічної системи над передфронтальною корою. У своїх працях Ткач підкреслює, що психологічна травма - це не тільки ментальний конструкт, але й фізичні зміни в способі обробки інформації мозком [41].

Так під якими факторами відбувається формування посттравматичного стресового розладу? Як правило на це впливає певна комбінація факторів. Від індивідуально-психологічних чинників, таких як: рівень емоційної стійкості, попередній досвід, особистісні ресурси, темперамент тощо, не уникаючи ситуаційні фактори: інтенсивність бойових дій, тривалість участі в них, реальний ризик, отримані поранення чи втрата побратимів, до соціальних складових: підтримка з боку командування та сім'ї, суспільне ставлення, а також умови для адаптації.

Особливе значення має початкова реакція на травматичну подію. У військовослужбовців, які пригнічують власні емоції або уникають проведення аналізу та переосмислення пережитого, ризик розвитку ПТСР значно підвищується.

Динаміка та етапи перебігу розладу у військовослужбовців декілько відрізняються від цивільних людей. У військових динаміка ПТСР значною мірою визначається тривалістю перебування в бойових умовах, інтенсивністю стресогенних факторів, наявністю ресурсів соціальної підтримки та індивідуальними копінг-стратегіями. У разі відсутності своєчасної психологічної допомоги прояви ПТСР можуть закріплюватися і переходити у хронічну форму, що супроводжується зниженням психоемоційної стабільності, порушенням поведінкових реакцій та погіршенням загальної якості життя. Сучасні українські дослідники та військові психіатри В.В.Кальниш, С.Д. Максименко, О.С. Кочарян [16, 17, 19] виділяють кілька послідовних етапів формування і прояву ПТСР у військових:

1. Гостра реакція на стрес (до 1 місяця): дезорієнтація, шок, емоційне оціпеніння.
2. Підгострий етап (1-3 місяці): депресивні стани, безсоння, уникання спілкування, нав'язливі спогади.
3. Хронічний етап (понад 3 місяці): депресивні стани, апатія, соціальна дезадаптація.

Але Олег Хмиляр [47] виділяє четвертий етап розвитку розладу - рецидивний перебіг, він вказує на те, що після періоду уявного благополуччя симптоми можуть повертатися через роки під впливом тригерів. Автор пояснює це деструктивною мобілізацією ресурсів організму, які виснажуються, призводячи до повторних спалахів хвороби.

На рецидивний перебіг може вплинути сенсibilізація (прогресуюча чутливість нервової системи до стресу), життєві кризи (втрата близьких або різка зміна звичного укладу життя) або фізіологічні фактори (використання певних медикаментів або накопичення хронічної втоми).

Марді Горовиць [67], автор книги «Stress Response Syndromes» описав динамічний цикл травми. він зазначав, що ПТСР не є лінійним процесом. Рецидиви відбуваються через коливання між фазою вторгнення (нав'язливі спогади) та фазою заперечення/оніміння. Коли захисні механізми психіки слабшають, людина знову провалюється у гострий стан, що фактично є рецидивом травматичного стресу.

Автор праць про гострий стрес та його перехід у ПТСР, Річард Браянт [60] приділяв увагу тому, що навіть після успішної терапії гострого стресового розладу, військові залишаються вразливими. Він описував рецидивний характер розладу у контексті «відкладеного ПТСР», коли нові стресові чинники активують стару нейронну мережу страху, спричиняючи повернення травми.

Специфічні прояви розладу у військовому середовищі має свої особливості: у порівнянні з цивільними, посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців мають відмінні характеристики, на які впливає екстремальні умови бойової діяльності, висока інтенсивність стресових факторів та особливості військового середовища. Тому розлад має кілька особливостей від проявів розладу у цивільних осіб, таких як: підвищений рівень самоконтролю (військові в основному стримують емоції, а це може привести до їхнього відображення у фізичних симптомах); синдром провини вижившого (сильні переживання через втрату побратимів та почуття власної недостойності продовжувати жити); проблеми з адаптацією (схильність до

ізоляції, брак довіри та труднощі в інтеграції до мирного суспільства); коморбідність (часто супроводжується депресією, тривожними розладами чи залежностями); феномен бойової ідентичності (сприйняття себе виключно через роль "воїна"). Це пояснює військовий психолог Олег Блінов у монографії «Психологія боєвої психічної травми» [1]. Автор аналізує ПТСР не як загальний психічний розлад, а як результат деформації особистості під впливом бойового стресу та виділяє три середовища проявлення стресу: бойове (діяльнісне), соціальне (внутрішньогрупове) та внутрішнє (індивідуально-особистісне).

Проаналізуємо український контекст перебігу розладу. В умовах сучасної війни в Україні, ПТСР серед військових набуває масового характеру, тому що напряду залежить від масштабності та безперервності бойових дій, їх тривалості та відсутності стабільного відпочинку. Хронічне перевантаження та нестача ресурсів поглиблюють психоемоційне виснаження. Симптоми трішки схожі на емоційне виснаження, але тривале перебування у зоні бойових дій, часте повторне повернення на фронт та недостатні інтервали для психологічного відновлення призводять до формування комплексних та повторювальних травм, що супроводжується складними симптомами - від затяжних депресивних станів до соматизованих розладів. У той же час впровадження ветеранських ініціатив і програм психологічної підтримки сприяє розвитку посттравматичного зростання, допомагаючи людині знайти новий сенс життя після пережитих труднощів.

Наслідки перебігу посттравматичного стресового розладу мають катастрофічний масштаб. Перебіг ПТСР має повний спектр негативних наслідків, які охоплюють майже усі сфери життя особистості: психологічну, емоційну, когнітивну, поведінкову та соціальну. У військовослужбовців наслідки посилюються із-за складнощів в адаптації після повернення з бойових дій. Хронічний розлад може спричинити емоційне виснаження, зниження здатності до емпатії, зміну моральних цінностей (прояви цинізму чи

байдужості), появу апатії або схильність до ризикованої поведінки, а також зменшення професійної мотивації.

Отже, без належної психотерапевтичної підтримки, розлад може перейти в хронічну форму і стати причиною стійких змін у особистості. Для військовослужбовців ПТСР є особливо серйозним і поширеним станом, адже бойовий досвід створює унікальні моделі переживання травми. Ґрунтовне дослідження клінічних проявів та психологічних механізмів розладу становить основу для розробки спеціалізованих психотерапевтичних та психокорекційних програм, створених сприяти реабілітації та успішній адаптації військових до умов мирного життя.

Таким чином, перебіг розладу у військовослужбовців вирізняється високою інтенсивністю, тривалим характером і специфічними особливостями, пов'язаними з бойовим досвідом, стресами війни та соціальними чинниками. Розуміння цих закономірностей є ключем до створення ефективних терапевтичних методик, які допомагатимуть подолати наслідки травми і забезпечити належну адаптацію військових після повернення до цивільного життя.

1.3. Сучасні підходи до психологічної допомоги при посттравматичному стресовому розладі

Загальні підходи до психотерапії посттравматичного стресового розладу мають комплексний та поетапний характер, який спрямований на стабілізацію психоемоційного стану, зниження інтенсивності симптомів збудження та поступову інтеграцію травматичного досвіду в цілісну структуру особистості. Згідно з дослідженнями О.С. Кочаряна та С.Д. Максименко [17, 19], такі підходи мають наступні ключові характеристики: трамофокусованість, де пріоритет надається методам, які безпосередньо працюють із травматичним

спогадом, що на сьогодні вважається «золотим стандартом»; нейробіологічне обґрунтування, де терапія спрямована на відновлення балансу між емоційним мозком (лімбічною системою) та раціональним мозком (перифронтальною корою), щоб зменшити реактивність амігдали; етапність, де робота починається зі створення безпечного середовища та стабілізації (навчання навичкам саморегуляції), і лише потім переходить до опрацювання самої травми; акцент на копінг-стратегіях, де важливим аспектом є заміна дезадаптивних стратегій на активні методи подолання стресу та соціальну підтримку; профілактика рецидивів, де підходи враховують можливість повернення симптомів через роки під впливом тригерів, тому терапія включає підготовку клієнта до розпізнавання та нейтралізації таких «пускових механізмів» у майбутньому.

Психотерапія - є ключовим методом роботи з ПТСР, оскільки вона допомагає людині переосмислити травматичний досвід, знизити інтенсивність симптомів і відновити адаптивні механізми психіки. На відміну від медикаментозного лікування, психотерапія спрямована не тільки на полегшення симптомів, але й на глибоку зміну ставлення до пережитого, а також на формування нових когнітивних і поведінкових стратегій.

Сучасна психологічна практика базується на багаторівневому підході, що охоплює індивідуальну, групову та сімейну терапію, кризове консультування, релаксаційні методи, арт-терапію, гіпнотерапію, тілесноорієнтовані техніки, а також когнітивно-поведінкові прийоми.

Основна мета когнітивно-поведінкової терапії (далі - КПТ) полягає в наданні допомоги людині шляхом: усвідомлення спотворених переконань, сформованих через травматичний досвід (наприклад, почуття власної слабкості чи небезпеки для інших); зміни емоційних реакцій за допомогою когнітивної реструктуризації; зменшення уникання ситуацій, які асоціюються з травмою; відновлення відчуття контролю над своїм життям.

Одним із ключових елементів КПТ є експозиційна терапія, що передбачає поступове й контрольоване опрацювання травматичних спогадів для зниження інтенсивності емоційних реакцій.

Дослідження Н.Г. Пшук [10], Патрісії Ресик [86] показують, що тривалі терапевтичні програми КПТ, які зазвичай охоплюють 10–12 сесій, здатні скоротити симптоми ПТСР на 60–80% за умови регулярної роботи з фахівцем.

Метод десенсибілізації та репроцесінгу за допомогою рухів очей (EMDR, Eye Movement Desensitization and Reprocessing) є однією з найефективніших сучасних технік, рекомендованих Всесвітньою організацією охорони здоров'я.

Основна ідея методу полягає в активації природних механізмів обробки інформації через рухи очей або двусторонню стимуляцію. Це сприяє тому, що мозок інтегрує травматичні спогади в систему звичайних, не обтяжених болем спогадів. Процедура терапії включає кілька етапів: від визначення ключового травматичного образу до поступового ослаблення емоційної напруги. У процесі клієнт одночасно зосереджується на травматичному спогаді та виконує серію контрольованих рухів очима. Такий підхід активує обидві півкулі мозку, що допомагає здійснити природний “перезапис” емоційної пам'яті.

У контексті роботи з військовими, EMDR показує особливу ефективність: метод дозволяє швидко зменшити інтенсивність флешбеків, нічних кошмарів, відчуття провини та гіперзбудження.

Метод Cognitive Processing Therapy (CPT), який розробила Патрісія Ресик [86], метод EMDR, запропонований Френсісом Шапіро [82] та метод Пролонгованої експозиції, який належить Едні Фоа [62] входять в велику трійку методів лікування ПТСР з доведеною ефективністю.

Психодинамічний підхід у терапії посттравматичного стресового розладу спрямований на переосмислення глибинних внутрішніх конфліктів, які виникли в результаті травматичної події. Основною метою такої терапії є інтеграція травматичного досвіду у загальну структуру особистої історії, не придушуючи його, а навпаки - усвідомлюючи і приймаючи як невід'ємну частину свого життя.

У протилежність цьому, гуманістичні підходи акцентують увагу на внутрішніх ресурсах особистості, її здатності до самоцілення та саморозвитку. Застосовуються техніки клієнт-центрованої терапії (розробленої К. Роджерсом),

гештальт-терапія, а також логотерапія (заснована В. Франклом). Ці методи спрямовані на те, щоб допомогти людині осмислити пережиту травму, знайти у ній сенс та відновити почуття власної значущості. В контексті роботи з військовими ці підходи часто впроваджуються на стадії посттравматичного зростання. На цьому етапі основне завдання полягає не лише у подоланні болю та психологічних травм, але й у формуванні нових життєвих цілей і орієнтирів.

Групова терапія забезпечує безпечний простір, де військовослужбовці можуть відкрито говорити про свій досвід, розуміючи, що їхній біль не є чимось унікальним чи ганебним. Заняття в групах підсилює почуття приналежності, дає досвід "нормальності" переживань, створює місто для проживання емоцій тому що на них можна говорити про травму без оцінювання. Вона сприяє зменшенню ізоляції, формуванню емпатії, зміцненню довіри та покращенню самооцінки. Підтримує саморегуляцію та навички подолання, адже груповий формат дає змогу вчитися на прикладах інших, тренувати техніки стабілізації, бачити ефективні способи повернення до соціального життя. Підходи до групової роботи з ветеранами, які включають роз'яснення природи ПТСР (психоосвіту) та тренінги саморегуляції, описані в працях С.Д. Максименко (сумісно з А.М. Грись). Наприклад, в праці "Практика роботи психологів із запитами військовослужбовців" [19], вони підкреслюють необхідність комплексної психологічної реабілітації. Їх підхід включає: психоосвіту (групові заняття по роз'ясненню фізіологічних та психологічних механізмів травми, щоб знизити почуття провини та ненормальності) та тренінги саморегуляції (групової практики методів зняття напруги: аутотренінг, м'язова релаксація для управління симптомами збудження).

Автори посібника "Техніки психотерапії при ПТСР" Н.О. Дзеружинська та О.Г. Сироп'ятов відокремлюють раціональну психотерапію (роз'яснення клієнту причин та механізмів розладу) та групові тренінги (навчання навичкам психічної саморегуляції у форматі короткотермінових групових сесій) [37]. Такі програми мають наступні основні елементи: інформаційний блок з лекціями про те, як мозок реагує на бойовий стрес (амигдала, предфронтальна кора),

практичний блок з груповими вправами по управлінню диханням та м'язовим тонусом та блок соціальної інтеграції з груповою підтримкою для відновлення почуття приналежності та довіри.

Тому можна зробити висновок, що до групових підходів у роботі з ветеранами можуть входити: психоосвітні заняття, спрямовані на роз'яснення природи посттравматичного стресового розладу; тренінги для розвитку навичок емоційної саморегуляції; арт-терапевтичні практики; групи взаємопідтримки, побудовані на принципі "рівний рівному".

В Україні стає дедалі більше ветеранських центрів, які поєднують групові заняття з консультативною допомогою психологів та психотерапевтів (Ветеран Хаб, Мілітарі Хаб, обласні центри помочі Захисникам України, міські палаци ветеранів). Групова робота з ветеранами має свою специфіку: високу потребу через масштаб війни (групи дозволяють охопити більше людей); доступність, так як реалізуються через громадські організації, ветеранські простори, міжнародні проєкти; відновлення громад та взаємодопомоги - ветерани самі створюють спільноти, які функціонують поза межами офіційної психотерапії; психоосвітній ефект - групи формують навички контролю стресу, а головне - знижують ризики залежностей.

Спеціалісти НП соціальної та судової психіатрії: В.Г. Безшейко, В.І. Осьодло, Б.М. Матяш вважають, що групова терапія має на ветеранів не тільки психологічний вплив: покращення сну та емоційної стабільності на фоні зниження тривоги та депресії, а головне і соціальний вплив [21]. Тому що відновлення довіри до людей, покращення сімейних стосунків, зростання соціальної активності (підвищення готовності до навчання, роботи, волонтерства) сприяють інтеграції до буденного життя. Таким чином групові заняття становляться профілактикою криз та знижують ризики ізоляції, агресивної поведінки, суїцидальних думок, а головне - **зловживання психоактивними речовинами**. Ще вони більш ефективні завдяки можливості зворотного зв'язку від "таких самих", а це інколи впливає сильніше за слова та

дії терапевта. Сформована в результаті сумісної праці модель взаємопідтримки у групах - саме те, що нагадує військове братство.

Розглянемо інтегративні та тілесноорієнтовані методи: сучасна психотерапія все частіше використовує інтегративний підхід, який поєднує такі методики, як когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), EMDR, арт-терапія, тілесноорієнтована терапія та практики майндфулнес. Наприклад, тілесноорієнтована терапія, методика Somatic Experiencing, розроблена Пітером Левіном [71] , спрямована на відновлення природних реакцій тіла на стрес. Ця методика дозволяє вивільнити заблоковану енергію, що накопичується внаслідок травматичного досвіду.

Подібні підходи є особливо ефективними для військових, у яких травматичний досвід часто проявляється через фізичні симптоми, такі як хронічна напруга, біль або проблеми зі сном. Практики майндфулнес і дихальні техніки сприяють розвитку навичок саморегуляції, зниженню рівня тривоги та поверненню відчуття безпеки.

Таким чином, сучасні методи лікування посттравматичного стресового розладу ґрунтуються на принципах комплексності, гуманізму та науково доведеної ефективності. Найбільшу результативність демонструють когнітивно-поведінкова терапія та EMDR, які доповнюються такими підходами, як психодинамічний, гуманістичний, тілесно-орієнтований і груповий. Вибір методу залежить від індивідуальних особливостей клієнта, рівня травматизації та наявності соціальної підтримки. Для військовослужбовців особливо важливе поєднання фахової терапії з підтримкою з боку побратимів, родини та спільноти.

Висновки до першого розділу

У першому розділі магістерської роботи проведено теоретичний аналіз наукових підходів до дослідження посттравматичного стресового розладу та визначено психотерапевтичні принципи його подолання у військовослужбовців.

ПТСР - є складним психологічним станом, що виникає внаслідок дії потужних травматичних чинників, які становлять загрозу життю, фізичному чи психологічному благополуччю людини. У результаті аналізу наукових джерел було з'ясовано, що досліджуємиий нами розглядається як реакція особистості на психотравматичний досвід, який порушує відчуття безпеки, стабільності та цілісності Я-концепції. Класичні дослідження (В. Van der Kolk, J. Herman, С. Figley, О. Кочарян) свідчать про те, що розлад супроводжується тривалими симптомами, зокрема когнітивними спотвореннями, емоційною гіперзбудливістю, униканням травматичних спогадів і соматичними реакціями.

Виявлено, що у військовослужбовців ПТСР має специфічний перебіг через особливості бойового досвіду. Постійний стан небезпеки, відчуття втрати контролю, фізичне виснаження, смерть побратимів, а також синдром вини вижившого створюють глибокі психотравми. Ці травми проявляються у вигляді підвищеної тривожності, агресивності, порушень сну, депресивних і obsесивних симптомів. Після повернення до мирного життя військові часто стикаються з труднощами соціальної реадaptaції, зниженням мотивації, проблемами у комунікації та відчуженням.

Дослідження свідчать, що реакції військових на травму мають не лише клінічний, але й соціально-психологічний характер. У них формується специфічна бойова ідентичність, яка після демобілізації може викликати внутрішній конфлікт. Це підтверджує важливість комплексного підходу до психотерапевтичного втручання, де слід враховувати як персональні, так і соціальні аспекти реагування на стрес.

Аналіз сучасних психотерапевтичних методів показує, що найбільш дієвими у боротьбі з посттравматичним стресовим розладом є когнітивно-поведінкова терапія, експозиційна терапія, метод десенсибілізації та переробки травматичного досвіду рухами очей (EMDR), тілесноорієнтована терапія та арт-терапія. Ці підходи спрямовані на осмислення пережитої травми, зменшення емоційного навантаження, побудову нових когнітивних установок та розвиток навичок саморегуляції.

Особливе значення серед психотерапевтичних підходів має когнітивно-поведінкова терапія, яка показала високу ефективність у роботі з військовими. Її перевага полягає у структурованості, чіткій орієнтації на визначені цілі та можливості поступового повернення відчуття контролю над власним життям. Додатково позитивний вплив забезпечують елементи релаксації, дихальні практики та візуалізація, які допомагають зменшити соматичні прояви стресу.

Теоретичний аналіз дозволяє заключити, що психотерапія відіграє ключову роль у подоланні посттравматичного стресового розладу. Вона сприяє інтеграції травматичного досвіду в особистість без руйнівного ефекту. Використання комплексного підходу у терапії стимулює формування нових моделей мислення, повернення почуття безпеки та довіри до себе й оточуючих, а також підвищує здатність військовослужбовця адаптуватися до життя у постстресових умовах.

Узагальнюючи, можна сказати, що:

1. Посттравматичний стресовий розлад - це складна багатогранна реакція особистості на психотравмуючі події, яка вимагає тривалої та систематичної психологічної підтримки.
2. У військових, ПТСР має особливу специфіку, пов'язану з бойовим досвідом і соціальними чинниками адаптації.
3. Психотерапія є дієвим методом для подолання посттравматичних наслідків, сприяючи відновленню психологічної рівноваги, адекватної самооцінки й внутрішнього почуття контролю.

Особливо ефективними методиками є когнітивно-поведінкові, експозиційні, тілесно-орієнтовані та арт-терапевтичні. Вони передбачають роботу з мисленням, емоційними проявами, фізичними реакціями та міжособистісними зв'язками.

Таким чином, у першому розділі роботи ми сформуваємо теоретичне підґрунтя для подальшого емпіричного аналізу особливостей симптомів ПТСР серед військовослужбовців (РОЗДІЛ 2), а також розробки практичних психокорекційних стратегій їх подолання та аналізу їх ефективності (РОЗДІЛ3).

РОЗДІЛ 2

ЕМПЕРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ СИМПТОМІВ РОЗЛАДІВ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

2.1. Методологічне забезпечення дослідження особливостей симптомів посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців

Дослідження здійснювалося в реальному режимі серед військовослужбовців військової частини Збройних Сил України (анонімно) в період з грудня 2025 року січень 2026 року включно шляхом анкетування респондентів, обробки результатів тестів, подальшої психокорекції та порівняння результатів. Психокорекція за розробленою програмою проводилася два рази на тиждень по 45 хвилин.

Вибірка респондентів становила вісімдесят осіб віком від 25 до 45 років. Для здійснення аналізу особливостей симптомів ПТСР були використані наступні методи дослідження:

1. Шкала оцінювання тривоги Гамільтона (HAM-A)
2. Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS)
3. Опитувальник симптомів ПТСР PCL-5 (PTSD CHECKLIST)
4. Шкала оцінки впливу травматичної події — переглянута (IOES-R)
5. Методика психологічної діагностики копінг-механізмів Е. Heim (в адаптації Л.І. Васермана)

Розглянемо детальніше характеристики кожної методики.

Методика А. *Шкала тривоги Гамільтона* (M. Hamilton, 1959) - клінічна рейтингова шкала, призначена для вимірювання тяжкості тривожних розладів пацієнтів. Вона створена на основі ретельного аналізу даних. Складається з 14

пунктів, кожен з яких оцінюється за шкалою Лайкерта від 0 до 4 балів. 13 пунктів стосуються проявів тривоги у щоденному житті, а 14 — тривоги під час огляду.

Матеріальне обладнання: бланк опитувальника, ручка.

Дослідження можна проводити з одним чи групою респондентів.

Досліджуваним роздають бланк опитувальника з віконцями для варіантів відповідей, в яких пропонують позначити галочкою відповідний номер, який становить тяжкість.

0 = відсутня, 1 = легка, 2 = помірна, 3 = тяжка, 4 = дуже тяжка.

Загальний бал відображає рівень тяжкості тривожного розладу. Для підрахунку потрібно додати бали за всіма пунктами.

Загальна оцінка:

6 балів і менше - відсутність проявів тривоги;

від 7 до 13 балів - зона можливого ризику тривожного розладу;

від 14 до 20 балів - легкий ступень тривоги;

від 21 до 28 балів - середня виразність тривожного розладу;

від 29 і вище - тяжкий тривожний розлад.

Бланк опитувальника наведено у *Додатку 1*.

Метою обробки результатів є отримання процентної кількості осіб, які мають різні ступені тривожного розладу для вибірки осіб для подальшого дослідження.

Методика Б. *Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS)* (Зігмонд та Снайт, 1983) належить до суб'єктивних методик та використовується для скринінгової діагностики та оцінки тяжкості симптомів депресії та тривоги.

Матеріальне обладнання: бланк опитувальника, ручка.

Дослідження можна проводити з одним чи групою респондентів, щоб порівняти рівні тривоги і депресії між собою.

Досліджувальним роздають бланк опитувальника, в яких пропонують обвести кружечком відповідну цифру ліворуч біля варіанту відповіді, який найбільш відповідає тому, як себе почував пацієнт минулого тижня. Орієнтовний час заповнення 20 хвилин.

Шкала складена з 14 тверджень, які обслуговують дві підшкали:

- підшкала А - тривога: непарні пункти 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13;
- підшкала D - депресія: парні пункти 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14.

Кожному твердженню відповідають 4 варіанти відповіді, що відображають ступень наростання симптоматики, - градації вираженості ознаки, і кодуються за наростанням тяжкості симптому від 0 балів (відсутність) до 4 (максимальна вираженість).

Критерії опрацювання проводяться за кожною підшкалою, за результатами яких визначають:

- 0 - 7 балів - норма;
- 8 - 10 балів - субклінічний рівень тривоги/депресії;
- 11 балів та вище - клінічно виражена тривога та депресія.

Бланк опитувальника наведено у *Додатку 2*.

Мета обробки результатів — наочно побачити рівень тривоги та рівень депресії у досліджуваних та порівняти з результатами після проведення психокорекції.

Методика В. *Опитувальник PCL-5* використовується для скринінгу ПТСР.

Матеріальне обладнання: бланк опитувальника, ручка.

Дослідження можна проводити з одним чи групою респондентів.

Досліджуваним роздають бланк опитувальника та пропонують позначити, наскільки проблеми, перелічені у бланку, турбували респондентів останнього місяця.

Питання за цією шкалою відображають відповідні кластери симптомів ПТСР згідно із кваліфікацією DSM-5:

- Критерій А — описання травматичної події.

- Критерій В, симптом інтрузії — з 1 по 7 запитання.
- Критерій С, симптоми уникнення — 6 та 7 запитання.
- Критерій D, негативні думки та емоції -тз 8 по 14 запитання.
- Критерій Е, симптоми надмірної реактивності — 15-20 запитання.

Мінімально можливий бал — 0, максимально можливий — 80. Для діагнозу ПТСР наявність експозиції до травматичної події є обов'язковою.

Існує два підходи щодо інтерпретації результатів. Клінічно значущими симптоми вважаються, якщо:

1. Підрахунок по кластерах симптомів. Пацієнт відповідає на 2+ балів по одному запитанню із критеріїв В та С, на два запитання - критеріїв D та Е.
2. Підрахунок загальної кількості балів. Пацієнт загалом набирає 33 або більше балів.

Бланк опитувальника наведено у *Додатку 3*.

Мета обробки результатів — впевнитися у наявності ПТСР та порівняти з результатом після психокорекції за вищепереліченими симптомами.

Методика Г. *Шкала оцінки впливу травматичної події – переглянута (IOES-R)*

спрямована на виявлення симптомів ПТСР і оцінку ступеня їх вираженості.

Матеріальне обладнання: реєстраційний бланк, ручка.

Дослідження можна проводити з одним чи групою респондентів.

Досліджуваним роздають бланк з твердженнями та пропонують вибрати тільки одну відповідь на кожне твердження, зробивши позначку у відповідній клітинці реєстраційного бланку. Уточнюють, що перераховані симптоми стосуються самопочуття за останній тиждень.

Шкала містить 22 пункти, які усі мають пряме значення.

Субшкала *вторгнення*: сума балів пунктів 1, 2, 3, 6, 9, 16, 20.

Субшкала *уникнення*: сума балів пунктів 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22.

Субшкала *збудливість*: сума балів пунктів 4, 10, 14, 15, 18, 19, 21.

Фактор *вторгнення* при ПТСР — це один із симптомів, що включає нав'язливі, мимовільні та тривожні спогади, а також повторювальні кошмари про травматичну подію. Цей симптом характеризується, що минуле тримає людину і може проявлятися у вигляді інтенсивного психологічного або фізіологічного дистресу, коли щось нагадує про травму. Цей симптом характеризується відчуттям. Що минуле тримає людину, і може проявлятися у вигляді інтенсивного психологічного або фізіологічного дистресу, коли щось нагадує про травму.

Фактор *уникання* при ПТСР — це поведінкова реакція, що полягає у спробах уникнути будь-яких нагадувань про травматичну подію: думок, почуттів, людей, місць чи активностей, які можуть викликати спогади.

Це одна з ключових ознак розладу, яка заважає пропрацювати травму і може призводити до емоційної відстороненості, ізоляції та зловживання психоактивними речовинами.

Фактор *збудливості* при ПТСР — це симптоми підвищеної настороженості, дратівливості та надмірної реакції на подразники. Вони проявляються у вигляді проблем зі сном, спалахів гніву, труднощів із концентрацією уваги, постійної настороженості та надмірної пильності, а також гіпертрофованої реакції переляку на звичайні звуки, такі як гучний голос або дотик.

Значення за кожною субшкалою отримується шляхом простого підсумування відповідей згідно з ключем. Кожен пункт оцінюється так: ніколи — 1 бал; зрідка — 1 бал, інколи — 3 бали, часто — 5 балів.

Бланк опитувальника наведено у *Додатку 4*.

Мета дослідження полягає у порівнянні симптомів до і після психокорекції резидентів. Які симптоми преобладають в звичайному стані, та як вони змінюються після проходження програми корекції.

Методика *Д психологічної діагностики копінг-механізмів Е. НЕІМ* (в адаптації Л.І. Васермана) це скринінгова методика, що надає змогу 26

ситуаційно-специфічних варіантів копіngu, розподілених відповідно до трьох основних сфер психічної діяльності на когнітивній, емоційній і поведінковій копінг-механізми. Методика адаптована до лабораторії клінічної психології Психоневрологічного інституту В.М. Бехтерева, під керівництвом д. м. н. професора Л.І. Васермана.

Метою дослідження було вивчення копінг-поведінки осіб для уточнення їхньої ролі в генезі; також вивчення неадаптивних форм копінг-стратегій в осіб, що у стресових ситуаціях, для корекції їх поведінки. Проведення групової психокорекції, в ході якої виявляються неадаптивні форми копінг-стратегій для подальшої їх корекції та формування адаптивної копінг-поведінки. Складання психопрофілактичної програми з урахуванням формування адаптивних форм копінг-поведінки як для здорових осіб, так і для хворих на межові нервово-психічні розлади.

Матеріальне обладнання: бланк тест-методики, ручка.

Досліджуванам пропонують згадати, як вони найчастіше вирішують ситуації, що потребують сильного емоційного напруження і обвести в тесті з твердженнями, що стосуються особливостей їх поведінки, номер відповіді, що їм підходить. Важлива перша реакція, довго роздумувати не рекомендують.

Бланк тесту-методики з твердженнями наведено у *Додатку 4*, а інтерпретація відповідей для обробки результатів наведено в таблиці 2.1

Таблиця 2.1

Інтерпретація відповідей для обробки результатів:

Когнітивні копінг-стратегії	Емоційні копінг-стратегії	Поведінкові копінг-стратегії
А	Б	В
1. Ігнорування	1. Протест	1. Відволікання
2. Покора	2. Емоційна розрядка	2. Альтруїзм
3. Дисимуляція	3. Придушення емоцій	3. Активне уникнення
4. Збереження	4. Оптимізм	4. Компенсація

самовладання	5. Пасивна кооперація	5. Конструктивна активність
5. Проблемний аналіз	6. Покірність	6. Відступ
6. Відносність	7. Самозвинувачення	7. Співпраця
7. Релігійність	8. Агресивність	8. Звернення
8. Розгубленість		
9. Надання сенсу		
10. Встановлення власної цінності		

Далі надамо роз'яснення:

1. *Адаптивні когнітивні копінг-стратегії* — форми поведінки, спрямовані на аналіз труднощів і можливих шляхів їх подолання, підвищення самооцінки і самоконтролю, усвідомлення власної цінності як особистості, віра у власні ресурси у подоланні важких ситуацій.

2. *Адаптивні емоційні копінг-стратегії* — емоційний стан з активним обуренням і протестом щодо труднощів та впевненістю у наявності виходу із будь-якої, навіть найскладнішої, ситуації.

3. *Адаптивні поведінкові стратегії* — така поведінка особистості, коли вона співпрацює зі значимими (більш досвідченими) людьми, шукає підтримки в найближчому соціальному оточенні або сама пропонує її близьким для подолання труднощів.

4. *Неадаптивні когнітивні копінг-стратегії* — пасивні форми поведінки з відмовою від подолання труднощів через невіру у свої сили та інтелектуальні здібності, з умисною недооцінкою власних можливостей.

5. *Неадаптивні емоційні копінг-стратегії* — варіанти поведінки, які характеризуються пригніченим емоційним станом, відчуття безнадійності, покірності, переживанням злості та звинуваченням себе і інших.

6. *Неадаптивні поведінкові стратегії* — поведінка, яка передбачає уникнення думок про неприємності, пасивність, усамітнення, прагнення не вступати в активні інтерперсональні контакти, відмова від вирішення проблем.

7. *Відносно адаптивні копінг-стратегії* — такі, конструктивність яких залежить від значущості та вираженості ситуацій подолання.

8. *Відносно адаптивні когнітивні копінг-стратегії* - форми поведінки, спрямовані на оцінку труднощів пов'язано з іншими, надання особливого сенсу їх подолання, віра в Бога і стійкість у вірі при зіткненні зі складними проблемами.

9. *Відносно адаптивні емоційні копінг-стратегії* — поведінка. Спрямована на зняття напруги, пов'язаної з проблемами, емоційним відреагуванням або покладання відповідальності за вирішення труднощів на інших осіб.

10. *Відносно адаптивні поведінкові копінг-стратегії* — поведінка, що характеризується прагненням до тимчасового відходу для вирішення проблем за допомогою алкоголю, лікарських засобів, занурення в улюблену справу, подорожі, реалізації своїх заповітних бажань.

Відношення варіантів відповідей до виду копінг-стратегій наведено в таблиці 2.2

Таблиця 2.2

Відношення варіантів відповідей до виду копінг-стратегій

Копінг-стратегії	Адаптивні	Неадаптивні	Відносно адаптивні
Когнітивні	(A5) Проблемний аналіз (A10) Встановлення власної цінності (A4) Збереження самовладання	(A2) Покора (A3) Дисимуляція (A1) Ігнорування (A8) Розгубленість	(A6) Відносність (A7) Релігійність (A9) Надання сенсу

Емоційні	(Б1) Протест (Б4) Оптимізм	(Б3) Придушення емоційна (Б6) Покірність (Б7) Самозвинувачення (Б8) Агресивність	(Б2) Емоційна розрядка (Б5) Пасивна кооперація
Поведінкові	(В2) Альтруїзм (В7) Співпраця (В8) Звернення	(В3) Активне уникнення (В6) Відступ)	(В1) Відволікання (В4) Компенсація (В5) Конструктивна активність

Мета обробки результатів полягає у виявленні домінуючих копінг-механізмів військовослужбовців, визначенні співвідношення когнітивних, емоційних та поведінкових стратегій подолання стресу, а також у встановленні їхнього зв'язку з інтенсивністю симптомів ПТСР.

На основі отриманих даних з'являється можливість встановити зв'язок між типами копінгів та рівнем ПТСР, визначити: які стратегії сприяють адаптації, а які - поглиблюють симптоматику. Оцінити ефективність психокорекційної програми через зміну у структурі копінгів до і після терапії.

Оптимальним підходом до надання допомоги людям після отримання ними потенційного травматичного досвіду - є емоційна підтримка та заохочення до використання адаптивних копінг-стратегій.

2.2. Аналіз результатів дослідження особливостей симптомів посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців

Дослідження проводилося на основі методик, описаних у попередньому розділі дипломної роботи. Кожній особі було запропоновано 5 тестів з відповідним завданням. Далі будуть описані результати кожного їх них.

Методика А

Методика А була приведена для визначення кількості проценту осіб, які мають тривожний розлад, щоб зробити вибірку респондентів для подальшого дослідження. Отримані результати наведені в таблиці 2.3

Таблиця 2.3

Рівень тяжкості тривожного розладу за методикою НАМ-А
(складено автором)

Рівень	Бали	Експериментальна група	
		Кількість осіб	%
Відсутній	0-6	8	10
Зона можливого розладу	7-13	12	15
Легкий ступень тривожного розладу	14-20	24	30
Середня виразність тривоги	21-28	36	45
Тяжкий тривожний розлад	29-56	0	0

Відсоткове співвідношення отримання результатів зображено на рис.2.1

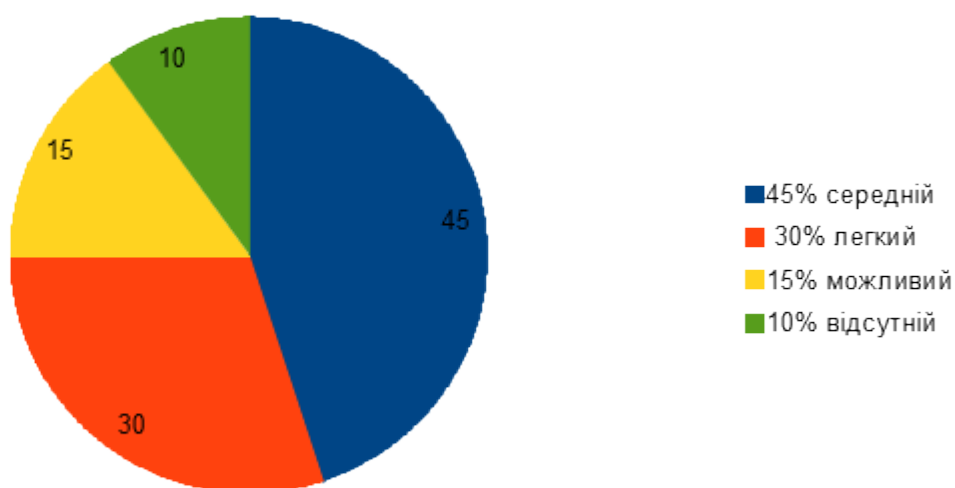


Рис. 2.1. Співвідношення ступеню вираженості тривожного розладу за методикою НАМ-А.

Отже, як видно з таблиці 2.3. та рис. 2.1. що майже всі респонденти мають тривожний розлад, але на щастя, тяжкого розладу не виявлено зовсім, у 10% він зовсім відсутній, але в зону можливого розладу попали 15%. Легкий ступень виявлено у 30% досліджувальних, а середній - у 45%. Ці дві категорії нас і цікавлять, ми будемо їх досліджувати далі, щоб досягнути загальної мети всього дослідження - з'ясувати, які саме фактори ПТСР більш притаманні військовослужбовцям, та як вони трансформуються в процесі психокорекції.

Методика Б

Методика Б була приведена для оцінювання емоційного стану та визначення рівнів тривоги та депресії у досліджувальних. Для зручності ми об'єднали у одну таблицю показники осіб і з рівнем симптомів тривоги і з рівнем симптомів депресії.

Отримані результати наведені в таблиці 2.4

Таблиця 2.4

Рівень тривоги/депресії за методикою HADS (складено автором)

Рівень	Бали	Кількість осіб з симптомами тривоги	%	Кількість осіб з симптомами депресії	%
норма	0-7	12	20	18	25
субклінічний	8-10	48	80	42	75

Аналіз отриманих даних показав високий рівень емоційного дистресу серед учасників вибірки. Показники шкали тривоги свідчать про перевантаження підвищеної тривожності у більшості військовослужбовців, що є характерним наслідком пережитого бойового стресу. Спостерігається домінуючий рівень депресивної симптоматики, що також є типовим компонентом ПТСР, відображаючи виснаження ресурсів та зниження емоційного фону.

Відсоткове співвідношення рівнів тривоги та депресії субклінічного рівня проти рівня норми відображене на рисунку 2.2.

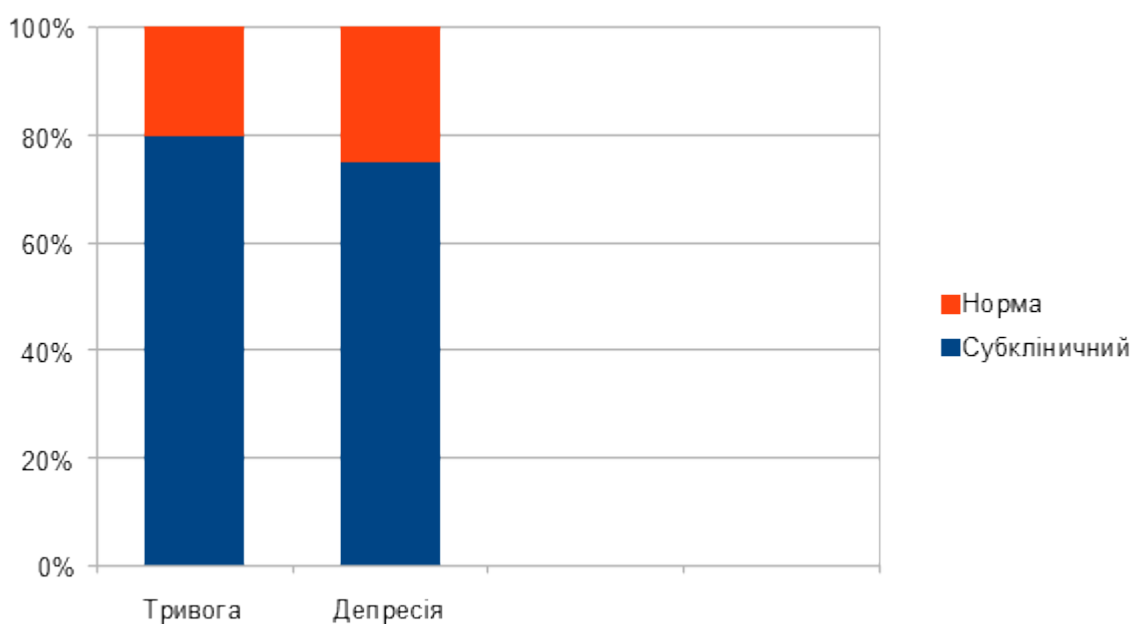


Рис. 2.1. Співвідношення тривоги та депресії за методикою HADS.

Методика **HADS** підтвердила високу чутливість до змін та може бути рекомендована для відстеження ефективності психокорекційних втручань у роботі з особами, які пережили травматичні події.

Переходимо до методики В

Відповідно до DSM-5, діагностика ПТСР вимагає наявності одного симптому вторгнення, одного симптому уникнення, два - наявності клінічно значущого дистресу або перешкод, які реалізуються як оцінка 2 і вище для відповідних елементів. Нагадуємо, що клінічно значущими симптоми вважаються, якщо пацієнт загалом набирає 33 бали. При підрахування результатів показників за опитувальником **PCL-5**, який ґрунтується на діагностичних критеріях DSM-5, вийшло, що середній бал на одного респондента становив 38 балів, що перевищує діагностичний поріг.

Результати дослідження наведені в таблиці 2.6

Таблиця 2.6

Оцінка вираженості симптомів (складено автором)

Критерії	Бал max	Бал 1	%
В	1200	600	50
С	480	420	87,5
Д	1680	660	39
Е	1440	540	37,5
Загальний бал	4800	2280	45,8

Де бал 1 - кількість набраних балів на початку дослідження, критерій В - симптом інтрузії, критерій С - симптом уникнення, критерій Д - негативні думки та емоції симптом, критерій Е - симптом надмірної реактивності. Також

в таблиці відображено скільки відсотків займає кожний критерій від максимально можливого балу.

В результаті дослідження виявилося, що найбільш високий показник має симптом уникнення (87% від максимально можливого балу), що не є дивним, тому що в повсякденному житті, не на території бойових дій, офіцер має виконувати вчасно і оперативно великий об'єм задач згідно своїх функціональних обов'язків, тобто він повністю переключається на свій сектор роботи, ігноруючи свій внутрішній стан, тому що особового складу не вистачає, постійно треба якісно виконувати роботу ще за товаришів, які несуть чергування чи знаходяться в зоні бойових дій. Тому також присутні симптоми реактивності (37,5%), які виражаються в надто емоційній реакції при роботі в групі чи розподілу задач по відділу. А в неробочий час напевно переважає симптом інтрузії (50% від максимального балу даного критерію), та якщо сім'я знаходиться не поруч, то є час для негативних думок та емоцій (39%).

Далі методика Г.

«Шкала оцінки впливу травматичної події - переглянута» містить 22 пункти проти попередньої шкали, де було 15 пунктів та є одним із найбільш валідних і надійних інструментів для вимірювання суб'єктивного рівня психологічного реагування на пережиту травму. На відміну від PCL-5, яка діагностує інтенсивність симптомів ПТСР відповідно до критеріїв DSM-5, **IOES-R** дозволяє оцінити емоційний вплив травматичної події як психотравмуючого фактора, тобто те, як подія переживається тут і тепер на рівні емоційної виключності.

Результати дослідження наведені в таблиці 2.7

Таблиця 2.7

Оцінка ступеня вираженості симптомів (складено автором)

Симптоми	Бал max	Бал max	Бал загальний	Бал середній	% від бал max
	1 особа	60 осіб	60 осіб	1 особа	1 особа

Вторгнення	35	2100	1504	25,07	73%
Уникнення	40	2400	2280	38	95%
Збудливість	35	2100	1334	22,23	63%
Загальний бал	110	6600	5078	84,6	76,9%

Де Бал загальний - кількість балів певного симптому усієї групи, а Бал середній - середній бал на одного респондента. Дослідження дозволяє нам порівняти емоційні реакції з клінічними симптомами, оціненими за PCL-5, для формування комплексного висновку про ефективність психокорекційного втручання.

Шкала IOES-R чутлива до змін у динаміці емоційного реагування, тому її використання дало можливість оцінити якісні зрушення, зокрема: зменшення переживання загрози, зниження реактивності на тригери, зменшення інтенсивності внутрішньої напруги.

Для перевірки взаємозв'язку між вираженістю симптомів вторгнення, уникнення та збудженості за шкалою IOES-R було розраховано **коефіцієнт кореляції Пірсона** за допомогою програми Excel. Результати розрахунків наведені в таблиці 2.8.

Таблиця 2.8

Кореляційні зв'язки між субшкалами IOES-R (коефіцієнт Пірсона)

(складено автором)

Пара змінних	r	Рівень зв'язку	Інтерпретація
Вторгнення - Уникнення	-0,12	Дуже слабкий	Зв'язок практично відсутній
Вторгнення - Збудженість	0,70	Сильний	Високий рівень вторгнень супроводжується підвищеною

			збудженістю
Уникнення - Збудженість	-0,28	Слабкий негативний	Зростання уникнення пов'язане зі зниженням збудженості

Отримане значення між фактором *вторгнення* і фактором *уникнення* становить $r = -0,122796$, що за модульним показником відповідає дуже слабкому зв'язку між змінними. Згідно з кореляційною таблицею значень коефіцієнта кореляції Пірсона, для вибірки обсягом $n = 60$ критичне значення при рівні значущості $p < 0,05$ становить приблизно $|r| \geq 0,250$. Оскільки отриманий коефіцієнт $|-0,122796| < 0,250$, він *не досягає критичного порогу*, і відповідно, *не є статистично значущим*.

Таким чином на емпіричному рівні не виявлено достовірного лінійного зв'язку між інтенсивністю симптомів вторгнення та уникнення у досліджуваних. Це означає, що зростання чи зниження одного типу симптомів не передбачає пропорційної зміни іншого.

З психологічної точки зору це може свідчити про незалежність цих двох компонентів ПТСР у вибірці досліджуваних. Симптоми вторгнення не обумовлюють автоматичного посилення або зниження уникнення, яке пов'язане з поведінковими та когнітивними стратегіями відходу від травматичних нагадувань. Такий результат узгоджується з сучасними уявленнями про багатовимірний характер ПТСР, де окремі кластери симптомів можуть проявлятися з різною інтенсивністю та не завжди показують чітку кореляційну залежність. Тому що уникнення може бути «захисною стратегією», що не прямо пов'язана з інтенсивністю вторгнень

Отже, отримані дані дозволяють зробити *висновок*, що симптоми вторгнення та уникнення у респондентів функціонують переважно як відносно автономні компоненти ПТСР, що підлягають окремому аналізу та можуть перебувати у різних напрямків психокорекційного впливу.

Отримане значення для другої кореляційної пари - симптомів *вторгнення та збудженості* за шкалою IOES-R становить $r = 0,7013229$, що відповідає **сильному прямому кореляційному зв'язку** між зазначеними психологічними показниками. Відповідно до таблиці критичних значень коефіцієнта Пірсона, для вибірки обсягом $n = 60$ критичне значення при рівні значущості $p < 0,05$ становить приблизно $|r| \geq 0,250$. Оскільки отриманий коефіцієнт $0,70 > 0,250$, він є **статистично значущим**, тобто вірогідно відображає реальний взаємозв'язок між симптомами у вибірці.

Отриманий результат свідчить про те, що чим виражені симптоми вторгнення, такі як нав'язливі спогади, флешбеки, яскраві сновидіння чи мимовільні образи травматичної події, тим сильніше проявляються симптоми гіперзбудження. До останніх належать: підвищена настороженість, труднощі концентрації уваги, порушення сну, посилена реакція переляку та внутрішнє напруження. Така закономірність відповідає сучасним теоретичним моделям ПТСР, згідно з якими вторгнення актуалізує фізіологічну систему стресу, що підтримує стан гіперактивації нервової системи.

Таким чином, за результатами кореляційного аналізу можна стверджувати, що симптоми вторгнення та збудженості є тісно взаємопов'язаними компонентами ПТСР. Їхня синхронна динаміка свідчить про спільні психофізіологічні механізми - насамперед активацію системи “боротьби або втечі” та недостатню інтеграцію травматичного досвіду. Це підкреслює необхідність комплексного психокорекційного впливу, спрямованого одночасно на зниження нав'язливих спогадів стабілізацію рівня збудженості.

За результатами кореляційного аналізу між показниками уникнення та збудженості було отримано коефіцієнт Пірсона $r = - 0,28$. Такий показник свідчить про слабкий негативний зв'язок між цими змінними. Це означає, що підвищення тенденції до уникнення дещо пов'язане зі зниженням рівня фізіологічної напруги та збудженості, однак цей зв'язок виражений недостатньо, щоб мати суттєве практичне значення.

Іншими словами, уникнення як копінг-реакція не є стабільним предиктором рівня збудження, ці показники функціонують відносно автономно.

Такий результат є типовим для осіб із ПТСР, у яких уникнення часто виступає окремим, відносно незалежним механізмом зменшення контакту з травматичними стимулами, тоді як збудженість більшою мірою відображає фізіологічну реактивність та загальну емоційну нестабільність.

Методика Д

Методика психологічної діагностики копінг-механізмів **Е. Heim** (в адаптації Л.І. Васермана) проведена для вивчення неадаптивних форм копінг-стратегій в осіб, що у стресових ситуаціях, для корекції їх копінг-поведінки в ході проведення психокорекції.

Отримані результати наведені в таблиці 2.9

Таблиця 2.9

Психологічна діагностика копінг-механізмів

Копінг- стратегії	Когнітивні		Емоційні		Поведінкові	
	Кількість осіб	%	Кількість осіб	%	Кількість осіб	%
Експериментальна група 60 осіб						
Адаптивні	27	45	15	25	21	35
Відносно адаптивні	21	35	18	30	24	40
Неадаптивні	12	20	27	45	15	25

У когнітивній сфері частіше зустрічаються раціоналізація, планування, переоцінка - тому тут відносно більше адаптивних реакцій.

Емоційні копінги (пригнічення емоцій, драматизація, емоційне уникнення) зазвичай найчастіше бувають неадаптивними людей з ПТСР - тому найвищий відсоток неадаптивних.

У поведінковій сфері є і активні корисні дії (пошук допомоги, планування), і уникання/ізоляція; тому розподіл помірний, з перевагою відносно-адаптивних і адаптивних.

Проведемо короткий підсумок, що більше адаптивних стратегій - когнітивні (45%); потім - поведінкові (35%). Найбільше неадаптивних стратегій - емоційні (45%), що є типове для осіб з ПТСР (пригнічення, емоційна дисрегуляція).

Поведінкові копінги зайняли проміжне місце, так як їм притаманні: є відповіді як адаптивні, так і відносно адаптивні.

Подивимося на це в діаграмі на рисунках 2.5 - 2.7



Рис. 2.5 Співвідношення когнітивного копіngu за ступенем адаптивності.

Ми бачимо, що когнітивна сфера найбільш збережена, тому що військовослужбовці навчені раціонально аналізувати ситуації, швидко оцінювати ризики при осмисленні складних життєвих ситуаціях та приймати рішення в умовах невизначеності завдяки пошуку смислу подій, когнітивної переоцінки травматичного досвіду та використання конструктивних способів мисленнєвої саморегуляції. Це формується як результат професійної підготовки та бойового досвіду.

Але 35% відносно адаптивних стратегій демонструють напруження когнітивної сфери, коли раціональність частково порушується під впливом тривалого стресу. Такі стратегії дозволяють тимчасово знизити емоційне напруження, проте не завжди сприяють глибокому опрацюванню травматичного досвіду та можуть мати нестійкий характер у ситуаціях повторної стресової активації.

20% неадаптивних копінгів вказують на тенденцію до катастрофізації, надмірного контролю, самозвинувачення, румінацій або зацикленості, що є типовим проявом ПТСР.

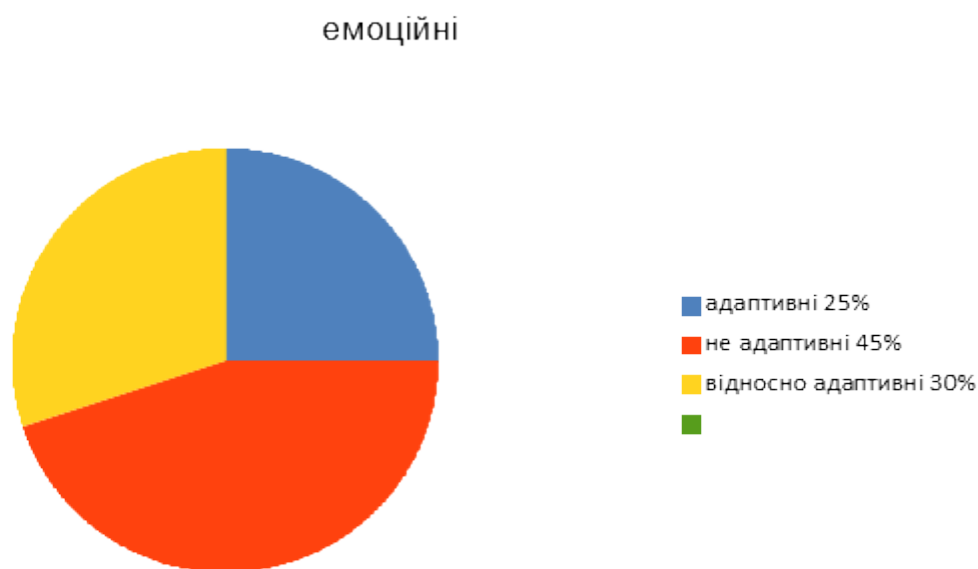


Рис. 2.6 Співвідношення емоційного копінгу за ступенем адаптивності.

Перенавантаження неадаптивних стратегій (45%) займають провідне місце та свідчить про труднощі в регуляції інтенсивних переживань - страху, провини, сорому, гніву та безпорадності. Це вказує на значну емоційну дезадаптацію респондентів, що проявляється у схильності до емоційного уникнення. Для військових характерним є пригнічення емоцій, уникнення вираження почуттів, що формує емоційну гіперзбудливість або навпаки - оніміння.

Відносно адаптивні емоційні копінги складають 30%, що може свідчити про наявність спроб часткового емоційного контролю та тимчасового зниження напруги, однак без достатньої глибини емоційного досвіду. Такі стратегії часто мають ситуативний характер та не забезпечують стійкої психологічної рівноваги в умовах повторної дії стресових чинників.

Низький відсоток емоційних адаптивних копінгів (25%) підтверджує, що сфера емоцій є найбільш вразливою при ПТСР: вказує на обмеженість навичок ефективної емоційної саморегуляції. Це означає, що лише незначна кількість респондентів здатна відкрито переживати, усвідомлювати та конструктивно проживати складні емоції, не вдаючись до дезадаптивних захисних механізмів.



Рис. 2.7 Співвідношення поведінкового копінгу за ступенням адаптивності.

Результати показали, що поведінкова сфера у військовослужбовців також частково збережена: адаптивні реакції (дисципліна, дія, планування, активне вирішення проблем) сформовані, як частина бойової підготовки. Проте під час ПТСР значна частка поведінкових копінгів переходить у відносно адаптивні (40%), що вказує на нестійкість реакцій - коливання між конструктивними діями та уникненням. 25% неадаптивних стратегій відображають імпульсивність, хаотичність, зниження самоконтролю або навпаки - повне завмирання, що також характерно для посттравматичних станів.

Отримані результати є типовими для осіб з ПТСР: краще збережені когнітивні і поведінкові стратегії, а порушена - емоційна. Наявний високий рівень неадаптивних копінг-стратегій.

Висновки до другого розділу

В даному розділі магістерської роботи проведено комплексне емпіричне дослідження особливостей прояву посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців із використанням стандартизованих психодіагностичних методик. Застосування шкал HADS, PCL-5, IOES-R та методики діагностики копінг-стратегій Е. Нейм дозволило отримати багатовимірну картину психологічного стану досліджуваної вибірки. Результати дослідження підтвердити наявність у військовослужбовців виражених проявів ПТСР, що супроводжується симптомами вторгнення, уникнення та збудженості.

Результати опитувальника HADS показали показники тривоги у вибірці 80% та депресії - 75%. Дані опитувальника PCL-5 засвідчили вторгнення 50% уникнення - 87%, негативні когнітивно-емоційні стани - 39%, реактивну гіперзбудливість - 46%. Аналогічну динаміку підтверджує шкала IOES-R: вторгнення 73% уникнення - 95%, збудження - 63%.

Кореляційний аналіз за критерієм Пірсона виявив закономірні взаємозв'язки між симптомами ПТСР: позитивний зв'язок між вторгненням і збудженням ($r = 0,70$) доводить, що інтенсивність нав'язливих спогадів супроводжується підвищеною фізіологічною напругою, тоді як негативні кореляції між вторгненням і уникненням ($r = - 0,12$) та між уникненням і збудженням ($r = - 0,28$) демонструють компенсаторний характер унікальної поведінки.

Дослідження копінг-стратегій засвідчило домінування неадаптивних та відносно-адаптивних копінгів, особливо в емоційній сфері (45% та 30%). Це вказує на обмеженість ресурсів психологічної саморегуляції у

військовослужбовців з розладом та схильність до уникнення, емоційного пригнічення та неефективних способів реагування на стрес.

Таким чином, другий розділ підтвердив доцільність комплексного підходу до вивчення ПТСР, який поєднує аналіз симптоматики, взаємозв'язків між її компонентами та особливостей копінг-поведінки. Отримані результати стали емпіричним підґрунтям для розробки та впровадження психокорекційної програми, спрямованої на зниження симптомів ПТСР та формування більш адаптивних стратегій подолання.

РОЗДІЛ 3

ФОРМИ ТА МЕТОДИ ПСИХОКОРЕКЦІЇ, СПРЯМОВАНОЇ НА ПОДОЛАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

3.1. Психокорекційна програма подолання посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців.

В умовах тривалого воєнного стресу військовослужбовці належать до групи підвищеного ризику щодо формування посттравматичного стресового розладу, який проявляється порушеннями емоційної регуляції, поведінковою дезадаптацією, стійкими вище переліченими симптомами, які ми досліджували. Для більшої ефективності, психокорекційна робота з даною категорією осіб має базуватися на комплексному поетапному підході, що забезпечує м'яке, безпечне опрацювання травматичного досвіду, відновлення внутрішніх ресурсів та формування адаптивних копінг-стратегій.

Запропонована нами програма включає 14 структурованих занять тривалістю 45 хвилин кожне і складається з чотирьох послідовних етапів: стабілізаційно-діагностичного, ресурсно-укріплюючого, травмофокусованого

м'якого та інтеграційно-реабілітаційного. Під час корекційної роботи використовувалися елементи арт-терапії, гіпнотерапії, м'язової релаксації, аутогенного тренування, позитивної психології та ресурсної терапії, що дало змогу вибудувати безпечний, екологічний та ефективний процес впливу на проживання респондентами ключових симптомів стресового розладу.

Метою запропонованої програми є зменшення інтенсивності вираженості факторів розладу, формування адаптивних способів подолання стресу та підвищення рівня психологічної стійкості військовослужбовців. Допомогти їм знайти нові сенси життя, взагалі почати помічати життя, стати більш свідомими - вийти з режиму роботів. Навчити розслабляти м'язи іншими способами, ніж спортивний зал з тренажерами. Почати слухати своє тіло, свої емоції, вийти з полону симптому уникнення, пропрацювати внутрішню агресію.

У наступних підпунктах подано зміст, логіку та специфіку кожного етапу програми, а також характеристику виконаних технік і методів. Програма має формат *підтримувально-корекційної групи для військових із симптомами посттравматичного стресового розладу* та проводилася з контрольною групою в 60 респондентів. Переходимо до описання.

I. Стабілізаційно-діагностичний етап.

(Сесії 1, 2)

Сесія 1. Початкова. Створення безпечного простору та правил групи.

Мета: формування довіри, безпеки, мотивації; зниження гіперзбудження. Встановлення контакту.

Структура:

1. Вітальне коло. Представлення учасників.
2. Формування правил групи: конфіденційність, повага, добровільність.
3. Вправа: «Контейнер» — символічне місце для напруження й важливих думок.
4. Дихальна техніка: «4-6» (повільний подих сприяє зниженню напруги).
5. Арт-вправа: «Мій символ безпеки» (малюнок чи колаж).

6. Обговорення почуттів.

Очікуваний результат: перше зниження тривоги, відчуття структури та безпеки.

Сесія 2. Первинний аналіз психологічного стану.

Мета: усвідомити власні симптоми, визначити рівень стресу та копінгів.

Структура:

1. Вправа: «Що я відчуваю зараз?» (шкала від 1 до 10)
2. Групова міні-дискусія про симптоми: флешбеки, уникнення, напруга.
3. Арт-вправа: «Мій стан сьогодні» (образне зображення симптомів).
4. Медитативна техніка: «Сканування тіла».
5. Обговорення: які частини тіла найчастіше «зажаті».
6. Коротка психоосвіта: що таке ПТСР, чому мозок так реагує.

Результат: формування інсайтів, зменшення відчуття «Я один з цим».

II Ресурсно-укріплюючий етап.

(Сесії 3-7)

Фокус: знизити гіперзбудження, навчити саморегуляції, знайти внутрішні ресурси.

Сесія 3. Техніки заземлення та тілесної стабілізації

Мета: Знизити гіперзбудження, навчити відчувати "тут і зараз".

Техніки:

- Техніка: «5-4-3-2-1» (орієнтація на зовнішні сигнали).
- М'язова релаксація Джекобсона (напруження/розслаблення).
- Вправа: «Опора під ногами».

Результат: контроль над тілесними реакціями сприяє зменшенню гіперзбудження.

Сесія 4. Аутогенне тренування для регуляції емоцій

Мета: навчити самотійно знижувати тривогу.

Техніки:

- Аутогенне тренування: формули спокою, пепла, тяжкості.
- Візуалізація: «Тиха кімната» (легка терапія).

- Арт-картка: «Мій колір спокою».

Результат: зменшення емоційної реактивності.

Сесія 5. Позитивна психологія: виявлення сильних сторін.

Мета: підвищення самооцінки та почуття контролю.

Техніки:

- Тест/вправи: "Сильні сторони характеру".
- Групова вправа: «Похвала побратиму».
- Малюнок: «Мій ресурс»

Результат: зменшення симптомів негативного мислення, вина вижившого.

Сесія 6. Робота з емоціями через арт-терапію.

Мета : безпечна емоційна розрядка, безпечний вихід агресії.

Техніки:

- Малюнок: «Мій страх».
- Малюнок: Як виглядає «Мій спокій».
- Обговорення та символічна трансформація (рвати, переробити, домалювати).

Результат: зниження уникнення, усвідомлення емоцій.

Сесія 7. Ресурсна гіпнотерапія (легка образна робота)

Мета: Зміцнити внутрішні опори.

Техніки:

- Образ: «Внутрішній захисник».
- «Місце сили» (образне занурення, не глибокий гіпноз).
- Вправа: написання короткого «ресурсного тексту для себе».

Результат: формування стабільного внутрішнього ресурсу.

ІІІ. Травмофокусований м'який етап (без експозиції)

(Сесії 8-11)

Працювати треба обережно, без глибокої терапії, але ж знижується уникнення та інтегрується травматичний досвід.

Сесія 8. Робота зі значущими подіями без занурення у травму

Мета: навчити говорити про досвід у безпечних місцях.

Техніки:

- Вправа: «Дорога життя: до і після».
- Малювання лінії часу без деталізації травми.
- Обговорення: що я втратив / що зберіг.

Результат: зниження уникнення, підвищення інтеграції досвіду.

Сесія 9. Техніка Внутрішній свідок

Мета: Сформувати дистанцію щодо болючих думок.

Техніки:

- Майнфулнес: «Я — спостерігач».
- Арт-вправа «Мій внутрішній Свідок».

Результат: зменшення інтенсивності вторгнень.

Сесія 10. Робота з почуттям провини

Мета: знизити один з ключових тригерів ПТСР — вина вижившого.

Техніки:

- Групова вправа «Що я контролював, а що ні».
- Арт-вправа «Камінь провини перетворити на камінь сили».
- Легка гіпнотерапія «Я дозволяю собі жити».

Результат: зниження самозвинувачення.

Сесія 11. Робота з уникненням через поведінкові м'які техніки

Мета: скоротити поведінкове уникнення.

Техніки:

- Вправа «Маленький крок» (вибір ситуації, яку учасник готовий спробувати).
- План мікрококів.
- Медитація: «Зустріч з труднощами у безпеці».

Результат: підвищення адаптивної поведінки.

IV. Інтеграційно-реабілітаційний етап

Сесії 12-13

Сесія 12. Формування нового образу Я.

Мета: інтегрувати зміни, відчувати себе сильним.

Техніки:

- Арт-вправа: «Я до корекції — Я зараз — Я через рік».
- Групова рефлексія: що змінилося?

Релаксація: «Моє нове майбутнє».

Сесія 13. Підготовка до завершення.

Мета: зменшити страх повернення до буденного життя.

Техніки:

- Вправа: «Мій план підтримки себе».
- Пропарювання тригерів і ресурсів.
- Гіпнотерапевтична техніка: «Мій внутрішній компас».

V. Завершальний етап

Сесія 14. Підсумкова сесія: інтеграція і завершення

Мета: закріпити результати, підвести підсумки, завершити групу.

Структура:

- Коло: «Що я забираю з собою».
- Символічний ритуал завершення (створення спільного арт-об'єкту).
- Прощальна медитація вдячності.
- Рекомендації щодо подальшої саморегуляції.

Очікуваними результатами програми є зниження інтенсивності симптомів ПТСР, зменшення рівня тривожності та депресивних проявів, підвищення рівня емоційної стабільності та саморегуляції, зростання більш адаптивних копінг-стратегій, особливо в емоційній сфері, зниження частоти використання неадаптивних копінг стратегій, зниження частоти використання неадаптивних способів подолання стресу, посилення відчуття внутрішньої опори та контролю, покращення загального психоемоційного стану та соціального функціонування військовослужбовців.

Реалізована програма, завдяки чотирьох етапній послідовній системі, де спочатку ми стабілізували стан, потім укріпили його, тільки після цього

пропрацювали травму та інтегрували зміни, продемонструвала свою ефективність у комплексному подоланні наслідків травматичного досвіду. Застосування елементів арт-терапії, м'язової релаксації, позитивної та ресурсної терапії, аутогенного тренування, легкої гіпнотерапії сприяло поступовому зниженню емоційної напруги, підсиленню внутрішніх ресурсів та формуванню наслідків саморегуляції. Учасники програми отримали можливість безпечно опрацювати травматичні переживання, відновити психологічну цільність та розширити потенціал для подальшої соціальної та особистісної адаптації.

3.2. Аналіз ефективності програми подолання посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців

У цьому розділі проводиться аналіз змін у психологічному стані військовослужбовців після участі у психокорекційній програмі, представлений у попередньому підрозділі. Оцінювання ефективності здійснювалося за допомогою чотирьох базових інструментів: шкали тривоги та депресії HADS, опитувальника симптомів ПТСР PCL-5 (PTSD CHECKLIST), шкали оцінки впливу травматичної події — переглянутої (IOES-R), методики психологічної діагностики копінг-механізмів Е. НЕІМ (в адаптації Л.І. Васермана).

Дослідження проводилося у форматі «до» та «після» проходження програми, що дало змогу порівняти: рівень стресових реакцій, структуру копінг-стратегій, загальну динаміку адаптивності.

Аналіз результатів за методикою HADS

Методика HADS була приведена для порівняння результатів оцінювання емоційного стану та визначення рівнів тривоги та депресії у досліджувальних до та після проходження програми психокорекції. Після проходження програми психокорекції було проведено повторне опитування, результати якого наведені у таблиці 3.1

Таблиця 3.1

Рівень тривоги/депресії після проходження психокорекційної програми
(складено автором)

Рівень	Бали	Кількість осіб з симптомами тривоги	%	Кількість осіб з симптомами депресії	%
норма	0-7	36	60	30	50
субклінічний	8-10	24	40	30	50

Динаміку зниження симптомів тривоги та депресії до та після проходження програми відображено на рисунку 3.1.

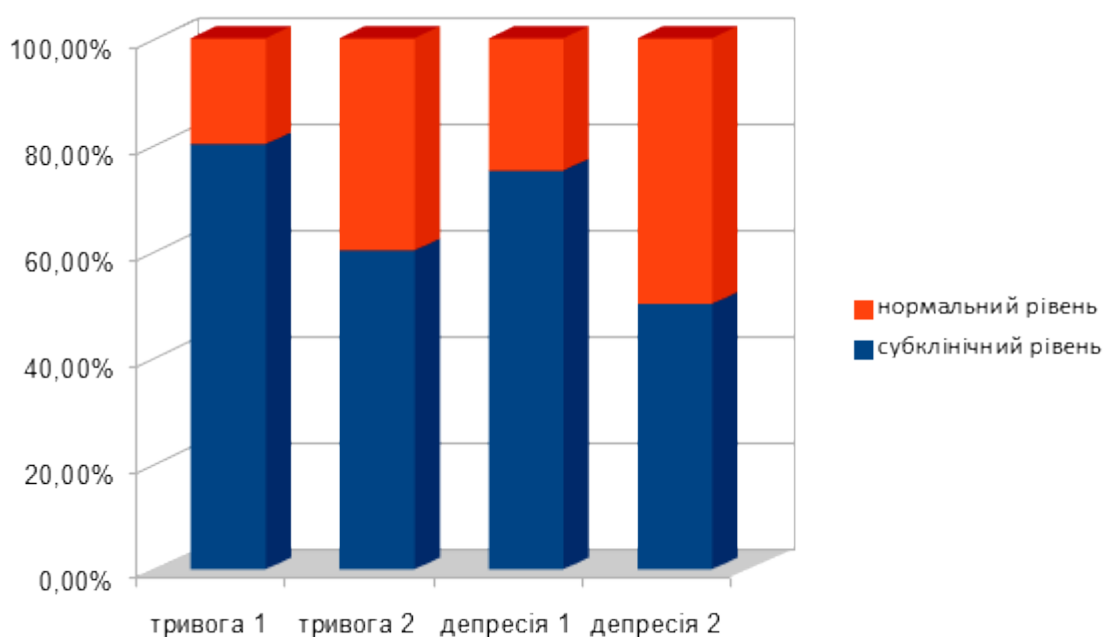


Рисунок 3.1. Дінаміка зниження симптомів тривоги та депресії за методикою HADS

З таблиць 2.3, 3.1. та рисунку 3.1. видно, що кількість осіб з субклінічним рівнем тривоги знизився з 80% до 40%, а кількість осіб з значущим рівнем депресії - відповідно з 75% до 50%. Для психотерапевтичної програми це був би низький показник, але для психокорекційної програми - результат є. Тобто

на 40% виріс рівень норми тривоги, та на 25% збільшилася норма рівня депресії. Це показує, що комплекс таких підходів, як арт-терапія, м'язова релаксація, методика аутогенного тренування, легка ресурсна гіпнотерапія дають дієвий результат по психокорекції ПТСР. Зниження показників тривожності та депресивності свідчить про відновлення емоційної збалансованості, підвищення почуття контролю та покращення загального психічного благополуччя.

Аналіз результатів за методикою PCL-5

Шкала PCL-5 використовувалася для вимірювання інтенсивності симптомів ПТСР за чотирма ключовими групами симптомів відповідно до DSM-5. У дослідженні було проведено порівняння показників до і після проходження психокорекційної програми.

Таблиця 3.2

Оцінка вираженості симптомів (складено автором)

Критерії	Бал max	Бал 1	%	Бал 2	%	Різниця%
В	1200	600	50	240	20	30
С	480	420	87,5	360	75	12,5
D	1680	660	39	420	25	14
Е	1440	540	37,5	300	20,8	16,7
Загальний бал	4800	2280	45,8	1320	27,5	18,3

Де бал 1 - кількість набраних балів на початку дослідження, а бал 2 - результат повторного тестування після проведення психокорекції. Критерій В -

симптом інтрузії, критерій С - симптом уникнення, критерій D - негативні думки та емоції симптом, критерій E - симптом надмірної реактивності. Також в таблиці відображено скільки відсотків займає кожний критерій від максимально можливого балу.

На рисунку 3.2 зображено як знизився процент вираженості кожного симптому посттравматичного стресового розладу.

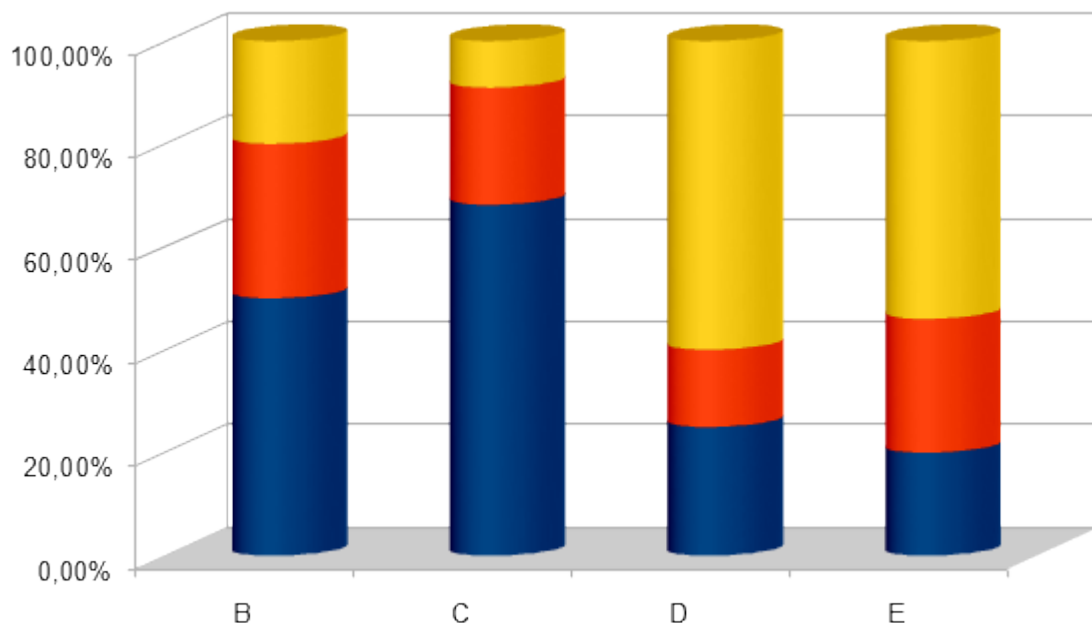


Рисунок 3.2. Динаміка зниження симптомів посттравматичного стресового розладу після проведення психокорекції за методикою PCL-5.

Після обробки результатів виявилось, що симптоми вторгнення зменшилися більше, ніж вдвічі (з 50% до 20%), але ми сподівалися, що значно знизяться показники симптому уникнення. На жаль, дива не сталося, показники зменшилися тільки на 12,5%, але це також дієвий результат, який доводить ефективність програми. Симптоми надмірної реактивності заспокоїлися до 20,8%, тобто майже в 2 рази, що на мій погляд, є гарним результатом. Шкала оцінки негативних думок та емоцій дала результат мінус 14%, тобто знизилася з 39% до 25%. Хоч в психокорекційній програмі не було розглянутих в першому розділі сучасних методів, як когнітивно-поведінкова терапія, десенсибілізація та переробка рухом очей, а лише допоміжні та ресурсні техніки, результати дослідження підтвердили ефективність запропонованої мною програми.

Наведені результати демонструють виражену позитивну динаміку у всіх кластерах симптомів. Перше, динаміка симптомів *вторгнення*. Зниження симптомів вторгнення на 30% є суттєвим клінічним покращенням. Після завершення показників учасники рідше відзначали: нав'язливі спогади; емоційні прориви; флешбеки; інтенсивні фізіологічні реакції про травму. Такий результат, пов'язаний з використанням комплексу стабілізаційних технік, релаксації, арт-терапевтичних та ресурсних вправ, що зменшують емоційну інтенсивність травматичних переживань і підвищують відчуття внутрішнього контролю.

Друге, динаміка симптомів *уникнення*. Хоча симптоми уникнення залишаються найстійкішими, зниження на 12% свідчить про позитивні зміни. Покращення проявилось у більшій готовності взаємодіяти з іншими людьми, частковому поверненні інтересу до діяльності, зниженні тенденції уникати думок чи тем, пов'язаних з травмою та у підвищенні емоційної ввічливості. Уникнення — один із найбільш жорстких механізмів ПТСР, тому навіть помірна динаміка свідчить про ефективність програми, особливо її ресурсного й поведінкового компонентів.

Третє, динаміка *негативних когніцій* та емоційна. Зниження симптоматики на 14% демонструє позитивний вплив програми на емоційну сферу та когнітивні оцінки ситуації. Після терапії учасники значно рідше відзначали: почуття провини або самозвинувачення, надмірний негативізм, відсутність довіри, емоційну пригніченість, відчуття «відчуженості» від світу. Арт-терапія, позитивна психотерапія та ресурсні вправи сприяли формуванню більш адаптивних переконань і зменшенню емоційної ригідності, що є ключовим фактором покращення загального психоемоційного стану.

Четверте, динаміка *гіперзбудження*. Зниження цього симптому на 21% свідчить про значне покращення фізіологічного та емоційного контролю. Учасники після програми відзначали: зменшення тривожності, менш часті різкі реакції на звуки, покращення якості сну, зменшення м'язової напруги, нижчу загальну збудженість нервової системи. Успіх у цьому кластері пояснюється

застосуванням м'язової релаксації, аутогенного тренування, медитацій та дихальних технік.

Аналіз результатів за методикою IOES-R

Шкала IOES-R дозволяє оцінити три основні компоненти ПТСР: вторгнення (флешбеки, нав'язливі спогади, емоційні прориви), уникнення (уникнення людей, ситуацій, думок, емоційне «відключення»), гіперзбудження (напруга, пильність, порушення сну, дратівливість).

Результати порівняння показників дослідження наведені в таблиці 3.3

Таблиця 3.3

Оцінка ступеня вираженості симптомів до та після корекції (складено автором)

Симптоми	Бал тах	Бал тах	Бал загальний 1	Бал середній 1	% від бал тах	Бал загальний 2	Бал середній 2	% від бал тах	Різниця середнього балу
	1 особа	60 осіб	60 осіб	1 особа	1 особа	60 осіб	1 особа	1 особа	1 особа
Вторгнення	35	2100	1504	25,07	73%	1113	18,55	53%	20%
Уникнення	40	2400	2280	38	95%	1827	30,45	76%	19%
Збудливість	35	2100	1334	22,23	63%	960	16	45,7%	17,3%
Загальний бал	110	6600	5078	84,6	76,9%	3900	65	59%	17,9%

Де Бал загальний 1 - кількість балів певного симптому усієї групи, а Бал середній 1 - середній бал на одного респондента, а Бали загальний 2 та середній 2 - кількість набраних балів після проходження психокорекційної програми.

Дослідження дозволяє нам порівняти емоційні реакції з клінічними симптомами, оціненими за PCL-5, для формування комплексного висновку про ефективність психокорекційного втручання. Відсотки від максимального балу - показують кількість набраних балів відносно максимально допустимого шкалою балів. Відсоткові співвідношення зображено на рисунку 3.3.

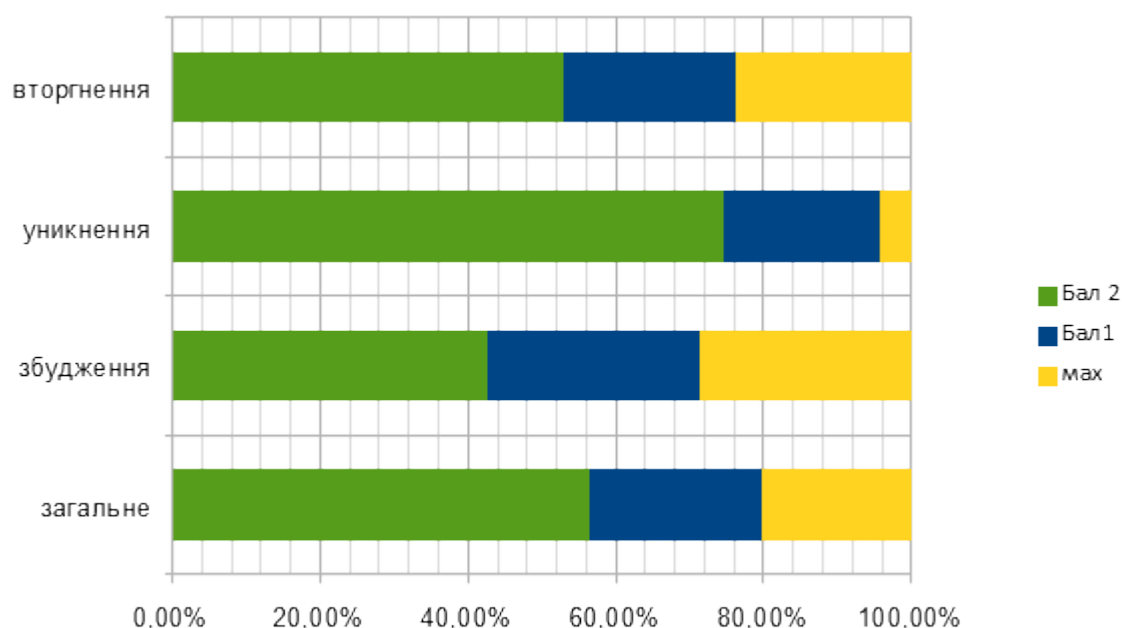


Рис. 3.3 Динаміка зниження симптомів

Отже, з таблиці 3.3 та рисунку 3.3 видно, що показники на субшкалі інтрузії зменшилися на 20% (з 73% до 53%) від максимально допустимого балу, на субшкалі «уникнення» на 19% (з 95% до 76%), а на субшкалі «збудливості» на 17,3% (з 63% до 45,7%), що є досі адекватним результатом. В цілому загальний бал знизився майже на 18%.

В порівнянні з показниками клінічних симптомів нас тішить, що емоційні реакції фактору уникнення в цій методиці показують значно кращий результат 19% проти 12,5%. Що і не дивно, тому що як при виконанні повсякденних обов'язків в частині (не знаходячись в зоні бойових дій), можна уникати спілкування з співробітниками, якщо виконується групова справа в межах відділу. Сумісна праця відволікає від внутрішніх переживань і мобілізує загальний ресурс можливостей психіки. Зменшення фактору збудливості

залишилося приблизно на тому ж самому рівні, як і в результаті попереднього дослідження. А от фактор вторгнення дав не такий дієвий результат, як при дослідженні клінічних симптомів, що свідчить про те, що респонденти, які мають хронічний ПТСР - такі відчувають важкість в емоційних реакціях проживання флешбеків та фізіологічного збудження при зіткненні з подразниками та подіями, які нагадують травматичний досвід. Що стосується фактору реактивності, то показники також трохи слабше, ніж в попередній методиці, де кінцевий результат був майже вдвічі менше, а зараз зменшився лише на 1/4. Загальний бал по шкалі IOES-R після проведення програми знизився також приблизно на 25%, коли на шкалі PCL-5 результати показали зниження на 40%.

Порівняння показників до та після програми демонструє наступні тенденції. По-перше, зниження показників вторгнення. Після участі в програмі спостерігається: зменшення частоти нав'язливих спогадів, зниження інтенсивності флешбеків, покращення контролю над емоційними реакціями. Це пояснюється тим, що програма містила стабізаційні техніки (дихання, релаксація), арт-терапію та легкі методи дистанціювання ("внутрішній свідок").

По-друге, зниження симптомів уникнення. А це ключовий ефект, якого ми прагнули. Після програми учасники відзначали: зменшення соціального уникнення, повернення інтересу до звичних справ, зростання готовності обговорювати переживання у безпечному колі. Сесії з ресурсною гіпнотерапією, роботою з втраченим контролем, арт-терапією та позитивною психологією сприяли поверненню активності та довіри.

Та нарешті - зниження гіперзбудження. Симптоми напруження та постійної тривоги істотно зменшилася за рахунок: релаксації Джекобсона, аутогенного тренування, медитації на заспокоєння, стабілізаційних вправ ("заземлення", майндфулнес), формування ресурсних образів.

Учасники повідомляли про покращення сну, зменшення дратівливості та відчуття постійної загрози.

Шкала IOES-R чутлива до змін у динаміці емоційного реагування, тому її використання дало можливість оцінити якісні зрушення, зокрема: зменшення переживання загрози, зниження реактивності на тригери, зменшення інтенсивності внутрішньої напруги.

Аналіз результатів за методикою психологічної діагностики копінг-механізмів Е. Нейм (в адаптації Л.І. Васермана)

Методика оцінює три групи копінгів: когнітивні, емоційні та поведінкові.

Порівняємо показники з результатами після проходження програми за допомогою таблиці 3.4 та рисунку 3.4 - 3.6

Таблиця 3.4

Психологічна діагностика копінг-механізмів за методикою Е. Нейм (в адаптації Л.І. Васермана) після проходження програми

Копінг- стратегії	Когнітивні		Емоційні		Поведінкові	
Експериментальна група 60 осіб	Кількість осіб	%	Кількість осіб	%	Кількість осіб	%
Адаптивні	38	60	28	45	33	55
Відносно адаптивні	17	30	15	30	20	35
Неадаптивні	5	10	17	25	7	10

Після завершення програми спостерігається наступна динаміка. Почнемо з аналізу *когнітивних* копінг стратегії, де зросли: раціональний аналіз ситуації, пошук смислу та переоцінка досвіду, планування та прогнозування. Це пов'язано з техніками позитивної психології та ресурсними вправами. Створенням «плану підтримки» та образами майбутнього.



Рис. 3.4 Співвідношення когнітивного копінгу за ступенем адаптивності за методикою Е. Нейм (в адаптації Л.І. Васермана) після проходження програми

Перейдемо до змін в *емоційних* копінгах. Де зменшилися: емоційне уникнення, самозвинувачення, драматизація, емоційні зриви. Емоційна стабілізація досягнута завдяки арт-терапевтичним технікам, роботі з провиною, «контейнеру», релаксаціям та медитаціям.

Проаналізуємо трансформацію *поведінкових* копінгів. В них покращилися: активні дії, пошук підтримки, конструктивна соціальна взаємодія. Та зменшилися: пасивне уникнення, ізоляція; імпульсивні рішення. Це є прямим наслідком групової динаміки, м'якої роботи з уникненням та поведінкових «мікрокроків».



Рис. 3.5 Співвідношення емоційного копінгу за ступенем адаптивності за методикою Е. Неім (в адаптації Л.І. Васермана) після проходження програми



Рис. 3.6 Співвідношення поведінкового копінгу за ступенем адаптивності за методикою Е. Неім (в адаптації Л.І. Васермана) після проходження програми

Після проходження психокорекційної програми зросла частка тих, хто застосовує адаптивні копінги (в середньому на +13-14 осіб у кожному типі). Це пояснюється тим, що психокорекційна програма була зосереджена на відновленні здатності до самоспостереження, формуванні внутрішніх опор,

розвитку навичок емоційної регуляції та поступового повернення контролю над власним життям. Кількість неадаптивних - істотно зменшилася (на 7-15 осіб), таке покращення пояснюється тим, що під час занять учасники отримали можливість безпечно проживати складні емоції, вчитися помічати свої реакції, перевіряти негативні переконання та практикувати інші способи реагування.

За результатами сумарного аналізу можна зробити такі висновки:

1. Усі три фактори ПТСР показали значне зниження: флешбеки - більше, уникнення та гіперзбудження менше.

2. Рівень адаптивності копінгів зріс: кількість когнітивних - в більшому ступені, кількість поведінкових - трохи менше. А от кількість емоційних дезадаптивних - зменшилася.

3. Загальний психологічний стан став стабільнішим, а саме: стало менше симптомів тривоги, покращився сон, знизилося почуття загрози та покращилася соціальна взаємодія.

З вище описаного можна зробити висновок, що отримані результати підтверджують ефективність психокорекційної програми: військовослужбовці продемонстрували статистично і психологічно значущу позитивну динаміку, що виражається у зниженні інтенсивності ПТСР, зменшенні уникнення, як ключового дезадаптивного фактора, формуванні більш адаптивних копінг-стратегій, загальному покращенні емоційного стану та поведінкової регуляції тощо.

Висновки до третього розділу

У третьому розділі представлено та апробовано групову психокорекційну програму, спрямовану на подолання проявів посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. Програма була побудована з урахуванням специфіки військового травматичного досвіду та можливостей практичного психолога та включала чотири взаємоз'язані етапи: стабілізаційно-діагностичний, стабілізаційно-укріплюючий, травмофокусований м'який та

інтеграційно-реабілітаційний. Застосування методів арт-терапії, ресурсної терапії, позитивної психології, м'язової релаксації, аутогенного тренування, елементів гіпнотерапії створило безпечні умови для поступового опрацювання травматичного досвіду без його повторної ретравматизації. Комплексний характер програми забезпечив вплив як на симптоматику ПТСР, так і на внутрішні психологічні ресурси учасників.

Результати повторного емпіричного дослідження підтвердили ефективність запропонованої програми у практичній роботі з військовослужбовцями.

Результати опитувальника HADS показали менший рівень тривоги та депресії порівняно з первісним опитуванням. Якщо до початку роботи з групою респондентів показники тривоги та депресії домінували у вибірці 80 та 75%, то після корекції частка респондентів із нормальними значенням дещо зросла (відповідно 60% та 50%). Це свідчить про покращення емоційного самопочуття військовослужбовців та зменшення негативного афективного навантаження.

Дані опитувальника PCL-5 засвідчили зниження інтенсивності всіх ключових кластерів ПТСР вторгнення зменшилося з 50% до 20%, уникнення - з 87% до 75%, негативні когнітивно-емоційні стани - з 39% до 25%, реактивна гіперзбудливість - з 46% до 21%. Аналогічну динаміку підтверджує шкала IOES-R: вторгнення зменшилося з 73% до 53%, уникнення - із 95% до 76%, збудження - із 63% до 46%. У сукупності ці показники вказують на позитивну динаміку процесу переробки травматичного досвіду та зниження симптомів емоційного виснаження.

Так, після завершення програми спостерігалось зменшення інтенсивності основних симптомів посттравматичного стресового розладу. При цьому показники за першою шкалою (інтрузій) виявилися більш значущими, ніж за другою, пов'язаною з емоційними реакціями. Отримані дані свідчать про зниження частоти нав'язливих спогадів, зменшення унікальної поведінки та покращення емоційної регуляції.

Важливим аспектом дослідження стало вивчення трансформації копінг-стратегій. До терапії значна частина учасників демонструвала неадаптивні копінги, зокрема емоційні (25 осіб) та поведінкові (10 осіб). Після реалізації програми спостерігається суттєве збільшення частки адаптивних стратегій: когнітивні копінги зросли з 27 до 38 осіб, емоційні - з 15 до 28, поведінкові - з 21 до 33. Одночасно кількість неадаптивних стратегій зменшилася майже вдвічі, що свідчить про підвищення стресостійкості та зниження дезорганізуючої дії травматичних переживань.

Отже, узагальнення результатів емпіричного дослідження дозволяє констатувати, що психокорекційна програма сприяла значному зниженню тривожної та депресивної симптоматики, редукції основних проявів посттравматичного стресового розладу та істотному покращенню копінг-поведінки військовослужбовців в збільшення проценту адаптивних. Отримані дані підтверджують ефективність застосованих методів та доцільність їх використання в роботі з військовими, які пережили травматичний досвід.

ВИСНОВКИ

У магістерській роботі було здійснено комплексне теоретичне, емпіричне та практичне дослідження проблеми впливу психокорекції на подолання посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. Актуальність обраної теми визначена сучасними умовами воєнного стану в Україні, зростанням кількості осіб з травматичним бойовим досвідом та необхідністю впровадження ефективних психологічних програм допомоги, адаптованих до реалії військової служби.

У першому розділі було проаналізовано сучасні наукові підходи до розуміння феномену ПТСР, його психологічної структури, динаміки розвитку та специфіки перебігу військовослужбовців. Теоретичний аналіз засвідчив, що військовий ПТСР має комплексний характер та проявляється на емоційному, когнітивному та поведінковому рівнях, а це потребує системного

психокорекційного впливу. Особливу увагу було приділено ролі копінг-стратегій, як важливого чинника психологічної адаптації та відновлення.

У другому розділі здійснено емпіричне дослідження особливостей симптомів ПТСР у військовослужбовців з використанням валідізованих інструментів (PCL-5, HADS, HAM-A, IOES-R, методики дослідження копінг-поведінки Е. Heim). Результати первинного обстеження підтвердили наявність виражених симптомів ПТСР, що проявлявся переважно через уникнення та інтенсивність вторгнення, високий рівень тривоги та депресивних проявів, а також домінування неадаптивних і відносно-адаптивних копінг-стратегій. Кореляційний аналіз засвідчив наявність взаємозв'язків між окремими симптомами ПТСР (вторгнення та збудження), що вказує на їх системний та взаємопідсилювальний характер, це дало основу для розробки психокорекційної програми для зменшення інтенсивності симптомів.

У третьому розділі на основі теоретичних положень і результатів первинного обстеження було розроблено групову психокорекційну програму, спрямовану на редукцію симптомів ПТСР та розвиток адаптивних механізмів подолання стресу з урахуванням специфіки травматичного досвіду та можливостей практичної психології. Програма включала чотири етапи та поєднувала методи арт-терапії, ресурсної терапії, позитивної психології, м'язової релаксації, аутогенного тренування та елементи гіпнотерапії.

Фінальні результати емпіричного дослідження після проходження програми довели статистично значущу позитивну динаміку в емоційному стані учасників: зниження рівня травматичного симптомокомплексу та посилення особистісних ресурсів.

Учасники продемонстрували перехід від пасивних і реактивних копінгів до конструктивних та ресурсно-орієнтованих стратегій. Саме це стало одним із ключових чинників зниження інтенсивності симптомів досліджуваного розладу. Результати роботи узгоджуються із сучасними науковими даними щодо ефективності комплексних психокорекційних підходів у роботі з ПТСР та

підтверджують доцільність застосування мультикомпонентних програм реабілітації для військовослужбовців.

Таким чином, поставлена мета дослідження була досягнута, а висунута гіпотеза щодо ефективності психокореційного впливу у зниженні проявів ПТСР у військовослужбовців підтверджена. Отримані результати дослідження мають практичну значущість, розширюючи уявлення про психологічні детермінанти ПТСР та пропонуючи ефективний інструмент його корекції в умовах реабілітаційної роботи з військовими, та можуть бути використані у роботі практичних психологів, реабілітаційних центрів, військових та соціально-психологічних служб для організації психологічної допомоги особам з травматичним бойовим досвідом.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Блінов О.А., Козерук С.А., Психологічна реабілітація ветеранів АТО/ООС: сучасні практики. Київ: Талком, 2021, 268 с.
2. Борисенко О.В., Психологічні особливості посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія: Психологічні науки, 2017, вип. № 2 (7), с. 21-34.
3. Власенко Л. П., Особливості проявів посттравматичного стресового розладу у військових учасників бойових дій. Вісник післядипломної освіти. Серія: Соціальні та поведінкові науки, № 4 (33), 2017, с. 25–38.
4. Гаркуша І.В., Кайко В.І., Детермінанти стійкості військових ЗС України до бойового стресу. Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія: Психологічні науки, 2018, вип. № 2 (10), с. 26-41.
5. Герасименко Л.О., Скрипніков А.М., Ісаков Р.І., Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад: навч. Посіб. К.: ВСВ «Медицина», 2023. 120 с.
6. Горошко О.М., Психологічні наслідки травматичного досвіду. Львів: ЛНУ, 2018. 192с.
7. Гунько Б.А., ПТСР в вимірі часу. Науковий вісник Херсонського державного університету, серія: Психологічні науки, 2016, № 1, т. 1, с. 149-153.
8. Гусев О.О., Психологічні фактори формування професіоналізму військовослужбовця: Збірник наукових праць: психологія, Івано-Франківськ, ПНУ імені Василя Стефаника, 2015, № 20 , с. 55-63.

9. Діденко М.В., Травматичний досвід та його наслідки у контексті бойових дій. Вісник Харківського НПУ імені Григорія Сковороди, Психологія, 2017, № 56, с. 55-65.

10. Дуда С.В., Белов О.О., Пшук Н.Г., Слободанюк Д.П. Медикопсихологічна реабілітація комбатантів: Клініко-патопсихологічні та соціальні аспекти. Вінниця: ВНМУ імені М.І. Пірогова, 2023. 244 с.

11. Зарицька В.І., Діагностика посттравматичного стресового розладу у військових: сучасні підходи. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: психологічні науки, 2016, № 1, том 2, с. 144-149.

12. Кириленко Н.С., Психологічна реабілітація учасників АТО/ООС. Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія 12: Психологічні науки, 2019, № 7 (52), с. 94-103.

13. Кокун О.М. Психологічні особливості формування та розвитку ПТСР У військовослужбовців. Вісник Національної академії оборони України, 2014, вип. № 3 (39), с. 225-230.

14. Корнієнко Л.М, Психологічна реабілітація військовослужбовців - учасників АТО: проблеми та перспективи. Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія: Психологічні науки, 2016, № 1 (4), с. 84-97.

15. Кравченко Т., Посттравматичний стресовий розлад: особливості діагностики та напрями психологічної корекції. Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія 12: Психологічні науки, 2018, №6 (51), с. 68-77.

16. Кальниш В.В., Фізіолого-гігієнічні особливості процесу реабілітації військовослужбовців після перебування в зоні бойових дій. Меркьюрі-Поділля, Вінниця, 2020. 300 с.

17. Кочарян О.С., Барінова Н.В., Харченко О.С. Особливості структури інфантильного травматичного домвіду у демобілізованих учасників бойових дій в Україні з постстрессовою психологічною дезадаптацією. Психологічне консультування і психотерапія, Харків, 2018, вип. 9, с.34-41.

18. Ларіонова Т.В., Травматичний стрес: прояви та шляхи подолання. Психологічні науки: проблеми і збутки, Київ, 2017, № 1 (10) 122-136 с.
19. Максименко С.Д., Грись А.М., Практика роботи психологів із запитами військовослужбовців, що повернулися с зони АТО: досвід та перспективи, навч. посібник. Київ: Логос, 2017. 244 с.
20. Малик В.О., Особливості проявів посттравматичного стресового розладу у сучасних бойових умовах. Вісник Національного університету оборони України, Київ, 2016, № 3 (51), с. 97-103.
21. Матяш М.М., Дикун О.П., Гриненко Ю.А., Реабілітація інвалідів – учасників бойових дій в Київській області, Міжнародний неврологічний журнал, 2017, №4, с. 23-34.
22. Мішиєв В.Д., Михайлов Б.В., Гриневич Є.Г., Омелянович В.Ю. Розлади психічної сфери внаслідок бойових дій: навч. Посіб. К: ВСП «Медицина», 2023. 127 с.
23. Москалець В.В., Психотерапія травми: теорія і практика. Чернівці: Книги-XXI, 2014. 260 с.
24. Мустафаєв А., ПТСР у військових умовах (інформативний аналіз проблеми), том 26 № 2, 2023. <https://doi.org/10.15421/172326/>
25. Олійник М.І., Психологічна допомога військовослужбовцям із симптомами ПТСР: сучасний стан та перспективи. Вісник післядипломної освіти. Серія: соціальні та поведінкові науки, Київ, 2017, № 3 (32), с. 102-115.
26. Оліфіра О.В., Психологічні механізми подолання травми. Вид: Теоретичні і прикладні проблеми психології. Северодонецьк/Київ, 2017. с. 188-197.
27. Остапчук Т.В., Психокорекційні методи роботи з травмою. Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2018, том 7, № 45, с. 156-167.
28. Панько Т.В., Травма війни: психологічна допомога та реабілітація постраждалих. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки. Херсон, 2017, №2, том 1, с. 154-159.

29. Пархоменко О.М., Арт-терапія в роботі з травмою. Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2018, том 11, № 17, с. 214-225.
30. Павленко В.В., Психофізіологія стресу. Дніпро: ДНУ імені Олеся Гончара, 2017. 156 с.
31. Павленко Ю.М., Психологічні наслідки бойових дій для особистості військовослужбовця. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки. Херсон, 2016, №2, том 2, с. 68-73.
32. Прийоми психологічної самодопомоги учасникам бойових дій. Методичні рекомендації. Київ: «Центр учбової літератури», 2023. 73 с.
33. Психологічна робота з військовослужбовцями-учасниками бойових дій на етапі відновлення. Методичний посібник. Київ: «Центр учбової літератури», 2023. 283 с.
34. Раєвська Я.М., Вплив тривожності на вибір копінг-стратегій в стресових умовах праці, Габістус, 2021. Вип.30, с. 108-122.
35. Романов М.В., Психофізіологічні прояви посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців - учасників бойових дій. Українська воєнно-медична академія, 2017, № 2, с. 88-94.
36. Семенова А.В, Соціально-психологічна підтримка ветеранів. Дніпро: Університет ДУ, 2020. 170 с.
37. Сироп'ятов О.Г., Дзеружинська Н.О., Техніки терапії при посттравматичному стресовому розладі: навч. посібник, Київ: УВМВ, 2014. 320 с.
38. Спиридонова І.О., Особливості психоемоційного стану військовослужбовців під час виконання бойових завдань. Військова психологія у вимірах війни та миру: проблеми, досвід, перспективи. Матеріали IV Міжнар.наук.-практ. конф. Київ, 2019, с. 169-171.
39. Титаренко Т.М., Психологічне здоров'я особистості: засоби самодопомоги в умовах тривалої травматизації, Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2018. 160 с.

40. Ткалич М.Г., Кравченко О.В. Психологічні особливості переживання травматичних подій учасникам АТО. Вісник ХНПУ ім. Г. Сковороди. Психологія, 2018, Вип. 58, с. 233-242.
41. Ткач Б.М., Психологічна травма та методи її подолання. Київ: Освіта, 2019. 208 с.
42. Третьяк Н.М., Психологічна реабілітація учасників бойових дій. Львів: Світ, 2020. 188 с.
43. Туриніна О.Л., Психологія травмуючих ситуацій: навч.посіб. для студентів вищих навчальних закладів. К.: ДП Вид.: Дім Персонал, 2017, 176 с.
44. Хайтович М.В., Місюра М.В., ПТСР: епідеміологія, патофізіологія та лікування. Український медичний часопис, Київ, 2016, № 1 (111), с. 84-89.
45. Херсонська О.Л., Психологічні механізми розвитку ПТСР у військослужбовців. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки, 2016, № 6, том 2, с. 96-101.
46. Хлистун О.С., Особливості психотравматизації військовослужбовців, які брали участь у бойових діях. Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія: Психологічні науки, 2017, № 1, с. 264-278.
47. Хмиляр О.Ф., Психологічні наслідки бойового стресу. Київ: Національний університет оборони України, 2014. 210 с.
48. Чупак М.М, Методика роботи з бойовою травмою. Львів: Світ, 2021. 216 с.
49. Чепелєва Н.В., Психологічна допомога особистості у подоланні наслідків травматичних подій. Одеса: Психея, 2017. 156 с.
50. Числицька О.В., Проблема посттравматичного стресового розладу в сучасній медико-психологічній практиці. - К.: Вісник Національної академії оборони України, 2015, № 2, с. 41-47.
51. Чорна В., Серебреннікова О., Коломієць В., Гозак С., Посттравматичний стресовий розлад під час повномасштабної війни у військовослужбовців. Молодий вчений, 2023, № 12 (124), с. 28-39.

52. Шелестова О.В., Розлади адаптації як наслідок впливу стресу. Київ: Медична психологія, 2016, № 4, с. 74-77.
53. Шепелєва Л., Життя на повну катушку. 51 ідея для відновлення душевного спокою під час війни та будь-коли. Біла Церква: Час Змін Інформ, 2024. 156 с.
54. Ягупов В., Військова психологія: методологія, теорія та практика: підручник. - К: Psyhobook, 2023. 517 с.
55. Ярмольчик М.О., Агресія та тривожність як детермінанти вибору копінг-стратегій військовослужбовцями під час декомпресії. Вчені записки ТНУ ім. В.І. Вернадського. Сер.: Психологія, 2021, № 2, с. 109-115.
56. American Psychiatric Association, DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Washington: DC, 2013. 947 p.
57. Beck A.T., Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice, New York: Guilford Press, 2011. 412 p.
58. Bonanno G.A. Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Experiencing Aversive Events. American Psychologist. 2004. Vol. 59, p. 20–28.
59. Briere J., Scott C., Principles of Trauma Therapy: A Guide to Symptoms, Evaluation, and Treatment (DSM-5 Update). 2nd ed, Los Angeles: SAGE Publications, 2015. 440 p.
60. Bryant R., Acute Stress Disorder: Who It Is, and How to Treat it, New York: Guilford Press, 2016. 212p.
61. Foa E., Keane T., Friedman M., Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies, New York: The Guilford Press, 2020. 610 p.
62. Foa E., Hembree E., Rothbaum B., Prolonged Exposure Therapy for PTSD: Emotional Processing of Traumatic Experiences. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2019. 200 p.
63. Friedman M., Handbook of PTSD: Science and Practice, New York: Guilford Press, 2021. 706 p.

64. Gross J.J., Emotion Regulation: Taking Stock and Moving Forward. *Annual Review of Psychology*, 2013. Vol. 64. p. 209–247.
65. Herman J., Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence-from Domestic Abuse to Political Terror/ New York: Basic Books, 2017, 304 p.
66. Hobfoll S.E., The Ecology of Stress: Stepping Out of the Shadows of Traumatic Events. New York: Plenum Press, 2004. 320 p.
67. Horowitz M.J., Stress Response Syndromes: Personality, Psychopathology, and Psychotherapy. 4th ed. Northvale: Aronson, 2001. 267 p.
68. Janoff-Bulman R., Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma, New York: Free Press, 2002. 240 p.
69. Joseph S., Linley P., Positive Psychology in Practice, JohnWiley&Sons, 2004. 770 p.
70. Lazarus R., Folkman S., Stress, Appraisal and Coping, New York: Springer Publishing Company, 1984. 456 p.
71. Levine P., Frederick A. Waking the Tiger: Healing Trauma, North Atlantic Books, 1997. 288 p.
72. McFarlane A.C., The long-term Costs of Traumatic Stress: Interwined Physical and Psychological Consequences. *World Psychiatry*, 2010. Vol. 9, p. 3–10.
73. Ogden P., Fisher J., Sensorimotor Psychotherapy: Interventions for Trauma and Attachment. New York: W.W.Norton & Company, 2015. 460 p.
74. Pennebaker J., Smyth J.M. Opening Up by Writing It Down: How Expressive Writing Improves Health and Eases Emotional Pain. 3rd ed. New York: Guilford Press, 2016. 216 p.
75. Selye H., Stress Without Distress, New York: J. B. Lippincott, 1974. 171p.
76. Van der Kolk B., The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma, New York: Viking, 2014. 464 p.
77. Weathers F.W., Litz B.T., Keane T.M., The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) - Standard [Measurement instrument], Washington, DC: National Center for PTSD, 2013, 40 p.

78. Weiss D.S., The impact of Event Scale-Revised: Scoring and Interpretation. Palo Alto: NCGI, 2007. 28 p.
79. Wilson J., Keane T., Assessing Psychological Trauma and PTSD, New York: Guilford Press, 2004. 600 p.
80. Yehuda R., Post-Traumatic Stress Disorder. The New England Journal of Medicine. 2002. Vol. 346, p. 108–114.
81. Zuckerman M., Vulnerability to Psychopathology: A Biosocial Model. Washington, DC: APA Press, 1999. 552 p.
82. Shapiro F. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy: Basic Principles, Protocols, and Procedures. 2nd ed. New York: The Guilford Press, 2001. 396 p.
83. Figley C.R., Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized. New York: Brunner/Mazel, 1995. 268 p.
84. Hobfoll S.E., Conservation of Resources Theory and Its Implications for Health Psychology. Health Psychology, 2016. Vol. 35, p. 1–9.
85. King D., Military-related PTSD: A Review of the Evidence. Clinical Psychology Review, 2018. Vol. 63, p. 77–89.
86. Resick P.A., Monson C.M., Chard K.M., Cognitive Processing Therapy for PTSD: A Comprehensive User's Manual, New York: The Guilford Press, 2017. 360 p.

ДОДАТКИ

Додаток 1

Шкала оцінювання тривоги Гамільтона (НАМ-А)

Інструкція. Позначте галочкою відповідний номер, який становить для вас тяжкість.

0 = Відсутня 1 = Легка 2 = Помірна 3 = Тяжка 4 = Дуже тяжка

1. Тривожний настрій <table border="1" style="width: 100%; height: 60px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>											Занепокоєння, очікування на найгірше, очікування зі страхом, дративливість	8. Тілесні (сенсорні) прояви <table border="1" style="width: 100%; height: 60px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>											Дзвін у вухах, розмитість зору, гарячі та холодні припливи, відчуття слабкості, відчуття поколювання
2. Напруга <table border="1" style="width: 100%; height: 60px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>											Відчуття напруги, стомлюваність, здригання, може легко розплакатися, тремтіння, відчуття занепокоєності, нездатність розслабитися	9. Кардіоваскулярні симптоми <table border="1" style="width: 100%; height: 60px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>											Тахікардія, серцебиття, біль у грудях, пульсування у судинах, відчуття того, що людина знепритомнює
3. Страх	Страх темряви, чужих, бути наодинці, тварин, дорожнього руху,	10. Респіраторні симптоми	Тиск або стискування у грудях, відчуття задиху, зітхання, важке																				

1	2	3	4	5	натовпу.	1	2	3	4	5	дихання.
4. Інсомнія					Труднощі з засинанням, уривчастий сон. Незадовільний сон і втома по пробудженні, сновидіння, кошмари, нічні жахи.	11. Шлунково-кишкові симптоми					Труднощі з ковтанням, гази, біль у животі, відчуття печії, переповненості шлунку, нудота, блювота, бурчання у животі, рідке випорожнення, втрата ваги, закреп.
1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	
5. Інтелект					Труднощі з концентрацією, погана пам'ять	12. Сечостатеві симптоми					Частота сечовипускання, невідкладний позив до сечовипускання, аменорея, менорагія, передчасна еякуляція, втрата лібідо, імпотенція.
1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	
6. Пригнічений настрій					Втрата інтересу, нестача задоволення від хобі, депресія, раннє пробудження, добові коливання настрою.	13. Вегетативні симптоми					Сухість у роті, припливи, блідість, схильність до потовиділення, запаморочення
1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	
7. Тілесні м'язові прояви					Біль, м'язові спазми, ригідність, судорожні рухи, скрегіт зубів, невпевнений голос, підвищений м'язовий тонус	14. Поведінка впродовж співбесіди					Хвилювання, занепокоєність або метушливість, тремор рук, зморщені брови, напружене обличчя, зітхання або часте дихання, блідість обличчя, ковтання тощо
1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	
Загальна оцінка за HAM-A: _____											
Коментарі: _____											

Додаток 2

Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS)

Інструкція: прочитайте уважно кожне твердження і обведіть кружечком відповідну цифру ліворуч біля варіанта відповіді, який найбільше відповідає тому, як ви себе почували минулого тижня. Час заповнення 20 хвилин.

D	A	СИМПТОМ
	A	1. Я відчуваю напруженість
	3	Весь час
	2	Часто
	1	Час від часу, іноді
	0	Зовсім не відчуваю
D		2. Те, що було раніше, приносило мені велике задоволення, і зараз викликає в мене такиж самі почуття

0		Безумовно, це так
1		Напевно, це так
2		Лише дуже малою мірою це так
3		Це зовсім не так
	A	3. Я відчуваю страх, здається, ніби щось жахливе може от-от трапитися
	3	Безумовно, це так, і страх дуже сильний
	2	Це так, але страх не дуже сильний
	1	Іноді, але мене це не турбує
	0	Зовсім не відчуваю
D		4. Я здатний розсміятися і побачити в тій чи іншій події смішне
0		Безумовно, це так
1		Напевно, це так
2		Лише дуже малою мірою це так
3		Зовсім не здатний
	A	5. Неспокійні думки крутяться в мене в голові
	3	Постійно
	2	Дуже часто
	1	Час від часу і не так часто
	0	Тільки іноді
D		6. Я відчуваю бадьорість

3		Зовсім не відчуваю
2		Дуже рідко
1		Іноді
0		Практично весь час
	A	7. Я легко можу сісти і розслабитися
	0	Безумовно, це так
	1	Напевно, це так
	2	Лише дуже малою мірою це так
	3	Зовсім не можу
D		8. Мені здається, що я почав все робити дуже повільно
3		Практично весь час
2		Часто
1		Іноді
0		Зовсім ні
	A	9. Я відчуваю внутрішнє напруження або тремтіння
	0	Зовсім не відчуваю
	1	Іноді
	2	Часто
	3	Дуже часто
D		10. Я не доглядаю за своєю зовнішністю
3		Безумовно, це так

2		Я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно
1		Може бути, що я став менше приділяти цьому уваги
0		Я доглядаю за собою так саме, як і раніше
	A	11. Я відчуваю непосидючість, немов мені потрібно постійно рухатися
	3	Безумовно, це так
	2	Напевно, це так
	1	Лише дуже малою мірою це так
	0	Зовсім не відчуваю
D		12. Я вважаю, що мої справи (заняття, захоплення) можуть давати мені почуття задоволення
0		Точно так само, як і зазвичай
1		Так, але не в тій мірі, як раніше
2		Значно менше, ніж зазвичай
3		Зовсім так не вважаю
	A	13. У мене буває раптове відчуття паніки
	3	Дуже часто
	2	Досить часто
	1	Не дуже часто
	0	Зовсім не буває
D		14. Я не можу отримати задоволення від хорошої книги, радіо- чи телепрограми
0		Часто

1		Іноді
2		Зрідка
3		Дуже рідко
		Загальна сума балів

Додаток 3

Опитувальник симптомів ПТСР PCL-5 (PTSD CHECKLIST)

№	Протягом останнього місяця як сильно вас турбували	Зовсім ні	Трохи	Помірно	Відчутно	Дуже
1	Повторювані, хвилюючі та небажані спогади стресового досвіду?	0	1	2	3	4
2	Повторювані, хвилюючі сновидіння про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
3	Раптові почуття або події, ніби стресовий досвід знову повторюється?	0	1	2	3	4
4	Почуття засмученості, коли щось нагадує про стресовий розлад?	0	1	2	3	4
5	Сильні фізичні реакції, коли щось нагадувало про стресовий досвід (серцебиття, утруднення дихання, пітніння)	0	1	2	3	4

6	Уникання спогадів, думок або почуттів, пов'язаних із стресовим досвідом?	0	1	2	3	4
7	Уникання зовнішніх стимулів (людей, предметів, місць тощо), які нагадують про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
8	Проблеми згадування важливих моментів стресового досвіду?	0	1	2	3	4
9	Сильні негативні переконання про себе, інших людей або навколишній світ (я поганий, зі мною щось не так, нікому не можна довіряти, світ - небезпечне місце)	0	1	2	3	4
10	Самозвинувачення або звинувачення інших на рахунок стресового досвіду, або того, що сталося після нього?	0	1	2	3	4
11	Сильні негативні емоції, такі як страх, жах, злість, почуття провини або сором?	0	1	2	3	4
12	Втрата інтересу до тієї активності (діяльності), яка раніше приносила задоволення?	0	1	2	3	4
13	Відчуття віддаленості або відокремленості від інших?	0	1	2	3	4
14	Проблеми у переживанні негативних емоцій (незмога у відчутті радості або любові щодо близької людини)	0	1	2	3	4
15	Роздратування, спалахи гніву, агресивна поведінка?	0	1	2	3	4
16	Те, що ви дуже ризкуєте або робити речі, які можуть зашкодити?	0	1	2	3	4
17	Бути «на взводі» або «на сторожі»?	0	1	2	3	4
18	Відчуття постійної напруги?	0	1	2	3	4

19	Труднощі із зосередженостю?	0	1	2	3	4
20	Проблеми із засинанням або нічні прокидання?	0	1	2	3	4

Додаток 4

Шкала оцінки впливу травматичної події — переглянута (IOES-R)

Твердження	Ніколи	Зрідка	Інколи	Часто
1. Будь-яка згадка про цю подію змушувала мене знову переживати все, що сталося	0	1	3	5
2. Я не міг спокійно спати вночі	0	1	3	5
3. Де-які речі змушували мене весь час думати про те, що зі мною трапилося	0	1	3	5
4. Я відчував постійне роздратування і гнів	0	1	3	5
5. Я не дозволяв собі засмучуватися, коли думав про цю подію або про те, що нагадувало мені про те, що трапилося	0	1	3	5
6. Я думав проти своєї волі про те, що трапилося	0	1	3	5

7. Мені здавалося, що все, що сталося, ніби не було насправді або все, що тоді відбувалося, було нереальним	0	1	3	5
8. Я намагався уникати всього, що нагадувало мені про те, що трапилося	0	1	3	5
9. Окремі картинки того, що сталося, раптово виникали у свідомості	0	1	3	5
10. Я був весь час напружений і сильно здригався, якщо щось раптово лякало мене	0	1	3	5
11. Я намагався не думати про те, що трапилося	0	1	3	5
12. Я розумів, що мене досі буквально переповнюють важкі переживання з приводу того, що трапилося, але нічого не робив, щоб їх уникнути	0	1	3	5
13. Я відчував щось на зразок зацеплення, і всі мої переживання з приводу того, що сталося, були ніби паралізовані	0	1	3	5
14. Я раптом помічав, що дію або відчуваю себе так, як ніби все ще перебуваю в тій ситуації	0	1	3	5
15. Мені було важко заснути	0	1	3	5
16. Мене буквально охоплювали нестерпно важкі переживання, пов'язані з тією ситуацією	0	1	3	5
17. Я намагався витіснити те, що трапилося, з пам'яті	0	1	3	5
18. Мені було важко зосередити свою увагу на чому-небудь	0	1	3	5
19. Коли щось нагадувало мені про те, що трапилося, я відчував неприємні фізичні відчуття - спітніння, дихання збивалося, нудоту, частішав пульс тощо	0	1	3	5
20. Мені снилися важкі сни про те, що зі мною трапилося	0	1	3	5

21. Я був постійно насторожі і весь час чекав, що трапиться щось погане	0	1	3	5
22. Я намагався ні з ким не говорити про те, що трапилося	0	1	3	5

Додаток 5

Методика психологічної діагностики копінг-механізмів Е. НЕІМ (в адаптації Л.І. Васермана)

А

1. «Кажу собі: нині є щось важливіше ніж труднощі»
2. «Кажу собі: це доля, потрібно з цим змиритися»
3. «Це несуттєві труднощі, не все так погано, в основному все добре»
4. «Я не втрачаю самовладання, зберігаю самоконтроль у складних ситуаціях та намагаюся нікому не показувати свій стан»
5. «Я намагаюся проаналізувати, все зважити і пояснити собі, що ж трапилося»

6. «Я кажу собі: порівнянно із проблемами інших людей мої - це дрібниця»

7. «Якщо щось трапилося, на все воля Божа»

8. «Я не знаю, що робити, іноді мені здається, що не виплутатися з цих труднощів»

9. «Я надаю своїм труднощам особливого змісту, долаючи їх, я розвиваюся та самовдосконаблююся»

10. «Нині я повністю не можу впоратися з цими труднощами, але згодом можу впоратися і з ними, і з більш складними труднощами»

Б

1. «Я завжди обурююся несправедливістю долі до мене і виражаю свій протест»

2. «Я впадаю у відчай, ридаю і плачу»

3. «Я не дозволяю собі виражати емоції»

4. «Я завжди впевнений, що є вихід із важкої ситуації»

5. «Я довіряю подолання своїх труднощів іншим людям, які готові допомогти мені»

6. «Я впадаю у стан безнадійності»

7. «Я вважаю себе винним і отримую по заслугах»

8. «Я впадаю у лють, стаю агресивним»

В

1. «Я занурююсь у улюблену справу, намагаючись забути про труднощі»

2. «Я намагаюся допомогти людям, і в турботах про них забуваю про свої проблеми»

3. «Намагаюся не думати про свої проблеми»

4. «Намагаюся відволіктися і розслабитися (за допомогою алкоголю, заспокійливих засобів, смачної їжі тощо)»

5. «Щоб пережити труднощі, я беруся за здійснення давньої мрії (подорожую, вивчаю іноземну мову тощо)»

6. «Я намагаюся залишитися на одінці з собою»

7. «Я співпрацюю із значущими для мене людьми для подолання труднощів»
8. «Я зазвичай шукаю людей, здатних допомогти мені з порадою»

Додаток 6

Вправи психокорекційної програми

Вправа «*Контейнер*» - це популярна техніка в когнітивно-поведінковій терапії травми, яка допомагає тимчасово "відкласти" важкі думки, емоції чи спогади, щоб вони не заважали повсякденному функціонуванню. вона не пригнічує почуття, а лише дає можливість людині упорядкувати їх та повернутися до них тоді, коли буде більше ресурсу. Суть справи полягає в тому, що людина уявляє спеціальне місце або об'єкт - контейнер (сейф, коробка, валіза, скриня, баночка, ящик), у який можна безпечно помістити неприємні переживання. Головне, щоб він був міцний, закритий та викликав відчуття безпеки. Терапевтуємому треба звернути увагу на свій стан (які думки

та емоції заважають: тривога, спогад, страх, нив'я злива думка тощо), потім уявити контейнер (чітко описати його: розмір, замок, місце знаходження), який повинен бути міцним, безпечним, зі зручним способом закриття. Після цього треба перенести переживання всередину (це легше зробити, коли думки набувають форму предметів або файлів), закрити контейнер та відкласти його. Дати дозвіл людині повернутися до контейнеру, коли вона буде в ресурсі, або під час терапевтичної зустрічі. Тепер треба перевести увагу в теперішній момент (кілька глибоких видихів, роздивитися кімнату, торкнутися реальних предметів). Така вправа допомагає тимчасово зняти емоційне навантаження, понизити тривогу, повернути відчуття контролю та безпеки - тому вона корисна при ПТСР. Це інструмент саморегуляції, який добре використовувати в ситуаціях перевантаження. Перші рази бажано її робити з терапевтом.

Арт-терапевтична вправа «*Мій символ безпеки*» - спрямована на зміцнення внутрішнього відчуття захищеності та опори. Має цілі: активізувати внутрішні ресурси, сформувані власний «якір безпеки», посилити контроль над емоційним станом, створити стабілізуючий образ, до якого можна повертатися в безпечні моменти. Учасник створює візуальний образ, який уособлює для нього безпеку, опору, стабільність, спокій. Це може бути будь-який предмет або природний об'єкт, чи тварина, геометричний символ або вигаданий знак. Потрібно взяти те, на чому можна малювати, та чим можна малювати - будь-що. Учасник може і самостійно ставити до себе запитання: що для нього означає безпека, які образи викликають у нього це відчуття, що або хто є його опорою. Та створює символ, не оцінюючи естетику. Після завершення дискус з рефлексивними запитаннями: чому саме цей символ, які емоції викликає, як він може допомагати, що відчуває терапевтуємий. Для закріплення ефекту людині пропонують носити символ з собою, чи використовувати як візуалізацію під час тривоги, або прикріпити в безпечному місці вдома. Таким чином ця вправа допомагає при дисоціації, панічних атаках та допомагає повернутися в теперішній момент завдяки проявленню стабілізуючого ресурсного образу.

Арт-терапевтична вправа «*Мій стан сьогодні*» - має на меті допомогти усвідомити актуальний емоційний стан, знизити напругу шляхом його зовнішнього вираження, розвинути навички емоційної саморефлексії та відсканувати динамку змін станів у процесі терапії. Матеріали для вправи звичайні: папери, олівці/фарби. Після короткого вступу терапевта учасник малює свій стан у вільній формі: абстракція, символ, фігура, образ з природи або "п'ямомис". Рефлексію після малюнка створюють правильні класичні запитання, які підходять до певного випадку: що зобразили, які емоції передає малюнок, чому обрали саме ці кольори, як виглядає внутрішній стан, якщо його описати словами, що хотілося би змінити, які зміни відбулися. По ситуації – учасників терапевт може запропонувати додати елемент, який символізує підтримку, зробити заземлюючу вправу чи поставити запитання - що мені потрібно зараз. Таким чином учасник усвідомлює власну емоційну динаміку, має полегшення вербалізації почуттів, можливість відслідкувати власні зміни в процесі психокорекції.

Вправа «*Опора під ногами*» - повертає відчуття контролю над тілом, понижує фізіологічну напругу, заземлює при навантаженні, стабілізує перед більш глибокими психотерапевтичними практиками. Проводиться стоячи чи сидячи так, щоб стопи повністю торкалися підлоги. При першому кроці - усвідомленні контакту, учасник фокусується на фізичних відчуттях (температура, твердість, тиск), слухаючи уповільнений голос терапевта - відчутти поверхню підлоги та звернути уваги на точку дотику. Потім відбувається перенесення ваги на кожну зі стоп, з п'ят на носки, знов на центр. Це дає відчуття контролю і повертає тіло. На третьому кроці відбувається глибоке заземлення: від стоп йдуть міцні корені - для укріплення відчуття стабільності. Потім 3-5 циклів дихання: на вдиху - відчуваю опору, а видиху: напруга залишає тіло, при чому видих повинен бути довший за вдих - це знижує активацію симпатичної системи. При завершенні терапевт запитує: як змінився стан, що відчуває тіло, чи стало більше опори. Ця вправа ефективна

для профілактики дисоціативних реакцій та активує парасимпатичну нервову систему.

Арт-вправа «*Мій внутрішній свідок*» формує здатність до самоспостереження без оцінювання, знижує інтенсивність травматичних переживань через безпечну дистанцію, розвиває внутрішній ресурс "спокійного спостерігача", покращує саморегуляцію та допомагає контролювати емоції, стабілізує перед травмофокусованою роботою. Внутрішній "свідок" - це частина психіки, яка може дивитися збоку, не відреагуючи автоматично. Розвиток цієї здатності знижує інтенсивність симптомів та зміцнює відчуття контролю. Терапевт вводить у стан спостереження, де немає критики та оцінювання, після чого пропонує на папері зобразити цього свідка: фігура, силует, символ, колір, абстракція - при чому важливі відчуття, а не художність. Наступний крок - опис символу: відповіді на запитання. Наприклад: якого кольору свідок та чому саме такого, чи має він спокійну позу чи активну або захищену, що він бачить коли дивиться на життя учасника, яку може дати підтримку? Далі йде інтеграція переживання, де учасник визначає які ситуації потребують залучення внутрішнього свідка та як він може нагадувати про себе у кризові моменти. Можна додати міні-вправу - уявити, що свідок знаходиться поруч та підтримує. Яке відчуття він дає терапевтуємому. Підсумовуючи, психолог розпитує що нового учасник дізнався про себе, як змінився його стан, як можна використовувати символ у повсякденному житті. Ця вправа покращує здатність до емоційної регуляції, знижує тривожність та реактивність, формує внутрішні опори та відчуття безпеки, підвищує усвідомленість та зміцнює ресурсну частину особистості перед опрацюванням травми.

Вправа "*Дорога життя: до та після*" проводиться для усвідомлення змін, що сталися з людиною до та після травматичного досвіду, формування наративу, де травма - лише частина шляху, а не уся особистість, знижує фіксацію на негативі та почутті безнадійності, розвитку здатності бачити власні ресурси та потенціал, інтеграції позитивних змін після корекції, підготовки до завершального етапу терапії. Вправа допомагає людині вийти з тунельного

бачення сприйняття життя через травму: символічно побачити своє минуле, теперішнє й майбутнє, відновити почуття безперервності життя, вийти з під симптому уникнення через безпечну форми роботи (малюнок) та активізувати внутрішні ресурси через наративне переосмислення. Робота проводиться на двох аркушах: зображується спочатку дорога до травми - які кольори, символи та емоції асоціюються з цим періодом, які були цілі, стани, ресурси. Терапевт ставить орієнтовні питання про важливі сфери минулого, внутрішні опори, домінуючу якість життя. На другому аркуші фігурант малює як він бачить шлях після пережитого та після терапії, чи з'явилися нові орієнтири, сили, цінності, куди веде подальша дорога, обговорює з психологом, що в нього змінилося у сприйнятті себе, які нові ресурси відкрилися після проходження програми, що допомагає рухатися вперед. При порівнянні двох малюнків учасник аналізує: які елементи зникли, а які з'явилися, що стало символами відновлення або сили, чи зменшилися тяжкість та хаос на дорозі, чи з'явилися орієнтири та ресурси. Після чого відбувається обговорення в групі: що стало найціннішим відкриттям, які зміни вони побачили у собі, що заберуть з цієї справи у майбутнє. Закріпленням результату є висновки: що учасник бере з собою як ресурс, а що залишає позаду, що є опорою зараз та що хочеться бачити попереду. Таким чином відбувається зменшення симптомів вторгнення (моє життя зруйноване), підвищується рівень мотивації, формується усвідомлення особистісних змін після терапії, посилюється внутрішня стабільність.

Вправа *"Що я контролював, а що ні"* проводиться як когнітивно-поведінкова та наративна техніка для роботи з почуттям провини та травматичними переконаннями та має на меті розділити реальні зони контролю та неконтролю в ситуації травми, зменшити патологічне самозвинувачення, повернути відчуття особистою компетентності, знизити рівень тривоги за рахунок когнітивної реструктуризації, підтримати формування здорового погляду на свій досвід. Терапевт пояснює про ілюзію контролю з метою розділити: що дійсно залежало від учасника, а що зовсім не залежало. Аркуш ділять відповідно на дві колонки, в кожній з яких треба записати конкретні

факти, емоції дії, ситуації під час травматичних подій, які він контролював (зліва). Наприклад, дії у межах наказу, власну реакцію в конкретний момент, підтримку побратимів, тактичні рішення в межах доступної інформації, свою витривалість, швидкість, дисципліну. У правій колонці він те, що не контролював: рішення командирів, інтенсивність обстрілів, поведінку противника, технічні несправності, випадкові фактори (руйнування будівель, погодні умови), травмування чи втрати. Терапевт підтримує клієнта, коригуючи надмірне самозвинувачення. Аналіз проводиться за допомогою запитань для обговорення: чи були реальні можливості вплинути на подію та що змінилося би, якщо б це було можливим у той ситуації, чи могла одна людина контролювати всі фактори бою. Цей етап допомагає побачити реальність, а не травматичні події. Проводиться підсумок на аркуші, де учасник виділяє іншим кольором: те, за що він реально відповідав, та те, що не могло бути під його контролем у визначених умовах. Терапевт допомагає з інтеграцією сформулювати корисні думки, що людина робила усе, що могла зробити у тих умовах; що не вона створила загрозу, що кожен відповідає конкретно за свої рішення, а не за дії всього оточення; що зберігав життя іншим настільки, наскільки це було можливо. терапевтичний ефект цієї вправи полягає в послабленні симптомів вторгнення та негативних переконань, поверненні відчуття контролю, нормалізації емоцій, зростанні толерантності до невизначеності, формуванні більш реалістичних переконань про себе.

Арт-терапевтична вправа *«Камінь провини - Камінь сили»* допомагає винести відчуття провини "назовні"; трансформувати важкі емоції в ресурс, стійкість, цінність; посилити відчуття контролю, гідності та внутрішньої сили; зменшити тяжкість переживань, пов'язаних із воєнним досвідом; підтримати процес переосмислення травматичної події. Для виконання вправи знадобляться два каменів (або один, трансформований в ході роботи), акрилові фарби/маркери/пастель, аркуш для письма, серветка та вода. Терапевт пропонує взяти камінь у руки та відчути, що саме несе учасник "камнем у грудях", яка провини тисне, чому людина звинувачує себе, навіть якщо об'єктивно це не її

відповідальність. Цей етап важливий, але м'який - травму не деталізують, лише сенс провини. На першому етапі учасник матеріалізує емоцію на камні, дає вигляд того, що він носить так довго. Далі відбувається усвідомлення контролю шляхом відповідей учасника на запитання терапевта: що дійсно залежало від людини, що було поза її впливом, чи могла людина передбачити або змінити ситуацію в тих умовах, чи була дія людини максимальною з можливих. Таким чином переходимо до трансформації у "камінь сили": учаснику пропонують за допомогою фарб змінити існуючий камінь, перемалювавши його у ресурсний, або взяти новий камінь та створити з ним інше. Терапевт задає запитання: на яку силу ти хочеш перетворити цю провину; яку якість вона тобі дала (витривалість, уважність, досвід, життя, братерства тощо); що ти забереш з цього досвіду як ресурс? Людина малює символи та кольори - все те, що асоціюється зі сміливістю, життєстійкістю, мудрістю, досвідом. Для інтеграції учасник бере камінь у руки та відповідає яку силу він отримав з цього досвіду, як вона може йому допомогти тепер, що він відпускає разом із камнем провини. Терапевт закріплює результат: те, що ти колись ніс, як тягар, стало твоєю опорою. Після вправи очікується трансформація негативного досвіду в позитивний, зниження інтенсивності почуття провини, стабілізація емоційного стану, підвищення самоцінності та відчуття внутрішньої сили, формування нової позиції щодо травматичної події.

Арт-вправа «Маленький крок» має на меті активізувати відчуття поступу, посилити самоєфективність, допомогти учаснику побачити конкретний, реалістичний наступний крок у подоланні ПТСР та поверненні до контролю над життям. Суть вправи полягає в тому, що учасник через образотворчу діяльність символічно зображає свій найближчий реальний крок, який він може зараз, щоб покращити свій психологічний стан, відновити внутрішню рівновагу або просунутися у реабілітації. Після вступу психолога, учасник заплющує очі на хвилину та розмірковує, що реально залежить від нього та малює символічно цей "крок": стежка, сходинки, двері, предмет, колір чи абстрактна форма, що передає намір, при бажанні - можна його підписати. Якщо образів не вистачає,

можна обрати щось з наліпок або карток. Потім йде обговорення - що символізує малюнок, чому саме його обрали, що допоможе зробити крок, коли пацієнт готов розпочати. Психолог підкреслює важливість реалістичності, акцентує на стабільності дії, а не на швидкості виконання. Така вправа стимулює мотивацію та почуття контролю, зменшує тривогу, яка пов'язана з майбутнім, переводить увагу на конкретні дії, підтримує позитивну динаміку реабілітації.