

Кафедра клінічної психології

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему:

Особливості емоційної сфери військовослужбовців

Виконав:

студент 2-го курсу групи ПМ - 215
спеціальності 053 Психологія
освітньо-професійна програма Клінічна
психологія

Духлій Пилип Михайлович

(прізвище, ім'я, по батькові)

Науковий керівник:

к. психол. н.

(наукова ступінь, вчене звання)

Карамушка Тарас Вікторович

(прізвище, ім'я, по батькові)

Робота рекомендована до захисту
рішенням кафедри клінічної психології

Протокол № _____ від «_____» червня 2023р.

Зав. кафедри _____ д. психол. н., с. н. с. Лисенко Ірина Павлівна
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Київ – 2023

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
Розділ 1. Теоретичний аналіз проблеми особливості емоційної сфери військовослужбовців.....	6
1.1. Сучасний стан дослідження проблеми особливостей емоційної сфери в психологічній науці.....	6
1.2. Особливості проявів різних емоційних станів та їх вплив на військовослужбовців.....	9
1.3. Специфіка прояву та чинники виникнення посттравматичного стресового розладу особистості.....	16
Висновки до першого розділу	20
Розділ 2. Методологічне обґрунтування емпіричного дослідження особливостей емоційної сфери військовослужбовців.....	22
2.1. Обґрунтування методичного забезпечення емпіричного дослідження особливостей емоційної сфери військовослужбовців.....	22
2.2. Особливості обраної вибірки для дослідження емоційної сфери військовослужбовців.....	28
Висновок до другого розділу.....	31
Розділ 3. Емпіричне дослідження особливостей емоційної сфери військовослужбовців.....	33
3.1. Інтерпретація результатів дослідження особливостей емоційної сфери військовослужбовців.....	33
3.2. Рекомендації психологам з проведення психологічного супроводу військовослужбовців.....	57
Висновки до третього розділу.....	73
ВИСНОВКИ	76
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	81

ВСТУП

Сьогодні суспільно-політичні та економічні процеси в Україні характеризуються нестабільністю та супроводжуються повномасштабним вторгненням в рамках російсько-української війни, соціально-економічними кризами, збільшенням кількості терактів з боку країни-терориста росії та повномасштабними бойовими діями на значній території України. Збільшується кількість членів силових структур, що залучаються до збройного протистояння. В реаліях українського суспільства ці проблеми видаються особливо важливими, оскільки все частіше спостерігаються стани соціальної фрустрованості, стану деривації в учасників військових конфліктів.

Ситуація бойових дій, призводить до виражених змін функціонального стану психічної діяльності, що характеризуються розвитком надзвичайно сильних негативних емоцій, таких як страх, тривога, агресія, кататонічний синдром. Це все призводить до розвитку психічних, емоційних деривацій, найчастіше емоційних, що може призводити до деструктивних змін психіки особистості та ускладнювати нормальне її функціонування.

Проблема соціально-психологічного супроводу військовослужбовців досліджується у вітчизняних і зарубіжних наукових працях (А. Бравее, В. Гічун, В. Ковтун, О. Коржиков, С. Захарик, В. Знаков, І. Ліпатов, Т. Пароянц, В. Попов, П. Сідоров, В. Стасюк). Незважаючи на значну кількість досліджень, проблема особливостей емоційної сфери військовослужбовців залишається практично нерозробленою, хоча специфіка їх служби вимагає спеціальних досліджень. На основі вище сказаного було визначено **тему** нашого дослідження: особливості емоційної сфери військовослужбовців.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити особливості емоційної сфери військовослужбовців.

Завдання дослідження:

1. Теоретично обґрунтувати проблему емоційної сфери особистості.

2. Емпірично визначити рівень стресу, як основний фактор впливу на психічний стан, визначити рівень самооцінки ПТСР як найрозповсюдженіше психологічне захворювання внаслідок бойових дій, визначити рівень невротичних станів як можливий попередній критерій віднесення військовослужбовців до однієї з груп ризику.

3. Використовуючи методи статистичного аналізу визначити які фактори впливають на стрес, появу ознак ПТСР та погіршення невротичних станів, сформуванати групи ризику

4. Порівняти групи ризику з аналогічними групами ризику у цивільних для визначення того, чи вплинула на цю групу ризику війна як така (тоді показники у цивільних і військових будуть однакові), чи це вплинули чинники в армії (і тоді цю групу варто мобілізувати на фронт з обережністю, з додатковим обстеженням у психолога при мобілізації).

5. Розробити програму психологічного супроводу військовослужбовців з ознаками посттравматичного стресового розладу та надати психолого-методичні рекомендації щодо супроводу військовослужбовців.

Об'єкт дослідження: емоційна сфера особистості

Предмет дослідження: особливості емоційної сфери військовослужбовців

Методи та організація дослідження. У процесі вивчення проблеми використовувались як загальнонаукові, так і спеціальні методи дослідження:

а) *теоретичні:* аналіз, синтез, порівняння та узагальнення наукових джерел;

б) *емпіричні:* психодіагностичні методи дослідження: шкала самооцінки психологічного стресу (PSM-25), що призначена для вимірювання феноменологічної структури переживань стресу, вимір стресових відчуттів в соматичних, поведінкових і емоційних показниках та опитувальник PCL-5 для вимірювання самооцінки симптомів ПТСР.

Наукова новизна та теоретичне значення дослідження: розглянути особливості емоційної сфери та емпірично визначити особливості проявів ПТСР у військовослужбовців, що приймають участь у комплексі заходів із відсічі та стримування збройної агресії російської федерації під час широкомасштабного вторгнення в 2022-23 рр.

Практичне значення дослідження результатів дослідження полягає у порівнянні груп ризику з аналогічними групами ризику у цивільних з метою визначення того, чи мав вплив самого фактору початку повномасштабного вторгнення рф або таким фактором була специфіка військової служби під час широкомасштабного вторгнення рф.

Дослідження проводили онлайн. В ньому прийняло участь 1888 громадян України, що на момент повномасштабного вторгнення проживали в Україні (включаючи тимчасово окуповані території) та за межами України. З них 1706 – цивільне населення та 182 – військовослужбовці. Було визначено дві групи досліджуваних. До першої групи увійшли громадяни України, що на момент проведення опитування знаходились в лавах ЗСУ або інших силових структурах (ЗСУ, ТРО, СБУ, Нацгвардія, Поліція тощо). До другої групи увійшли цивільні громадяни України.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

1.1. Сучасний стан дослідження проблеми особливостей емоційної сфери в психологічній науці

Емоційна сфера – ієрархічно структурована система, що була сформована на основі емоцій, що мають найбільше значення для життя. Емоційний аспект психіки представляє собою унікальну форму відображення реальності через особистісну перспективу, яка об'єднує оцінку та реакцію на оточуючий світ, і при цьому впливає на всі фізіологічні аспекти організму. Відрізняючись від гностичних процесів, що створюють образи властивостей та зв'язків предметів матеріального світу, емоційна сфера представляє собою відношення людини до речей, явищ і подій, що мають для неї велике значення, у формі переживань.

Сучасне життя є насиченим різноманітністю ситуацій, які спричинюють в людині широкий спектр емоцій. На жаль, з плином часу, з'являється все більше життєвих обставин (захоплення територій, військові дії, примусове переселення, коронавірус, політична нестабільність та інше), які породжують важкі негативні емоції, в справлянні з якими особистості потрібна підтримка та допомога.

Психічні процеси включають не тільки пізнавальний компонент, але і "афективний" елемент, емоційно-вольовий, який має не тільки знання про явища, а й ставлення до них. Отже, емоційну сферу можна розглядати як частину афективної сфери [4]. Різні психологічні школи особливо ставляться до проблеми емоцій та їх ролі в психологічній структурі. Біхевіористи вважають термін "емоція" недостатньо значимим і застосовують термін "активізація". За їхньою думкою, це термін більш відповідає пояснювальній силі.

3. Фрейд розглядав емоції як основну спонукальну силу психічного життя, яка ґрунтується на інстинктивних відчуттях. Але його учні почали

розглядати афект як внутрішній фактор, здатний стимулювати людську уяву. Не визначено також розуміння того, на якому рівні свідомості – свідомому чи підсвідомому – формуються емоції. Гуманістична психологія більш фокусується на природному взаємовпливі емоцій з підсистемами особистості та вільному виявленні емоційних переживань.

На початку 20-го століття в роботах Дж. Ватсона і П. Жане було сформульовано ідею, що емоція – це реакція організму на ситуацію. За П. Жане, емоція як реакція не зводиться тільки до внутрішнього переживання або до природних змін, порушень в роботі фізіологічних систем організму. Він наголошує, що емоція – це реакція особистості в цілому на ті ситуації, до яких вона не може адаптуватися, і ця реакція має функціональне значення.

Емоційне відображення має деякі особливості:

1) В емоціях відображається ставлення до предметної діяльності, об'єктивних якостей предмета, важливих для суб'єкта. Емоції виражають стан суб'єкта.

2) Відображення зовнішнього світу відбувається не у формі образу, а у формі переживання

3) Оскільки відображальна діяльність є одночасно і фізіологічною, і психічною, психофізіологічний характер емоційних явищ виражається в двоїстості: афективному відчутті з одного боку, і органічному прояву – з іншого.

[6]

Специфіка емоцій проявляється в контексті їх відображення, форми, характеру та особливостях їхньої структури і форми існування. Виокремлення переживання як форми експресії емоцій і їх відмінність від образів у пізнавальній сфері підкреслює відмінність пізнавальних та емоційних процесів. Вони обидва представляють форми психічного відображення, що вказує на їх взаємозв'язок і єдність.

Емоційні процеси впливають на пізнавальну діяльність людини, регулюючи її спрямованість і дозування інформації. Емоції можна класифікувати залежно від сфери явищ, які визначають їх виникнення.

Найбільш загальний поділ включає емоції, які спонукають до наближення (позитивне ставлення), і ті, які спонукають до віддалення (негативне ставлення).

Позитивне ставлення особи до чогось виражається в таких емоціях, як задоволення, радість, а негативне ставлення - в емоціях невдоволення, смутку, огиди, гніву. Залежно від впливу на організм, емоції можуть бути стенічними (підбадьорливими) або астенічними (виснажливими), що мотивують людину до виконання або припинення певних дій.

Залежно від впливу на діяльність, емоції поділяють на організуючі та дезорганізуючі, пов'язані з регулюванням психічної діяльності та поведінки людини, спрямованих на задоволення актуальних потреб.

Настрій є емоційним станом особи, який на деякий час впливає на його ставлення до дійсності. На відміну від інших емоційних явищ, настрій не має явного предметного змісту.

Джерела емоцій дійсно можуть бути різноманітними і залежати від багатьох різних факторів. Класифікація А. Ягелло, виділяє основні аспекти життя, які можуть викликати емоційні реакції. Давайте детальніше розглянемо кожний з цих пунктів:

1) Фізіологічні потреби: це основні потреби, такі як голод, спрага, потреба в сні, а також в сексуальній активності. Коли ці потреби не задовольняються, можуть виникнути негативні емоції.

2) Контакт з іншими людьми: люди є соціальними істотами, і взаємодія з іншими людьми може викликати широкий спектр емоцій, від радості та любові до злості і смутку.

3) Пізнання довкілля: вивчення і розуміння світу навколо нас також може викликати емоції. Це можуть бути позитивні емоції, такі як радість від відкриття чогось нового, або негативні, такі як розчарування або невпевненість.

4) Самопізнання: процес самовизначення та самоусвідомлення може викликати різноманітні емоції, залежно від того, як особа оцінює себе.

5) Спогади про минуле: спогади можуть викликати сильні емоції, зокрема якщо вони пов'язані з травматичними подіями або дуже щасливими моментами.

6) Мрії про майбутнє: очікування та плани на майбутнє також можуть викликати емоції, від надії та радості до страху та тривоги.

Щодо емоційних властивостей особистості, вони дуже важливі для того, як особа реагує на різні ситуації та події. Ці властивості включають емоційну збудливість (яка визначає, наскільки легко особа може стати емоційною), емоційну вразливість (яка визначає, наскільки глибоко особа може відчувати емоції), емоційну ригідність-лабільність (стабільність або змінюваність емоційного стану), емоційну стійкість (здатність ментально впоратися з негативними емоціями), та експресивність (здатність виражати свої емоції) [5]

1.2. Особливості проявів різних емоційних станів та їх вплив на військовослужбовців

Компоненти емоційної сфери утворюють складну взаємопов'язану систему (див. Рис. 1.1).



Рис. 1.1. Структурні компоненти емоційної сфери

Терміни "емоції" і "почуття" часто використовуються як синоніми, хоча вони мають різні значення.

Емоції – це відповідь на конкретну подію або ситуацію. Вони тимчасові та змінюються від моменту до моменту. Емоції можуть включати такі відчуття, як радість, страх, гнів, смуток та здивування.

Почуття, з іншого боку, є більш тривалими та стабільними, ніж емоції. Вони відображають загальний стан або настрій, які можуть бути визначені власними думками, переживаннями та відношенням до світу.

Емоції та почуття виконують важливі функції в житті людини. Вони допомагають нам оцінювати події та обставини, регулювати нашу діяльність та мотивувати нас до дій. Наприклад, позитивні емоції можуть спонукати нас до дій, які приносять нам задоволення, тоді як негативні емоції можуть вказувати на те, що щось потрібно змінити.

Однак, важливо зазначити, що всі емоції та почуття мають значення, навіть негативні. Вони надають нам важливу інформацію про наше внутрішнє стан та можуть допомогти нам краще зрозуміти себе.

Почуття надають різний вплив на діяльність. Гарний настрій посилює бажання працювати. При байдужості, байдужості до всього людина не здатна ставити і вирішувати життєво важливі завдання.

Наприклад, під час навчального процесу вчитель повинен викликати відповідну емоцію учня і подбати про те, щоб ця емоція зв'язалася з новим знанням. Знання буде краще запом'ятовуватись і вбудовуватись у внутрішні ментальні структури свідомості якщо воно пройшло через почуття учня. Все інше є мертве знання, що вбиває все живе відношення до світу.

Практично завжди ми знаходимося в якомусь емоційному стані: життєрадісному, оптимістичному, сумному, пригніченому, похмурому і т.д.

Виділяють кілька видів таких станів (див. Рис. 1.2).

Настрій, на відміну від почуттів та емоцій, є тривалим емоційним станом. Він може змінюватися протягом дня, але загалом він залишається стабільним протягом певного періоду часу. Настрій може суттєво впливати на наше сприйняття себе та світу навколо нас, на нашу енергію, продуктивність та здатність насолоджуватися життям.

Дійсно, наш настрій може впливати не тільки на нас, але й на людей навколо нас. Особливо це важливо в комунікації, оскільки настрій може впливати на наші взаємодії з іншими.

Відносно афекту, то це термін, що використовується в психології для опису екстремальних емоційних станів, які можуть включати раптові та інтенсивні реакції на події. Афекти можуть бути короткотривалими та дуже потужними, і вони часто призводять до значної зміни поведінки.

Управління власним настроєм є важливою частиною емоційного добробуту. Це може включати здатність змінювати настрій, коли він стає заважаючим, впливаючи на здоров'я або життєдіяльність. Також важливо визнавати, що всі настрої, навіть ті, що ми вважаємо негативними, мають місце в нашому житті та допомагають нам навчатися та розвиватися.

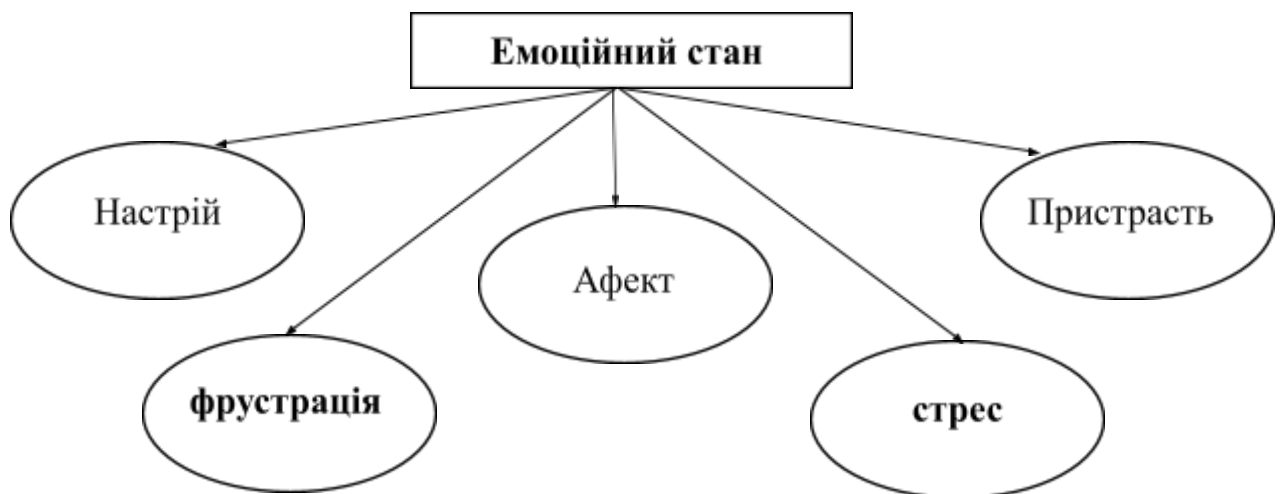


Рис. 1.2. Види емоційних станів особистості

В період афективного стану, особа може втратити спроможність саморегулювання та внутрішню рівновагу. Афект часто виникає непередбачувано, інколи триваючи лише декілька хвилин, але, незважаючи на його короткочасність, він може залишити глибокі сліди у вигляді психологічного шоку. Центральною характеристикою афекту є те, що він нав'язує індивіду необхідність вчинити певну дію, при цьому людина втрачає

своє сприйняття реальності. Вона припиняє бути під власним контролем і може навіть не усвідомлювати свої вчинки.

Існують ситуації, коли людина, опинившись у стані афекту, завмирає, її рухи та дії повністю зупиняються, вона мовби втрачає здатність до мовлення. Такі сценарії можна побачити під час природних катастроф або аварій.

Атаки афекту часто відбуваються непомітно і є дуже складними для контролю. Вони можуть значно вплинути на поведінку особи, можуть спричинити вузькість, іноді навіть осліплення свідомості. Це створює враження, що афекти є накладеними зовні, тому про них часто кажуть, як про явища, що відбуваються поза волею особи: я був переповнений страхом, я був охоплений гнівом, я був охоплений обуренням і так далі.

Афекти можуть залишити впливливі сліди в свідомості, і ці сліди формують сильний зв'язок з ситуацією, в якій вони були відчуті. Саме тому людям, які пережили глибокі травми, часто радять "змінити оточення", оскільки навіть маленька річ може викликати відродження афекту. Основним елементом його запобігання є почуття відповідальності перед самим собою та іншими.

Пристрасть є потужним та виразним емоціональним станом людини. Відрізняючись від афекту, це довготривале, всепроникливе почуття, яке стимулює бажання активного вчинку. Вона не обмежується лише однією спалаховою реакцією, а замість цього завжди проявляється через концентрацію, фокусування думок і енергії, спрямовані на єдину ціль – предмет пристрасті.

Основна різниця між емоціями та почуттями полягає у наступному. Емоції, як правило, передають первинну інформацію про відсутність або надлишок чогось, вони більш тісно пов'язані з біологічними процесами та сферою несвідомого. Натомість почуття, зазвичай, спрямовані та конкретні, вони асоціюються з соціальною сферою та найбільше відображені в нашій свідомості.

Почуття характеризуються ясно вираженою предметністю. Людина не може відчувати їх без асоціації з кимось або чимось. Людина не може відчувати любові, якщо в неї немає об'єкта прихильності. Аналогічно, вона не може

відчувати ненависть, якщо немає об'єкта ненависті. Довготривалий стрес може викликати у людини емоційну депривацію.

Сучасні українські дослідники Я. О. Гошовський і А. М. Маслюк визначають феномен депривації як психічний стан, що виникає в результаті обмеження можливості в задоволенні основних психічних і особистісних потреб [28, с. 63].

Важливими вважаємо зауваження Ю. М. Терлецької, яка відмічає, що, незалежно від площини й кута розгляду депривації та психічної депривації, найголовніше – психіка особистості, «в якій реально відбуваються зміни внаслідок незадоволення потреб: розвиток або його затримка чи регрес, формування чи руйнування певних її параметрів» [28, с.19].

Під психічними параметрами чи параметрами психіки слід розуміти критерії та показники певного рівня розвитку, ступеня досконалості (якісний вимір) та інтенсивності (кількісний вимір) функціонування складових психіки (котрі відповідають критеріям, показникам та ознакам, що забезпечують якісне функціонування психіки людини відповідно до віку), в тому числі й власне складових психічних процесів (критерії та показники рецепції, перцепції, пам'яті, мислення, уяви, волі, емоційних процесів і станів), психічних властивостей (критерії та показники здібностей, темпераментальних і характерологічних властивостей, пам'ятливості, інтелектуальності та ін.), психічних утворень (критерії та показники знань, навичок, умінь, стереотипів, ціннісних орієнтацій, мотивів, психомоторики, мовлення, свідомості, самосвідомості тощо).

А коли параметри психіки особистості зазнають негативних змін, тобто замість розвитку відбувається його затримка і, навіть, регрес (приміром, складових відчуттів, сприймання, пам'яті, мислення, уяви, волі, емоцій, почуттів тощо), руйнуються позитивні й формуються негативні властивості та якості, змінюється мотивація, відбувається ревізія цінностей (відкидаються попередні), в негативному напрямку змінюються складові свідомості й

самосвідомості тощо, то змінюється й поведінка особистості, якість виконання нею професійних завдань та ін.

На нашу думку, деприваційні умови, в яких особистість не може задовольнити потреби, необхідні для її нормальної життєдіяльності й розвитку, передусім, спричиняють депривуючий процес, який виявляється у зміні (затримці розвитку, регресі, формуванні чи руйнуванні) певних параметрів складових психічних процесів, психічних властивостей та психічних утворень особистості.

Отже, причиною виникнення психічної депривації особистості є незадоволення нею тих чи інших потреб, а сама психічна депривація виявляється як зміна параметрів психічних процесів, психічних властивостей та психічних утворень, що знижує дієспроможність психіки суб'єкта, тобто якість, ефективність її функціонування. А критеріями оцінки якості, ефективності функціонування психіки особистості є ті норми розвитку параметрів психічних процесів, психічних властивостей та психічних утворень, які забезпечують ефективність життєдіяльності суб'єкта на кожній віковій стадії його психосоціального розвитку.

Звідси, психічна депривація – це зниження дієспроможності психіки особистості з причин недорозвинення або несформованості чи руйнування певних психічних параметрів через незадоволення суб'єктом тих чи інших потреб, необхідних для його нормальної життєдіяльності й розвитку.

Зниження дієспроможності психіки особистості виявляється в зниженні її якості, ефективності процесу функціонування і спричиняється несформованістю чи руйнуванням певних її параметрів з причин незадоволення особистістю тих чи інших потреб, необхідних для її нормальної життєдіяльності й розвитку.

Отже, про психічну депривацію, точніше наявний рівень її розвитку можна говорити лише тоді, коли у психіці людини не сформувалися чи зруйновані певні параметри психічних процесів, психічних властивостей, психічних утворень внаслідок цілковитого чи часткового незадоволення потреб.

А коли параметри психіки особистості змінені в негативний бік, то знижується її дієспроможність, тобто якість, ефективність функціонування.

Існує декілька класифікацій видів депривації. Наприклад, Й. Лангмейер і З. Матейчек аналізують чотири види психічної депривації:

«1. Стимульна (сенсорна) депривація: знижена кількість сенсорних стимулів або їх обмежена мінливість і модальність.

2. Депривація значень (когнітивна): занадто мінлива, хаотична структура зовнішнього світу без чіткого упорядкування і сенсу, яка не дає можливості розуміти, передбачати і регулювати те, що відбувається зовні.

3. Депривація емоційного ставлення (емоційна): недостатня можливість для встановлення інтимного емоційного ставлення до будь-якої особи або розрив подібного емоційного зв'язку, якщо такий уже був створений.

4. Депривація ідентичності (соціальна): обмежена можливість для засвоєння автономної соціальної ролі.» [22]

Депривація - це стан, коли особистість довгий час перебуває поза своїми звичними потребами або негативними умовами, що призводять до психологічного стресу і почуття невдоволення. У вашому випадку специфіка перебування в зоні бойових дій створює деприваційні умови, які впливають на емоційний стан людини.

Емоційна депривація може виникнути внаслідок серйозних життєвих потрясінь, таких як втрата роботи або близьких людей, катастрофи та лиха. У невдачі при досягненні бажаної мети також можна виникати депривація. Цей стан характеризується руйнівною емоційною сферою особистості та появою сильних негативних емоцій, таких як страх, тривога, агресія [29].

Емоційна депривація може мати деструктивні наслідки для психічного стану особистості. Вона може порушити звичний ритм функціонування особистості, спричинити симптоми кататонічного синдрому (ступор, нерухомість, аномальні рухи тощо) та інші розлади психіки. Емоційна депривація може ускладнювати нормальне функціонування особистості і перешкоджати її повсякденним діям. Особистісні характеристики військових,

такі, як прогностична та гнітюча тривожність, а також релігійність, є чинниками, які обумовлюють використання тих чи інших стратегій поведінки у подоланні життєвих викликів, у військових, які мають тяжке поранення та ампутацію. Прогностична тривога відповідає за когнітивний компонент ставлення до невизначеності (усвідомлене і очікування та переконання щодо майбутнього і невизначеності). До гнітючої тривоги відносять тілесно-емоційні реакції на ситуації невизначеності та несподівані події.

1.3. Теоретичні аспекти розвитку посттравматичного стресового розладу

В екстремальних ситуаціях службової діяльності, які пов'язані з військовими діями, рятувальними операціями або іншими небезпечними умовами, особистість перебуває в постійному напруженому стані. Це може призвести до переоцінки цінностей, переваг та змін сприйняття світу. В екстремальних умовах, де немає гарантій безпеки та можливості випадкових травм або смерті, віра в самому сенс життя може бути підірвана. Постійне відчуття небезпеки і тривоги стає нав'язливим, оскільки основний страх спрямований на гіпотетичні можливості і випадковість, а не на конкретні події, що відбуваються в реальності. Цей процес покращує всі аспекти життя особистості. Психологічний стрес та тривога можуть спричинити визнавання як на фізичному, так і на психічному рівнях. Нав'язливі відчуття тривоги можуть змушувати людину функціонувати в поточному стані готовності до небезпеки, що призводить до фізичного напруження і зміни режиму сну і харчування. Відсутність відпочинку і періодів відновлення може призвести до фізичного та психічного пізнання. [11, 12, 18, 20].

Вивчення різноманітних симптомів показало, що психічний і фізичний стан окремих службовців у ході проведення складних службових дій в умовах підвищеного ризику для життя може бути надзвичайно деструктивним [3, 11, 17].

Визначають три основні стадії розвитку посттравматичного стресового розладу [69, 66, 50]:

1. Гостра (від моменту події до 6 тижнів);
2. Хронічна (від 6 тижнів до 6 місяців);
3. Відстрочена (від 6 місяців до кількох років).

Гостра стадія розвитку посттравматичного стресового розладу може тривати від декількох хвилин до декількох годин.

В цей період з'являється висока ймовірність загрози власному життю або життю рідних або людина стає свідком події (травма свідка). Такий період виникає дуже раптово.

Основними проявами поведінки людини в таких ситуаціях виступає страх, паніка. Страх допомагає людині мобілізувати ті ресурси організму, які сприяють самозбереженню, але якщо він переростає в кататонічний ступор, то навпаки, може спричинити катастрофічні наслідки для людини.

Після завершення даного періоду, люди можуть відчувати значне полегшення, покращення настрою, гіперактивність. Такий стан може тривати декілька годин, а потім виникає млявість, неспокій, тривога, загальмованість. Така людина все більше починає занурюватися в себе, з'являються порушення орієнтування в просторі, часі, загальмованість когнітивних процесів та емоційних і поведінкових проявів.

Хронічна стадія розвитку посттравматичного стресового розладу значною мірою, характеризується розладами поведінкової сфери особистості.

Людина стає більш розгубленою, все менше розуміє те, що з нею відбувається, але вже через деякий час вона стає вже більш економною та чіткою в своїх рухах, розподілу фізичної активності. Чим швидше людина візьме відповідальність за своє життя, тим легше пройде процес адаптації до нових умов навколишньої дійсності.

Зазвичай, на цій стадії людина мало говорить про пережиту травматичну подію. Чим більше вона пригнічує спогади, емоції про травму, тим гостріше проявляються ознаки посттравматичного стресового розладу. Людина стає

більш роздратованою, агресивною, з'являються думки та бажання помститися. Такий стан вона проектує на всіх оточуючих, навіть які не причетні до травматичної події. Все сильніше проявляються ознаки депресії, апатії, пригніченості та втрата сенсу життя в цілому.

В такому випадку, найчастіше, способом «втекти» від спогадів, почуттів, переживань стає алкоголь, наркотики.

Відстрочена стадія розвитку посттравматичного стресового розладу характеризується такими ознаками:

- підвищена втомлюваність
- порушення сну
- тремтіння, поколювання в пальцях
- немотивована пильність
- перевага негативних думок
- підвищена вразливість.
- депресія
- занижена самооцінка.

В такому стані людина відчуває себе безсилою, неспроможною впоратися зі своїм душевним болем, який повністю поглинає її. Все більше домінують думки, що вона нікчема, нічого не варта і, одночасно, проявляється боротьба з цими думками, їх неприйняття. Посилюється депресивний стан, все частіше виникають флешбеки у вигляді нічних кошмарів. Придушені емоції та переживання проявляються у вигляді психосоматичних ознак.

Ознаки складного посттравматичного стресового розладу:

1. Розлад регуляції рівня афективного збудження:

- хронічна дисрегуляція афектів;
- неспроможність впоратися зі злістю;
- самодеструктивна й суїцидальна поведінка;
- неспроможність адекватно вибудувати сексуальні стосунки;
- імпульсивний і ризикований спосіб поведінки.

2. Розлади уваги та свідомості:

- амнезія;

- дисоціація;

3. Соматизації.

4. Хронічні зміни особистості:

- зміни у сприйнятті себе (хронічні відчуття провини, самокатування; відчуття нездатності на щось впливати; відчуття ушкодженості назавжди);

- зміни у сприйнятті кривдника (спотворене ставлення, ідеалізація й захист кривдника);

- зміни у ставлення до інших людей (нездатність довіряти і зберігати стосунки; нездатність уникати повторних ретравматизацій; схильність до того, щоб робити інших людей жертвами).

5. Зміни у системі цінностей;

- розпач і безнадія;

- втрата життєвих переконань, які були до того.

У людей з ускладненим посттравматичним стресовим розладом немає базового стану фізичного спокою чи комфорту. Вони скаржаться не лише на безсоння чи збудження, але й на численні соматичні симптоми: головний біль через напруження, шлунково-кишкові розлади, біль у животі, спині, тазовій ділянці. Постраждалі можуть скаржитися на тремор, відчуття клубка в горлі, прискорене серцебиття тощо.

У розвитку посттравматичного стресового розладу провідну роль відіграють такі чинники:

- 1) непередбаченість травмуючої події (вибуху, катастрофи чи стихійного лиха);

- 2) жорстокість, брутальність поведінки вояків, ворога, терористів, злочинців;

- 3) тривалість напруження, наявність загрози для здоров'я і самого життя при перебуванні у концентраційному таборі, на окупованій чи екологічно забрудненій території, у зоні воєнних дій (хронічний стрес);

- 4) почуття психічної та/або фізичної безпорадності, комплекс жертви;

5) виснаження, наявність поранень, захворювань, що виникли внаслідок лиха;

б) недостатній рівень соціального захисту потерпілих [51].

Все ж, дані досліджень показують, що «кращими» чинниками ризику розвитку ПТСР є біологічно детерміновані властивості особистості, вони мають більш вагоме значення, тобто є кращими предикторами виникнення ПТСР [42].

Посттравматичний стрес спостерігається не лише у безпосередніх учасників травмуючих подій, але й у членів їхніх сімей, сусідів, знайомих, свідків [31; 32]. Отже, кількість людей з психічними розладами може перебільшувати кількість дійсних учасників подій.

Висновки до першого розділу

Теоретичний аналіз наукових джерел дозволив визначити, що емоційна сфера – ієрархічно упорядкована система, сформована на основі пріоритетних життєво важливих емоцій. Емоційна сфера психіки – це своєрідна форма відображення дійсності особистістю у вигляді відображення її ставлення до дійсності, що пов'язане з поширенням на весь організм збудження, яке викликається активною реакцією суб'єкта. На відміну від гностичних процесів, які відображають властивості і зв'язки предметів матеріального світу у формі образів, процеси емоційної сфери відображають ставлення людини до значущих для неї об'єктів, явищ і подій у формі переживань.

Психічна депривація – це зниження дієспроможності психіки особистості з причин несформованості чи руйнування певних психічних параметрів через незадоволення суб'єктом базових потреб, необхідних для його нормальної життєдіяльності й розвитку.

Депривація емоційного ставлення (емоційна): недостатня можливість для встановлення інтимного емоційного ставлення до будь-якої особи або розрив подібного емоційного зв'язку, якщо такий уже був створений. До емоційної

депривації, як правило, приводять серйозні життєві потрясіння, пов'язані з втратою місця роботи, близьких людей, різними катастрофами. Емоційна депривація проявляється у зниженні діапазону переживань, зміщенні їх модальності, що призводить до неможливості чи розриву стосунків, порушенні довіри, близькості.

В екстремальних ситуаціях службової діяльності людина знаходиться під великим стресом та постійною тривогою. Це стосується ситуацій, де є загроза життю, можливість отримати серйозні травми або каліцтва. У таких умовах особистість змушена стикатися з постійним неспокоєм та відчуттям небезпеки, неможливості контролювати свої базові потреби, зокрема потребу у безпеці. Цей постійний стрес і тривога викликають переоцінку цінностей та перегляд перспектив у житті. Випадковість смерті та страх її настання підбивають віру в самий сенс життя. Людина може відчувати, що її життя стало непередбачуваним, існує постійна загроза для її фізичного та психічного благополуччя.

Почуття тривоги стає нав'язливим і безперервним. Основний страх спрямований на гіпотетичну можливість небезпеки та випадковості, а не на конкретні події, які відбуваються в реальності. Це може призвести до узагальнення тривожних очікувань на всі аспекти життя та до відчуття втрати контролю над ситуацією. Симптоми ПТСР взаємопов'язані, але їх зв'язок не обов'язково лінійний. Є симптоми депресії (депресія, сама по собі, призводить до труднощів з концентрацією уваги), є симптоми зміни фізіологічної реактивності. Є блок симптомів «зростаючого збудження» в які входять як труднощі з концентрацією уваги так і гіперпильність. Тобто правильно говорити не про лінійний (один симптом породжує інший), а про циркулярно-дифузний та багатоскладовий зв'язок. Посттравматичний стрес спостерігається не лише у безпосередніх учасників травмуючих подій, але й у членів їхніх сімей, сусідів, знайомих, свідків. Отже, кількість людей з психічними розладами може перебільшувати кількість дійсних учасників подій.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

2.1. Обґрунтування методичного забезпечення емпіричного дослідження особливостей емоційної сфери військовослужбовців

Теоретичний аналіз наукових джерел з проблеми розвитку ПТСР дозволив визначити його як різновид неврозу, що виникає в результаті переживання психотравмуючих подій, проявляється як відтермінована реакція на стрес і характеризується розладами в когнітивній, емоційній, тілесній та поведінковій сферах особистості.

Нами була застосовано шкалу самооцінки психологічного стресу (PSM-25) Шкала PSM-25 Лемура-Тесьє-Філліон (Lemyr-Tessier-Fillion) призначена для вимірювання феноменологічної структури переживань стресу.

Лемур-Тесьє-Філліон розробили опитувальник, який описує стан людини, що переживає стрес, внаслідок чого відпала необхідність у визначенні таких змінних, як стресори або патології. Шкала самооцінки психологічного стресу PSM-25 (Lemyr-Tessier-Fillion) є інструментом для оцінки рівня психологічного стресу у людей. Вона складається з 25 питань, які досліджувана особа оцінює на шкалі від 1 до 4, де 1 – «абсолютно не погоджуюсь» і 4 – «повністю погоджуюся».

Шкала PSM-25 дозволяє оцінити загальний рівень психологічного стресу, а також виявити його різні аспекти, такі як стимули, симптоми та наслідки стресу. Деякі з питань, які можуть бути включені в шкалу PSM-25, охоплюють такі теми, як емоційна реакція на стресові ситуації, фізичні симптоми, психологічні наслідки та стратегії копіngu.

Використання шкали PSM-25 дозволяє отримати кількісну оцінку рівня психологічного стресу, що допомагає в дослідженнях та клінічній практиці.

Результати шкали можуть бути інтерпретовані для оцінки загального рівня стресу, виявлення його компонентів та встановлення зв'язку з іншими змінними.

Важливо зауважити, що для точної оцінки психологічного стресу рекомендується проводити шкалу PSM-25 разом з іншими методами та інструментами, а також враховувати контекст та індивідуальні особливості кожної досліджуваної особи.

Питання сформульовані для нормальної популяції у віці від 18 до 65 років стосовно для різних професійних груп. Все це дозволяє вважати методику універсальною для застосування до різних вікових і професійних вибірок в нормальної популяції.

Численні дослідження показали, що PSM володіє достатніми психометричeskими властивостями. Були виявлені кореляції інтегрального показника PSM зі шкалою тривожності Спілбергера ($r = 0,73$), з індексом депресії [Beck Depression Inventory] ($r = 0,75$). Величини цих кореляцій пояснюються генералізованим переживанням емоційного дистресу або депресії. При цьому дослідження дивергентної валідності показують, що PSM концептуально відрізняється від методик дослідження тривожності і депресії.

Обробка і інтерпретація результатів. Рівень стресу вимірюється за параметром інтегрального показника психічної напруженості (ППН) в межах від 0 до 200. Чим більше показник - тим вище рівень стресу. Підраховується сума всіх відповідей - інтегральний показник психічної напруженості (ППН). Питання 14 оцінюється в зворотному порядку. Чим більше ППН, тим вище рівень психологічного стресу. ППН більше 155 балів - високий рівень стресу, свідчить про стан дезадаптації і психічного дискомфорту, необхідності застосування широкого спектра засобів і методів для зниження нервово-психічної напруженості, психологічного розвантаження, зміни стилю мислення і життя. ППН в інтервалі 154-100 балів - середній рівень стресу. Низький рівень стресу, ППН менше 100 балів свідчить що стан психологічно адаптований до робочих навантажень.

Також нами застосовувався опитувальник посттравматичного стресового розладу (PCL-5). Він є одним з найбільш використовуваних інструментів для оцінки симптомів та виявлення посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Це інструмент самозвіту про ПТСР, заснований на критеріях діагностики DSM-5. PCL-5 – це інструмент самооцінки, який можна заповнити приблизно за 5-10 хвилин. Він був розроблений Національним центром з ПТСР США (National Center for PTSD). PCL-5 не слід використовувати як самостійний діагностичний інструмент для постановки діагнозу. Він являє собою шкалу з 20 пунктів для самостійної оцінки наявності та тяжкості симптомів ПТСР. Питання PCL-5 відповідають критеріям ПТСР по DSM-5. Значення 32 та вище означає наявність ознак ПТСР

Опитувальник PCL-5 містить 20 питань, які оцінюють наявність різних симптомів, пов'язаних з ПТСР. Досліджувана особа оцінює частоту та тяжкість кожного симптома за останній місяць на п'ятибальній шкалі. Питання охоплюють такі аспекти, як вторинне переживання, унікальне переживання, когнітивні й міжособисті проблеми, а також зміни настрою та поведінки.

Отримані результати дозволяють оцінити можливу наявність симптомів ПТСР, а також визначити їх інтенсивність. Використання PCL-5 у дослідженнях та клінічній практиці дозволяє встановити діагноз ПТСР, відстежувати зміни у симптоматиці після лікування та визначити ефективність терапевтичних втручань.

Клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів дозволяє виявити основні синдроми невротичних станів. Опитувальник включає шість шкал: тривожність, невротична депресія, астения, істеричний тип реагування, obsесивно-фобічні порушення, вегетативні порушення. Показник більше +1,28 вказує на рівень здоров'я, менше -1,28 – хворобливий характер розладів, що виявляються, між ними – нестійкий рівень.

У відповідь на психічну травму ми можемо встояти і залишитись психічно і соматично здоровими, або можемо занедужати неврозом чи психосоматичним захворюванням.

Шкала тривоги.

Тривожність проявляється через надмірну чутливість до найменших порушень звичного перебігу подій. Небезпека розвитку тривожності у тому, що може перерости в хронічну депресію чи obsесивно-компульсивний розлад. Навіть у слабкій формі вона спричиняє порушення гормонального фону, концентрації уваги.

Шкала невротичної депресії

Невротична депресія розвивається у три етапи. На першому етапі знижується активність та ініціатива людини, виникає безсоння, головний біль, тривога, страхи, напади нудоти, розлади травлення, епізодичне почуття нестачі повітря, проблеми з тиском. Симптоми більш виражені вранці. На другому етапі соматичні симптоми відходять на другий план, посилюються ознаки психічного виснаження. Хворі відчувають фізичне безсилля та відсутність власної волі. Будь-яка дія потребує великих зусиль. На третьому етапі у хворого переважає почуття безпричинного смутку, пригніченості.

Мислення та сприйняття змінюються, відбувається постійне фокусування на негативному минулому, на труднощах у теперішньому та можливих проблемах у майбутньому. Серед усіх симптомів домінує знижений настрій. Хворий вважає себе нікчемним, шкодує про помилки та незавершені справи. Спілкування перетворюється на важку працю. Більшість часу він проводить вдома на самоті. Втрачається інтерес до раніше улюблених занять.

Шкала астенії

Астенія – виснаження фізичних та психологічних ресурсів людини. Астенія настає внаслідок тривалого напруженого періоду чи сильного емоційного потрясіння, у яких відбувається сильний викид психічної енергії. Після цього нервова система перестає адекватно справлятися з навантаженнями та дає збій. Тепер втому викликають, навіть, улюблені заняття. Людина втрачає інтерес до того, що відбувається, цурається людей, відчуваючи постійну втому від дій та думок.

Шкала істеричного типу реагування.

Істерики притаманні для вкрай збудженої нервової системи. Людина в істеричному стані не контролює себе. Вона може лютувати або плакати з найменшого приводу.

Шкала obsесивно-фобічних порушень.

Obsесивно-фобічні порушення – це перебування під контролем страхів. Вони можуть стосуватися як реальних, так і абстрактних чи фантазійних тригерів. У контексті невротичного синдрому фобії найчастіше стосуються побоювання реалізації небажаних подій. Людина перебуває у постійній тривозі через очікування жахливого. У тому, що відбувається навколо, людина бачить знаки майбутнього лиха.

Шкала вегетативних порушень.

Вегетативні порушення при неврозі є результатом попередніх симптомів. Це збій у роботі організму людини, який перебуває у стресі через негативний психічний стан. Вегетативна нервова система відповідає за правильну роботу внутрішніх органів та залоз. Збої можуть виявлятися у порушенні травлення, погіршення стану шкіри, волосся та нігтів, порушення роботи серцево-судинної системи, режиму сну.

Для встановлення взаємозв'язків нами було використано кореляційний аналіз Спірмена - статистичний метод, що дозволяє встановити наявність та силу зв'язку між двома ранговими змінними. Він є непараметричним підходом до оцінки кореляції і може використовуватися, коли дані не відповідають вимогам нормального розподілу. У кореляційному аналізі Спірмена рангові значення змінних використовуються для обчислення коефіцієнта кореляції. Цей коефіцієнт може мати значення від -1 до 1, де значення -1 вказує на повну зворотну залежність, значення 0 вказує на відсутність зв'язку, а значення 1 вказує на повну пряму залежність між змінними.

Для проведення кореляційного аналізу Спірмена необхідно мати пари спостережень двох рангових змінних. Використовуються рангові значення, оскільки вони зберігають порядок спостережень і не вимагають нормального розподілу даних. Кореляційний аналіз Спірмена може бути корисним для

дослідження залежності між двома ранговими змінними, наприклад, для вивчення зв'язку між рангами психологічних оцінок та рангами результатів психологічних тестів.

Для порівняння середніх значень однієї залежної змінної між трьома або більше незалежними групами ми застосували однофакторний дисперсійний аналіз з непараметричною поправкою Уелча. Звичайний однофакторний дисперсійний аналіз передбачає, що дані мають нормальний розподіл та однорідні дисперсії. Однак, коли ці припущення не виконуються, можна використовувати непараметричну поправку Уелча.

Непараметрична поправка Уелча дозволяє обчислити F-статистику і р-значення для порівняння середніх значень груп, навіть якщо дані не відповідають припущенням нормального розподілу та однорідних дисперсій. Вона використовується, коли є незалежні групи з різними розмірами вибірок або коли групи мають різні дисперсії. Однофакторний дисперсійний аналіз з непараметричною поправкою Уелча використовує ранги даних для порівняння груп. Він базується на рангових розрядах даних, а не на самому значенні даних.

Також застосували критерій Геймса-Хауелла, що є статистичним методом, який використовується для порівняння середніх значень між групами в аналізі даних. Він є альтернативою до більш традиційних методів, таких як критерій Тьюкі або Шидака, коли припущення про однорідність дисперсій і нормальний розподіл даних не виконуються.

Критерій Геймса-Хауелла використовується в ситуаціях, коли є незалежні групи з різними розмірами вибірок та/або різними дисперсіями. Цей метод дає більш точні результати, ніж традиційні методи, коли виконуються ці умови.

Критерій Геймса-Хауелла використовується для проведення пост-гок аналізу, що дозволяє порівняти всі можливі пари груп між собою. Він враховує різниці у розмірах вибірок і дисперсіях груп, що дозволяє отримати більш точні результати порівняння.

Результати критерію Геймса-Хауелла включають значення t-статистики, стандартну помилку різниці між групами, р-значення та можливо додаткові міри ефекту, такі як розмір ефекту Cohen's d або інші стандартизовані міри.

Для проведення критерію Геймса-Хауелла можна використовувати статистичні пакети програм, такі як R, SPSS, або інші аналітичні інструменти, які підтримують цей метод.

Також було застосовано U-критерій Манна-Уїтні (Mann-Whitney U test), що є непараметричним статистичним методом, який використовується для порівняння двох незалежних вибірок з метою виявлення статистично значущих відмінностей між ними. Цей критерій також відомий як критерій Уїлкоксона-Манна-Уїтні або критерій Уїлкоксона рангових сум.

U-критерій Манна-Уїтні базується на порівнянні рангових значень між двома групами. Він не вимагає припущень про нормальний розподіл даних, тому його можна використовувати навіть у випадках, коли дані не відповідають нормальному розподілу. U-критерій Манна-Уїтні дозволяє визначити, чи є статистично значущі відмінності між двома групами в популяції. Результати аналізу включають U-статистику, яка представляє суму рангових значень однієї з вибірок, р-значення, яке вказує на статистичну значимість різниці між групами, а також можливі міри ефекту, такі як розмір ефекту r або інші стандартизовані міри.

2.2. Особливості обраної вибірки для дослідження емоційної сфери військовослужбовців

У вибірку дослідження особливостей емоційної сфери військовослужбовців увійшли 1888 громадян України. Нами було розподілено респондентів за статусом (цивільні чи військові), статтю, віком, сімейним станом, кількістю дітей, рівнем освіти, наявності бойового досвіду, проходження строкової служби в армії, а окремо для військовослужбовців -

місце перебування, тривалості перебування на передовій, наявність контузій, поранень у військовослужбовців та втрат в підрозділі.

Враховуючи, що серед військовослужбовців кількість жінок, вдівців, тих, хто перебуває в госпіталі, тих, хто має науковий ступінь, виявилось недостатньою для дослідження, ми вирішили не враховувати їх у вибірці. Також ми обмежили вік респондентів до віку призову на військову службу (від 18 до 60 років) Таким чином в нашу вибірка дослідження особливостей емоційної сфери військовослужбовців увійшли 564 чоловіка, громадян України, віком від 18 до 60 років ($M_{\text{вік}} = 41,4$; $SD = 8,04$), серед яких 28,5% військових (див. Табл. 2.1.). Нами було розподілено респондентів за статусом (цивільні чи військові), віком, сімейним станом, кількістю дітей, рівнем освіти, наявності бойового досвіду, проходження строкової служби в армії, а окремо для військовослужбовців - місце перебування, тривалості перебування на передовій та у війську, наявність контузій, поранень та втрат в підрозділі. Опитування проводилось в онлайн та офлайн формі в період з 28.09.2022 по 18.01.2023.

Табл. 2.1.

Розподіл та характеристика вибірки

	Статус	Вік	Кількість дітей	Кількість місяців в зоні бойових дій	Кількість місяців в армії
N	Цивільні/ військові	403 161	403 161	0 161	0 161
Відсутнє	Цивільні/ військові	0 0	0 0	403 0	403 0
Середнє	Цивільні/ військові	42,7 38,2	1,20 1,07	NaN 5,80	NaN 14,7
Медіана	Цивільні/ військові	43 39	1 1	NaN 4	NaN 8
Стандартне відхилення	Цивільні/ військові	7,14 9,20	1,01 0,902	NaN 10,7	NaN 30,7
Мінімум	Цивільні/ військові	18 19	0 0	NaN 0	NaN 1
Максимум	Цивільні/ військові	60 59	5 3	NaN 96	NaN 308

Для нашого дослідження ми розподіли респондентів за віком та кількістю дітей, адже це один з основних компонентів, що впливають на рівень прояву посттравматичного стресового розладу.

Також нами було поділено вибірку за фактором перебування в зоні бойових дій, наявності поранень, контузії та втрат у підрозділі. Також інший розподіл представлено в Таблиці 2.2.

Табл. 2.2.

**Розподіл вибірки за сімейним станом, освітою,
наявністю бойового досвіду та проходження строкової служби**

		Розрахунок	% від загальної кількості	Кумулятивний %
Сімейний стан				
Неодружені	Цивільні/	54	9,6	9,6
	військові	46	8,2	17,7
Одружені	Цивільні/	305	54,1	71,8
	військові	98	17,4	89,2
Розлучені	Цивільні/	44	7,8	97,0
	військові	17	3,0	100,0
Освіта				
Середня	Цивільні/	13	2,3	2,3
	військові	31	5,5	7,8
Професійна	Цивільні/	34	6,0	13,8
	військові	38	6,7	20,6
Вища	Цивільні/	356	63,1	83,7
	військові	92	16,3	100,0
Строчова служба				
Ні	Цивільні/	337	59,8	59,8
	військові	86	15,2	75,0
Так	Цивільні/	66	11,7	86,7
	військові	75	13,3	100,0
Участь у бойових діях				
Ні	Цивільні/	391	69,3	69,3
	військові	123	21,8	91,1
Так	Цивільні/	12	2,1	93,3
	військові	38	6,7	100,0

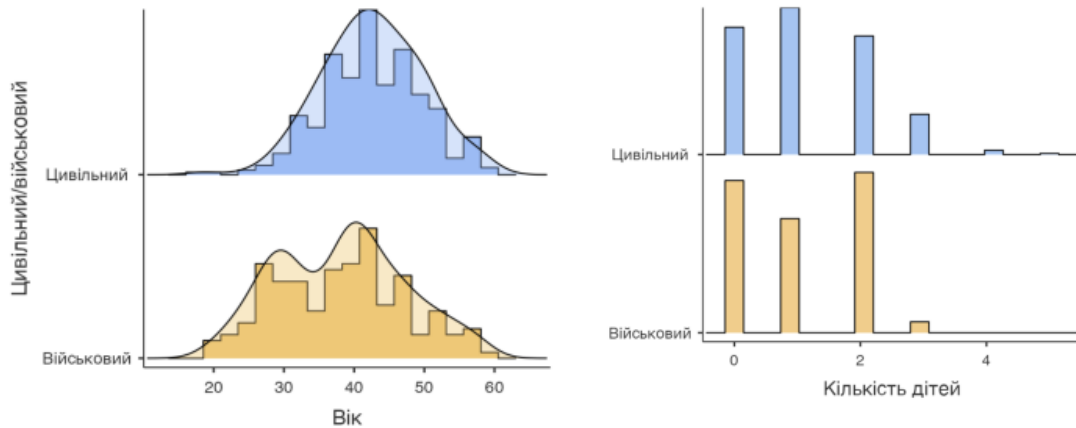


Рис. 2.1. Розподіл вибірки за віком та кількістю дітей

Висновок до другого розділу

Отже, для вирішення поставлених завдань нами було застосовано шкалу самооцінки психологічного стресу (PSM-25) Шкала PSM-25 Лемура-Тесьє-Філліон (Lemyr-Tessier-Fillion) для вимірювання структури переживань стресу. Лемур-Тесьє-Філліон розробили опитувальник, який описує стан людини, що переживає стрес, внаслідок чого відпала необхідність у визначенні таких змінних, як стресори або патології. Шкала самооцінки психологічного стресу PSM-25 (Lemyr-Tessier-Fillion) складається з 25 питань, які досліджувана особа оцінює на шкалі від 1 до 4, де 1 – «абсолютно не погоджуюсь» і 4 – «повністю погоджуюся». Шкала PSM-25 дозволяє оцінити загальний рівень психологічного стресу, а також виявити його різні аспекти, такі як стимули, симптоми та наслідки стресу. Деякі з питань, які можуть бути включені в шкалу PSM-25, охоплюють такі теми, як емоційна реакція на стресові ситуації, фізичні симптоми, психологічні наслідки та стратегії копіngu.

Також нами застосовувався опитувальник посттравматичного стресового розладу (PCL-5). Він є одним з найбільш використовуваних інструментів для оцінки симптомів та виявлення посттравматичного стресового розладу (ПТСР). PCL-5 базується на діагностичних критеріях, визначених у Міжнародній статистичній класифікації хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям (ICD-11) та Діагностичного та статистичного керівництва психічними розладами (DSM-5).

У вибірку дослідження особливостей емоційної сфери військовослужбовців увійшли 1888 громадян України. Нами було розподілено респондентів за статусом (цивільні чи військові), статтю, віком, сімейним станом, кількістю дітей, рівнем освіти, наявності бойового досвіду, проходження строкової служби в армії, а окремо для військовослужбовців - місце перебування, тривалості перебування на передовій, наявність контузій, поранень у військовослужбовців та втрат в підрозділі.

Враховуючи, що серед військовослужбовців кількість жінок, вдівців, тих, хто перебуває в госпіталі, тих, хто має науковий ступінь, виявилось недостатньою для дослідження, ми вирішили не враховувати їх у вибірці. З цієї ж причини ми не враховували у вибірці цивільних, що перебували на деокупованих, окупованих територіях України та в зоні бойових дій. Також ми обмежили вік респондентів до віку призову на військову службу (від 18 до 60 років). Таким чином в нашу вибірку дослідження особливостей емоційної сфери військовослужбовців увійшли 564 чоловіка, громадян України, віком від 18 до 60 років ($M_{\text{вік}} = 41,4$; $SD = 8,04$), серед яких 28,5% військових.

Статистичні методи ми використали наступні: кореляційний аналіз Спірмена (Spearman's correlation analysis) - це статистичний метод, що дозволяє встановити наявність та силу зв'язку між двома ранговими змінними. Однофакторний дисперсійний аналіз з непараметричною поправкою Уелча, що є статистичним методом, який використовується для порівняння середніх значень однієї залежної змінної між трьома або більше незалежними групами. Критерій Геймса-Хауелла, що є статистичним методом, який використовується для порівняння середніх значень між групами в аналізі даних. Також використаний U-критерій Манна-Уїтні, що є непараметричним статистичним методом, який використовується для порівняння двох незалежних вибірок з метою виявлення статистично значущих відмінностей між ними. Цей критерій також відомий як критерій Уїлкоксона-Манна-Уїтні або критерій Уїлкоксона рангових сум.

РОЗДІЛ 3.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

3.1. Інтерпретація результатів дослідження особливостей емоційної сфери військовослужбовців

Проведене нами дослідження, спрямоване на визначення впливу віку на рівень стресу, самооцінку проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та шкали невротичних станів у військових. Для цього було використано кореляційний аналіз Спірмена, який дозволяє виявити залежність між двома змінними, необхідну для встановлення статистичних взаємозв'язків.

Результати дослідження показали кілька значущих кореляційних зв'язків. По-перше, вік військових негативно пов'язаний із шкалою невротичної депресії (див. Табл. 3.1.). Значення коефіцієнта кореляції Спірмена (ρ) для цього зв'язку дорівнює $-0,210$, що свідчить про обернену залежність між віком і рівнем невротичної депресії. Позначення $p < 0,008$ означає, що цей зв'язок є статистично значущим.

Подібні залежності були виявлені і для інших шкал. Зокрема, вік військових також має негативний зв'язок з шкалою астенії ($\rho = -0,227$, $p < 0,004$), шкалою істеричного типу реагування ($\rho = -0,158$, $p = 0,046$) та шкалою вегетативних порушень ($\rho = -0,176$, $p = 0,026$). Враховуючи, що чим нижчий бал показника невротичного стану, тим вищий рівень невротичного прояву, ці результати свідчать про те, що зі збільшенням віку військових спостерігається збільшення рівня цих невротичних проявів.

Табл. 3.1.

Результати проведення кореляційного аналізу Спірмена для віку, ППН, самооцінки проявів ПТСР та шкал невротичних станів у військових

		Вік
Вік	Spearman`s rho p-value	-
ППН	Spearman`s rho p-value	0,112 0,159
Самооцінка проявів ПТСР	Spearman`s rho p-value	0,122 0,124
Шкала тривоги	Spearman`s rho p-value	-0,111 0,162
Шкала невротичної депресії	Spearman`s rho p-value	-0,210** 0,008
Шкала астенії	Spearman`s rho p-value	-0,227** 0,004
Шкала істеричного типу реагування	Spearman`s rho p-value	-0,158* 0,046
Шкала obsесивно-фобічних порушень	Spearman`s rho p-value	-0,106 0,181
Шкала вегетативних порушень	Spearman`s rho p-value	-0,176* 0,026
<i>Note * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$</i>		

Результати дослідження цивільних виявили відмінності у впливі віку на прояви посттравматичного стресового розладу (ПТСР) порівняно з військовими ($\rho = -0,076$, $p < 0,127$). Давайте розглянемо отримані результати більш детально (див. Табл. 3.2.).

У цивільних осіб виявлено позитивну кореляцію між віком та невротичною депресією ($\rho = 0,102$, $p < 0,042$). Це означає, що зі збільшенням віку виявлено зростання рівня невротичної депресії у цивільних осіб.

Проаналізувавши отримані дані ми бачимо, що не було знайдено статистично значущої залежності між віком та шкалою астенії ($\rho = 0,63$, $p = 0,208$) у цивільних осіб. Це означає, що вік не має впливу на рівень астенії у цивільних осіб.

Шкала істеричного типу реагування. Дані показують, що не було знайдено статистично значущого зв'язку між віком та шкалою істеричного типу

реагування ($\rho = 0,047$, $p = 0,345$) у цивільних осіб. Це означає, що вік не має впливу на рівень істеричного типу реагування у цивільних осіб.

Шкала вегетативних порушень: Згідно з нашими даними, не було знайдено статистично значущої залежності між віком та шкалою вегетативних порушень ($\rho = -0,021$, $p = 0,677$) у цивільних осіб. Це означає, що вік не має впливу на рівень вегетативних порушень у цивільних осіб.

Отже, виходячи з результатів нашого дослідження можна з упевненістю стверджувати, що вік є фактором, який впливає на невротичну депресію у цивільних осіб, але не має значущого впливу на шкалу астенії, шкалу істеричного типу реагування та шкалу вегетативних порушень.

Табл. 3.2.

Результати проведення кореляційного аналізу Спірмена для віку, ППН, самооцінки проявів ПТСР та шкал невротичних станів у цивільних

		Вік
Вік	Spearman`s rho p-value	-
ППН	Spearman`s rho p-value	-0,076 0,127
Самооцінка проявів ПТСР	Spearman`s rho p-value	-0,128* 0,011
Шкала тривоги	Spearman`s rho p-value	0,079 0,115
Шкала невротичної депресії	Spearman`s rho p-value	0,102* 0,042
Шкала астенії	Spearman`s rho p-value	0,063 0,208
Шкала істеричного типу реагування	Spearman`s rho p-value	0,047 0,345
Шкала obsесивно-фобічних порушень	Spearman`s rho p-value	0,130** 0,009
Шкала вегетативних порушень	Spearman`s rho p-value	-0,021 0,677
<i>Note * $p < 0,05$, **$p < 0,01$, ***$p < 0,001$</i>		

Виходячи з отриманих результатів, а також враховуючи, що шкали невротичних станів обернені до віку (чим нижче значення шкали невротичного стану, тим більша невротизація) можна сказати, що вік для військових є

фактором підвищення ризику невротичної депресії, астенії, вегетативних порушень, істеричного типу реагування.

Даний етап нашого дослідження зосереджувалося на вивченні впливу кількості дітей на рівень стресу, самооцінку проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та шкали невротичних станів у військових. Отримані результати дають змогу зробити наступні висновки (див Табл. 3.3.):

Кількість дітей позитивно пов'язана з самооцінкою проявів ПТСР ($\rho = 0,157$, $p < 0,046$) у військових. Це означає, що зі збільшенням кількості дітей виявляється зростання рівня самооцінки проявів ПТСР у військових.

Відповідно до результатів нашого дослідження, кількість дітей від'ємно пов'язана з шкалою істеричного типу реагування ($\rho = -0,191$, $p = 0,015$) у військових. Це означає, що зі збільшенням кількості дітей спостерігається збільшення рівня істеричного типу реагування у військових.

За отриманими даними, кількість дітей від'ємно пов'язана з шкалою вегетативних порушень ($\rho = -0,167$, $p = 0,034$) у військових. Це означає, що зі збільшенням кількості дітей спостерігається збільшення рівня вегетативних порушень у військових.

Отже, результати свідчать про те, що кількість дітей є фактором, що впливає на самооцінку проявів ПТСР, шкалу істеричного типу реагування та шкалу вегетативних порушень у військових. Зокрема, зі збільшенням кількості дітей військові виявляють більш високу самооцінку проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Це може означати, що військові з більшою кількістю дітей відчувають більшу травматичну реакцію на події, пов'язані з їхнім військовим досвідом. Також зі збільшенням кількості дітей військові виявляють більший рівень істеричного типу реагування та вегетативних порушень. Це може вказувати на те, що військові з більшою кількістю дітей можуть бути менш здатними контролювати свої емоційні реакції і стресові відповіді.

Табл. 3.3.

Результати проведення кореляційного аналізу Спірмена для кількості дітей, ППН, самооцінки проявів ПТСР та шкал невротичних станів у військових

		Кількість дітей
Кількість дітей	Spearman`s rho p-value	-
ППН	Spearman`s rho p-value	0,126 0,110
Самооцінка проявів ПТСР	Spearman`s rho p-value	0,157* 0,046
Шкала тривоги	Spearman`s rho p-value	-0,082 0,300
Шкала невротичної депресії	Spearman`s rho p-value	-0,044 0,581
Шкала астенії	Spearman`s rho p-value	-0,152 0,055
Шкала істеричного типу реагування	Spearman`s rho p-value	-0,191* 0,015
Шкала obsесивно-фобічних порушень	Spearman`s rho p-value	-0,090 0,256
Шкала вегетативних порушень	Spearman`s rho p-value	-0,167* 0,034
<i>Note * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$</i>		

Отримані результати (див Табл. 3.4.) вказують на те, що в цивільних осіб існує значущий зв'язок між кількістю дітей і obsесивно-фобічними порушеннями. Даний зв'язок є позитивним, що означає, що зі збільшенням кількості дітей виявляється зменшення рівня obsесивно-фобічних порушень у цивільних осіб.

Однак, варто зауважити, що ми не спостерігаємо такого зв'язку між кількістю дітей і емоційним станом у військових осіб. Це означає, що у військових залежність між кількістю дітей і obsесивно-фобічними порушеннями може бути менш вираженою або відсутньою.

Також результати нашого дослідження вказують на можливу різницю у зв'язку між кількістю дітей і емоційним станом між цивільними і військовими особами. Це може бути пов'язано з унікальними характеристиками військового життя та впливом воєнного досвіду на психологічний стан.

Табл. 3.4.

Результати проведення кореляційного аналізу Спірмена для кількості дітей, ППН, самооцінки проявів ПТСР та шкал невротичних станів у цивільних

		Кількість дітей
Кількість дітей	Spearman`s rho p-value	-
ППН	Spearman`s rho p-value	-0,026 0,608
Самооцінка проявів ПТСР	Spearman`s rho p-value	-0,092 0,066
Шкала тривоги	Spearman`s rho p-value	0,084 0,095
Шкала невротичної депресії	Spearman`s rho p-value	0,087 0,081
Шкала астенії	Spearman`s rho p-value	-0,019 0,698
Шкала істеричного типу реагування	Spearman`s rho p-value	0,035 0,486
Шкала obsесивно-фобічних порушень	Spearman`s rho p-value	0,119* 0,017
Шкала вегетативних порушень	Spearman`s rho p-value	0,020 0,695
<i>Note * p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001</i>		

Виходячи з отриманих результатів можна сказати, що із збільшенням кількості дітей у військових підвищується ризик виникнення проявів ПТСР, вегетативних порушень, істеричного типу реагування.

Для визначення впливу терміну перебування в армії на рівень стресу, самооцінку проявів ПТСР та шкали невротичних станів у військових був проведений кореляційний аналіз Спірмена (див. Табл. 3.5.). В результаті не було отримано значимих кореляцій.

Табл. 3.5.

**Результати проведення кореляційного аналізу Спірмена
для кількості місяців в армії, ППН, самооцінки проявів ПТСР
та шкал невротичних станів у військових**

		Кількість місяців
Кількість місяців в армії	Spearman`s rho p-value	-
ППН	Spearman`s rho p-value	0,103 0,193
Самооцінка проявів ПТСР	Spearman`s rho p-value	-0,028 0,726
Шкала тривоги	Spearman`s rho p-value	0,074 0,351
Шкала невротичної депресії	Spearman`s rho p-value	0,008 0,922
Шкала астенії	Spearman`s rho p-value	-0,075 0,344
Шкала істеричного типу реагування	Spearman`s rho p-value	0,059 0,458
Шкала obsесивно-фобічних порушень	Spearman`s rho p-value	0,099 0,213
Шкала вегетативних порушень	Spearman`s rho p-value	0,024 0,764
<i>Note * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$</i>		

На даному етапі дослідження ми обмежилися тільки військовими, які перебувають на передовій, і виключили військових, що знаходяться в тилу та на другій лінії (див. Табл. 3.6.). Після проведення кореляційного аналізу Спірмена ви не виявили значущих кореляцій між терміном перебування на передовій та досліджуваними показниками.

Однак, нами було визначено відмінність в шкалі істеричного типу реагування. Значення кореляційного коефіцієнта Спірмена (-0,208) вказує на зворотну залежність між терміном перебування на передовій та шкалою істеричного типу реагування. Хоча цей зв'язок не досягає рівня статистичної значущості ($p = 0,053$), його можна розглядати як потенційно цікавий аспект для подальшого дослідження.

Загалом, на підставі отриманих результатів можна зробити припущення, що термін перебування на передовій сам по собі може не мати сильного впливу на рівень стресу та інші показники, що були вивчені. Однак, враховуючи природу військової служби та вплив інших факторів, таких як бойові дії та травматичні події, можуть існувати інші складніші залежності.

Табл. 3.6.

Результати проведення кореляційного аналізу Спірмена для кількості місяців на передовій, ППН, самооцінки проявів ПТСР та шкал невротичних станів у військових на передовій

		Кількість місяців, передова
Кількість місяців на передовій	Spearman`s rho p-value	-
ППН	Spearman`s rho p-value	0,106 0,329
Самооцінка проявів ПТСР	Spearman`s rho p-value	0,112 0,301
Шкала тривоги	Spearman`s rho p-value	-0,062 0,566
Шкала невротичної депресії	Spearman`s rho p-value	-0,118 0,275
Шкала астенії	Spearman`s rho p-value	-0,130 0,230
Шкала істеричного типу реагування	Spearman`s rho p-value	-0,208 0,053
Шкала obsесивно-фобічних порушень	Spearman`s rho p-value	-0,172 0,112
Шкала вегетативних порушень	Spearman`s rho p-value	-0,172 0,111
<i>Note * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$</i>		

Цей показник є специфічним для військовослужбовців, не визначаємо для цивільних. Визначили, що фактор тривалості знаходження на передовій сприяє розвитку істеричних проявів у військовослужбовців.

Для визначення впливу сімейного стану на емоційну сферу військовослужбовців проведемо однофакторний дисперсійний аналіз з непараметричною поправкою Уелча (див. Табл. 3.7.). Значимих відмінностей виявлено не було.

Табл. 3.7.

**Однофакторний дисперсійний аналіз впливу сімейного стану на ППН,
самооцінки проявів ПТСР та шкал невротичних станів у
військовослужбовців**

One-Way ANOVA	F	df1	df2	p
ППН	1,2672	2	43,7	0,292
Самооцінка проявів ПТСР	0,0733	2	43,4	0,929
Шкала тривоги	0,2132	2	43,0	0,809
Шкала невротичної депресії	0,3887	2	43,4	0,680
Шкала астенії	0,7746	2	44,4	0,467
Шкала істеричного типу реагування	0,4134	2	42,0	0,664
Шкала obsесивно-фобічних порушень	0,2376	2	40,7	0,790
Шкала вегетативних порушень	0,2021	2	43,1	0,818

Для визначення впливу освіти на емоційну сферу військовослужбовців ви вирішили використати однофакторний дисперсійний аналіз з непараметричною поправкою Уелча (див. Табл 3.8.).

Однофакторний дисперсійний аналіз дозволяє встановити, чи існує статистично значущий вплив одного фактора на залежну змінну (емоційну сферу). Використання непараметричної поправки Уелча дає можливість ефективно обробляти дані, коли передбачення параметричних моделей не виконуються.

Для проведення аналізу ми розподілили військовослужбовців на групи залежно від рівня освіти (вища освіта, середня освіта, початкова освіта). Дисперсійний аналіз дозволяє порівняти середні значення емоційної сфери між різними групами освіти і визначити, чи є статистично значущі різниці. Поправка Уелча забезпечує коректні результати навіть у випадку, коли групи мають різні дисперсії або розміри.

Табл. 3.8.

**Однофакторний дисперсійний аналіз впливу рівня освіти на ППН,
самооцінки проявів ПТСР та шкал невротичних станів у військових**

One-Way ANOVA	F	df1	df2	p
ППН	0,31008	2	64,7	0,734
Самооцінка проявів ПТСР	0,31966	2	64,1	0,728
Шкала тривоги	0,05675	2	68,2	0,945
Шкала невротичної депресії	3,12822	2	64,3	0,051
Шкала астенії	0,42414	2	64,0	0,656
Шкала істеричного типу реагування	0,29449	2	63,8	0,746
Шкала obsесивно-фобічних порушень	0,09874	2	66,7	0,906
Шкала вегетативних порушень	0,00394	2	65,1	0,996

Після проведення однофакторного дисперсійного аналізу з непараметричною поправкою Уелча для визначення впливу освіти на емоційну сферу військовослужбовців, було виявлено, що в цілому не було статистично значущих відмінностей між різними групами освіти.

Однак, варто відзначити результати в шкалі невротичної депресії, де виявлено відмінність на рівні тенденцій. Значення статистичної ступені свободи (F) дорівнює 3,12822, що вказує на наявність відмінностей між групами освіти. Значення р-значення (p) дорівнює 0,051, що показує, що ця відмінність має незначущий статистичний ефект на рівні тенденцій.

Результати означають, що існує певна тенденція або нахил у шкалі невротичної депресії між різними групами освіти військовослужбовців, але ця різниця не досягає рівня статистичної значущості. При таких результатах, можна припустити, що вплив освіти на емоційну сферу військовослужбовців є незначущим або має незначний ефект. Проте, варто зазначити, що значення р-значення досить близьке до рівня статистичної значущості (звичайно, встановлюється значущість на рівні 0,05).

Табл. 3.9.

Порівняння середніх рівня невротичної депресії для фактору рівня освіти

	Освіта	N	Mean	SD	SE
Шкала невротичної депресії	Середня	31	-0,164	5,13	0,921
	Професійна	38	0,320	5,33	0,864
	Вища	92	-1,889	4,69	0,489

Проаналізувавши отримані дані (див. Табл 3.9.) ми бачимо, що середнє значення по шкалі невротичної депресії для військовослужбовців з вищою освітою знаходиться на хворобливому рівні (менше ніж -1,28). У той же час, для військовослужбовців із середньою та професійною освітою середнє значення розташовується на нестійкому рівні, який охоплює діапазон від -1,28 до +1,28.

Це означає, що військовослужбовці з вищою освітою проявляють вищий рівень невротичної депресії у порівнянні з військовослужбовцями, які мають середню або професійну освіту. Вищий рівень невротичної депресії може свідчити про більшу схильність до емоційних труднощів, стресу або погіршення психічного стану у цій групі військовослужбовців.

Однак, в цивільних осіб не було виявлено статистично значущого зв'язку між освітою і шкалою невротичної депресії (див. Табл. 3.10.). Це означає, що освіта не має впливу на рівень невротичної депресії у цивільних осіб, або вплив є незначним і потребує подальших досліджень для підтвердження.

Табл. 3.10.

Однофакторний дисперсійний аналіз впливу рівня освіти на ППН, самооцінки проявів ПТСР та шкал невротичних станів у цивільних

One-Way ANOVA	F	df1	df2	p
ППН	0,9136	2	26,0	0,414
Самооцінка проявів ПТСР	0,2189	2	25,8	0,805
Шкала тривоги	1,7201	2	25,7	0,199
Шкала невротичної депресії	0,0907	2	25,6	0,914
Шкала астенії	0,5560	2	26,9	0,580
Шкала істеричного типу реагування	0,2264	2	26,2	0,799
Шкала obsесивно-фобічних порушень	0,4420	2	25,7	0,648
Шкала вегетативних порушень	0,3621	2	25,6	0,700

Отже, можемо визначити, що вища освіта є фактором, що підвищує ризик виникнення невротичної депресії у військових.

Під час проведення однофакторного дисперсійного аналізу з непараметричною поправкою Уелча було виявлено значущі відмінності для декількох шкал, які відображають емоційний стан військовослужбовців в залежності від місця проведення служби (див. Табл. 3.11.).

Отриманий результат показує, що існує статистично значуща відмінність в самооцінці проявів ПТСР між різними групами військовослужбовців ($F = 6,338$, $p = 0,003$). Це означає, що військовослужбовці, які перебувають у бойових умовах, демонструють вищий рівень ПТСР.

За шкалою тривоги результати показують статистично значущі відмінності між групами військовослужбовців ($F = 3,7762$, $p = 0,027$). Це свідчить про те, що військовослужбовці, які перебувають у активній бойовій діяльності, відчують вищий рівень тривоги порівняно з іншими групами.

Також виявлено статистично значущі відмінності в шкалі істеричного типу реагування між групами військовослужбовців ($F = 7,2572$, $p = 0,001$). Це означає, що військовослужбовці, що перебувають на передовій, виявляють більш виражені ознаки істеричних реакцій порівняно з іншими групами.

Окрім цього, є статистично значущі відмінності за шкалами obsесивно-фобічних порушень ($F = 4,1108$, $p = 0,020$) та вегетативних порушень ($F = 8,5878$, $p = < 0,001$). З цього можна зробити висновок, що військовослужбовці, що перебувають на передовій можуть виявляти більш виражені ознаки obsесивно-фобічних та вегетативних порушень порівняно з військовослужбовцями на другій лінії та в тилу.

Табл. 3.11.

Однофакторний дисперсійний аналіз впливу місця проведення служби на ППН, самооцінки проявів ПТСР та шкал невротичних станів у військових

One-Way ANOVA	F	df1	df2	p
ППН	2,9350	2	85,6	0,058
Самооцінка проявів ПТСР	6,3380	2	86,4	0,003
Шкала тривоги	3,7762	2	78,9	0,027
Шкала невротичної депресії	0,0107	2	79,0	0,989
Шкала астенії	1,6558	2	77,6	0,198
Шкала істеричного типу реагування	7,2572	2	88,7	0,001
Шкала obsесивно-фобічних порушень	4,1108	2	85,0	0,020
Шкала вегетативних порушень	8,5878	2	88,8	<.001

Далі ми застосували критерій Геймса-Хауелла, який є статистичним методом, який використовується для порівняння груп у випадках, коли немає рівності дисперсій між групами або коли розміри груп відрізняються.

Критерій Геймса-Хауелла враховує нерівність дисперсій і розмірів груп, і дозволяє порівнювати всі можливі комбінації між групами. Дозволяє провести подальший аналіз між групами з урахуванням нерівності дисперсій і розмірів груп, щоб виявити, між якими конкретними групами спостерігаються статистично значущі відмінності.

Даний аналіз виявив наступні результати щодо шкали самооцінки проявів ПТСР (див. Табл. 3.12.). Військові, що перебувають на передовій, відчують значно більші ознаки проявів ПТСР порівняно з військовими у тилу. Середній рівень самооцінки проявів ПТСР у військових на передовій був вищим на 8,16 балів ($MD = -8,16$) зі статистично значущим рівнем $p = 0,014$.

Також виявлено, що військові на передовій відчують значно більші ознаки проявів ПТСР порівняно з військовими на другій лінії. Середній рівень самооцінки проявів ПТСР у військових на передовій був вищим на 9,58 балів ($MD = -9,58$) зі статистично значущим рівнем $p = 0,005$.

Ці результати свідчать про те, що військові, які перебувають на передовій, демонструють більш виражені симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР) порівняно з військовими у тилу та на другій лінії.

Табл. 3.12

Аналіз апостеріорних відмінностей (критерій Геймса-Хауелла) для самооцінки проявів ПТСР в залежності від місця проходження служби у військових

Games-Howell Post-Hoc Test – Самооцінка проявів ПТСР				
		Тил	Друга лінія	Передова
Тил	Mean difference	-	1,42	-8,16*
	p-value		0,887	0,014
Друга лінія	Mean difference	-	-	-9,58**
	p-value		-	0,005
Передова	Mean difference			-
	p-value			-
Note *p<.05, **p<.01, ***p<.001				

Аналіз апостеріорних відмінностей за допомогою критерію Геймса-Хауелла показав, що військові, що перебувають на передовій, відчують значно більшу тривогу порівняно з військовими в тилу. Різниця в середніх значеннях між цими двома групами складає 2,17 балів (див. Табл. 3.13.).

Значення MD вказує на різницю в середніх значеннях між групами. У цьому випадку, MD = 2,17, що свідчить про те, що військові на передовій мають в середньому на 2,17 балів вище значення тривоги, ніж військові в тилу.

Статистична значущість цієї різниці підтверджується значенням p-value, яке дорівнює 0,041. Це означає, що ймовірність отримати таку велику або ще більшу різницю випадково є 4,1%. Зважаючи на те, що зазвичай вважають значущою різницю при p-value менше 0,05, можна стверджувати, що різниця в рівні тривоги між військовими на передовій і в тилу є статистично значущою.

Отже, на основі аналізу можна зробити висновок, що військові, які перебувають на передовій, мають більший рівень тривоги порівняно з військовими в тилу. Це може бути пов'язано зі специфічними умовами та стресовими ситуаціями, з якими стикаються військові під час перебування на передовій.

Табл. 3.13.

Аналіз апостеріорних відмінностей (критерій Геймса-Хауелла) для шкали тривоги в залежності від місця проходження служби у військових

Games-Howell Post-Hoc Test – Шкала тривоги				
		Тил	Друга лінія	Передова
Тил	Mean difference	-	0,445	2,17*
	p-value		0,896	0,041
Друга лінія	Mean difference	-	-	1,72
	p-value		-	0,117
Передова	Mean difference			-
	p-value			-
Note *p<.05, **p<.01, ***p<.001				

Аналіз апостеріорних відмінностей за допомогою критерію Геймса-Хауелла показав, що військові, які перебувають на передовій, мають значно більші прояви істеричного типу реагування порівняно з військовими в тилу і на другій лінії (див. Табл. 3.14.). Різниця в середніх значеннях між цими групами складає 2,29 балів для порівняння з військовими в тилу та 2,72 балів для порівняння з військовими на другій лінії.

Значення MD вказує на різницю в середніх значеннях між групами. У даному випадку, MD = 2,29 для порівняння з військовими в тилу і MD = 2,72 для порівняння з військовими на другій лінії. Це означає, що військові на передовій мають в середньому на 2,29 балів більше прояви істеричного типу реагування порівняно з військовими в тилу і на 2,72 балів більше порівняно з військовими на другій лінії.

Статистична значущість цих різниць підтверджується значеннями p-value. Для порівняння з військовими в тилу, p-value дорівнює 0,030, що означає, що ймовірність отримати таку велику або ще більшу різницю випадково є 3%. Для порівняння з військовими на другій лінії, p-value менше 0,001, що свідчить про статистичну значущість різниці.

Отже, на основі аналізу можна зробити висновок, що військові, які перебувають на передовій, мають значно більші прояви істеричного типу реагування порівняно з військовими в тилу і на другій лінії.

Табл. 3.14.

Аналіз апостеріорних відмінностей (критерій Геймса-Хауелла) для шкали істеричного типу реагування в залежності від місця проходження служби у військових

Games-Howell Post-Hoc Test – Шкала істеричного типу реагування				
		Тил	Друга лінія	Передова
Тил	Mean difference	-	-0,428	2,29*
	p-value		0,861	0,030
Друга лінія	Mean difference	-	-	2,72***
	p-value		-	<.001
Передова	Mean difference			-
	p-value			-
Note *p<.05, **p<.01, ***p<.001				

Також, аналіз апостеріорних відмінностей за допомогою критерію Геймса-Хауелла показав, що військові, які перебувають на передовій, мають значно більше obsesивно-фобічних порушень порівняно з військовими на другій лінії (див. Табл. 3.15). Різниця в середніх значеннях між цими групами складає 1,88 балів.

Значення MD вказує на різницю в середніх значеннях між групами. У даному випадку, MD = 1,88. Це означає, що військові на передовій мають в середньому на 1,88 балів більше obsesивно-фобічних порушень порівняно з військовими на другій лінії.

Статистична значущість цієї різниці підтверджується значенням p-value, яке дорівнює 0,030. Це означає, що ймовірність отримати таку велику або ще більшу різницю випадково є 3%.

Отже, на основі аналізу можемо зробити висновок, що військові, які перебувають на передовій, мають значно більше obsesивно-фобічних порушень порівняно з військовими на другій лінії. Це може свідчити про вплив бойових умов та стресових ситуацій на психологічний стан військових на передовій.

Табл. 3.15.

**Аналіз апостеріорних відмінностей (критерій Геймса-Хауелла) для шкали
обсесивно-фобічних порушень в залежності від місця проходження служби
у військових**

Games-Howell Post-Hoc Test – Шкала обсесивно-фобічних порушень				
		Тил	Друга лінія	Передова
Тил	Mean difference	-	-0,153	1,72
	p-value		0,980	0,068
Друга лінія	Mean difference	-	-	1,88*
	p-value		-	0,030
Передова	Mean difference			-
	p-value			-
Note *p<.05, **p<.01, ***p<.001				

Аналіз апостеріорних відмінностей з використанням критерію Геймса-Хауелла показав, що військові, які перебувають на передовій, мають істотно більший рівень вегетативних порушень порівняно з військовими в тилу та на другій лінії (див. Рис. 3.1.). Різниця в середніх значеннях між цими групами становить 5,04 бала для порівняння з військовими в тилу та 5,83 бала для порівняння з військовими на другій лінії.

Значення MD (Mean Difference) вказує на різницю в середніх значеннях між групами. В даному випадку, MD = 5,04 для порівняння з військовими в тилу та MD = 5,83 для порівняння з військовими на другій лінії. Це означає, що військові на передовій в середньому мають на 5,04 бала більше вегетативних порушень порівняно з військовими в тилу та на 5,83 бала більше порівняно з військовими на другій лінії.

Статистична значущість цих різниць підтверджується значеннями p-value. Значення $p = 0,007$ для порівняння з військовими в тилу та $p < 0,001$ для порівняння з військовими на другій лінії. Це означає, що ймовірність отримати таку велику або ще більшу різницю випадково є 0,7% для порівняння з військовими в тилу та менше 0,1% для порівняння з військовими на другій лінії.

Таким чином, можна зробити висновок, що військові, що перебувають на передовій, мають істотно більший рівень вегетативних порушень порівняно з

військовими в тилу та на другій лінії. Різниця в середніх значеннях між групами підтверджується значеннями MD і статистичною значимістю p-value.

Цей результат свідчить про те, що перебування на передовій може мати вплив на фізіологічну реакцію тіла та спричиняти вегетативні порушення у військових. Важливо враховувати цей фактор при плануванні та наданні психологічної підтримки та допомоги військовим, що перебувають на передовій, зокрема у зв'язку зі зниженням рівня вегетативних порушень та покращенням їх психологічного стану.

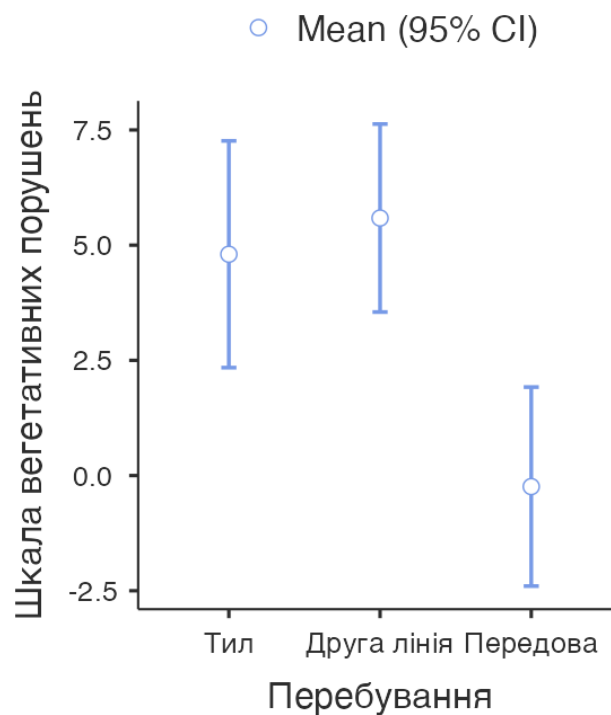


Рис. 3.1. Особливості прояву ознак за шкалою вегетативних порушень

Таким чином ми виявили, що фактор перебування на передовій значно підвищує ризик прояву симптомів ПТСР, тривоги, істеричного типу реагування, obsesивно-фобічних порушень та істотно підвищує рівень вегетативних порушень. Цей фактор є специфічним для військових, тому розрахунку для цивільних ми не проводили. Зважаючи на те, що термін перебування на передовій впливає тільки на прояви істеричного типу реагування, можемо висунути гіпотезу, що різниця в прояві симптомів ПТСР, тривоги, obsesивно фобічних порушень, рівня вегетативних порушень між військовими на різних

лініях фронту спричиняється самим фактом потрапляння на передову. Ця гіпотеза потребує вивчення в подальших дослідженнях.

Під час перевірки впливу фактору проходження в минулому строкової служби за допомогою U-критерія Манна-Уїтні, значимих відмінностей не виявлено (див. Табл. 3.16).

Табл. 3.16

Результати обчислення впливу фактору проходження в минулому строкової служби за допомогою U-критерія Манна-Уїтні

		Statistic	p
ППН	Mann-Whitney U	3054	0,563
Самооцінка проявів ПТСР	Mann-Whitney U	3145	0,788
Шкала тривоги	Mann-Whitney U	3070	0,601
Шкала невротичної депресії	Mann-Whitney U	2837	0,189
Шкала астенії	Mann-Whitney U	2818	0,168
Шкала істеричного типу реагування	Mann-Whitney U	2907	0,282
Шкала obsесивно-фобічних порушень	Mann-Whitney U	3118	0,717
Шкала вегетативних порушень	Mann-Whitney U	2731	0,094

Результати аналізу застосування U-критерія Манна-Уїтні вказують на можливий вплив фактора попередньої участі у бойових діях на рівні тенденцій на появу астенії та істеричного типу реагування (див. Табл. 3.17.). Значення p-value, рівні 0,059 для астенії та 0,065 для істеричного типу реагування, не досягають рівня статистичної значущості 0,05, але вони вказують на наявність можливої тенденції.

Це означає, що військові, які мали попередню участь у бойових діях до повномасштабного вторгнення, можуть мати більшу схильність до розвитку астенії та істеричного типу реагування порівняно з тими, хто не мав такої участі.

Важливо враховувати ці тенденції при оцінці та підтримці військових, зокрема тих, які брали участь у бойових діях, і розглядати можливі наслідки у вигляді астенії та істеричного типу реагування.

Табл. 3.17.

Результати обчислення впливу фактору наявності в минулому бойового досвіду за допомогою U-критерія Манна-Уїтні для військовослужбовців

		Statistic	p		Effect Size
ППН	Mann-Whitney U	2166	0,496	Rank biserial correlation	0,0734
Самооцінка проявів ПТСР	Mann-Whitney U	2052	0,257	Rank biserial correlation	0,1220
Шкала тривоги	Mann-Whitney U	2231	0,674	Rank biserial correlation	0,0454
Шкала невротичної депресії	Mann-Whitney U	2088	0,322	Rank biserial correlation	0,1068
Шкала астенії	Mann-Whitney U	1863	0,059	Rank biserial correlation	0,2028
Шкала істеричного типу реагування	Mann-Whitney U	1873	0,065	Rank biserial correlation	0,1988
Шкала obsесивно-фобічних порушень	Mann-Whitney U	2114	0,376	Rank biserial correlation	0,0954
Шкала вегетативних порушень	Mann-Whitney U	2078	0,303	Rank biserial correlation	0,1108

Результати аналізу застосування U-критерія Манна-Уїтні для цивільних показують, що фактор попередньої участі в бойових діях (до повномасштабного вторгнення) не призводить до статистично значущих відмінностей для досліджуваних змінних (див. Табл. 3.18.). Значення p-value не досягають рівня статистичної значущості ($p > 0,05$).

Це означає, що у цивільних осіб, які мали попередню участь у бойових діях, не виявлено статистично значущих відмінностей у виникненні досліджуваних показників порівняно з тими, хто не мав такої участі. Ці результати свідчать про відсутність прямого зв'язку між попередньою участю у бойових діях та досліджуваними змінними серед цивільного населення.

Табл. 3.18.

Результати обчислення впливу фактору наявності в минулому бойового досвіду за допомогою U-критерія Манна-Уїтні для цивільних

		Statistic	p
ППН	Mann-Whitney U	1866	0,469
Самооцінка проявів ПТСР	Mann-Whitney U	1709	0,255
Шкала тривоги	Mann-Whitney U	1765	0,323
Шкала невротичної депресії	Mann-Whitney U	2054	0,821
Шкала астенії	Mann-Whitney U	1990	0,694
Шкала істеричного типу реагування	Mann-Whitney U	1908	0,540
Шкала obsесивно-фобічних порушень	Mann-Whitney U	1789	0,354
Шкала вегетативних порушень	Mann-Whitney U	1941	0,600

Результати дослідження показують, що середні значення істеричного типу реагування та астенії військових, що раніше приймали участь у бойових діях, відрізняються від тих, хто не мав такого досвіду (див. Табл. 3.19.). Зокрема, середнє значення істеричного типу реагування для військових, що мали попередню участь у бойових діях, знаходиться на нестійкому рівні ($M = -0,0876$, $SD = 0,28$), тоді як для тих, хто не мав такого досвіду, воно спостерігається на здоровому рівні ($M = 1,47$, $SD = 4,61$).

Так само, середнє значення астенії у військових, що мали попередню участь у бойових діях, знаходиться на нестійкому рівні ($M = 0,458$, $SD = 1,32$), в той час як для тих, хто не мав такого досвіду, воно спостерігається на здоровому рівні ($M = 2,36$, $SD = 3,58$).

Ці результати підтверджують, що попередня участь в бойових діях є фактором, який впливає на розвиток невротичної депресії та астенії серед військових. Вони вказують на вищі рівні цих показників у військових, які були втягнуті у бойові дії порівняно з тими, хто не мав такого досвіду.

Табл. 3.19.

**Порівняння середніх рівня шкал астенії та істеричного типу реагування
для фактору участі у бойових дій в минулому у військових**

		N	Mean	Median	SD	SE
Шкала астенії	Ні	123	2,36	3,58	5,17	0,466
	Так	38	0,4576	1,325	5,41	0,878
Шкала істеричного типу реагування	Ні	123	1,47	2,09	4,61	0,416
	Так	38	-0,0876	0,280	4,92	0,798

Під час перевірки впливу фактору отримання поранення у військових за допомогою U-критерія Манна-Уїтні, значимих відмінностей не виявлено (див. Табл. 3.20.)

Табл. 3.20.

**Результати обчислення впливу фактору отримання поранення за
допомогою U-критерія Манна-Уїтні для військових**

		Statistic	p
ППН	Mann-Whitney U	1537	0,613
Самооцінка проявів ПТСР	Mann-Whitney U	1472	0,415
Шкала тривоги	Mann-Whitney U	1617	0,900
Шкала невротичної депресії	Mann-Whitney U	1464	0,393
Шкала астенії	Mann-Whitney U	1605	0,855
Шкала істеричного типу реагування	Mann-Whitney U	1456	0,373
Шкала obsесивно-фобічних порушень	Mann-Whitney U	1640	0,985
Шкала вегетативних порушень	Mann-Whitney U	1486	0,453

Результати застосування U-критерія Манна-Уїтні для перевірки впливу фактору отримання контузії на показники стресу, невротичні стани та самооцінку проявів ПТСР показують наявність деяких значимих відмінностей (див. Табл. 3.21.).

По перше, виявлено статистично значущі відмінності в рівні стресу між групою осіб, які отримали контузію, та групою без такого досвіду ($p = 0,011$). Значення коефіцієнта *rgb* (relatively robustness of the behavior) дорівнює 0,2561,

що свідчить про помірний ефект впливу. Це означає, що особи з контузією мають вищий рівень стресу порівняно з тими, хто не мав контузії.

По друге спостерігаються значні відмінності в рівні астенії між групами з контузією та без неї ($p = 0,034$). Коефіцієнт r_{tb} дорівнює 0,2128, що свідчить про невеликий ефект впливу. Це означає, що особи з контузією мають вищий рівень астенії порівняно з особами без контузії.

Також виявлені статистично значущі відмінності в рівні вегетативних порушень між групами з контузією та без неї ($p = 0,033$). Коефіцієнт r_{tb} дорівнює 0,2148, що свідчить про невеликий ефект впливу. Це означає, що особи з контузією мають вищий рівень вегетативних порушень порівняно з особами без контузії.

Табл. 3.21.

Результати обчислення впливу фактору отримання контузії за допомогою U-критерія Манна-Уїтні для військових

		Statistic	p		Effect Size
ППН	Mann-Whitney U	1993	0,011	Rank biserial correlation	0,2561
Самооцінка проявів ПТСР	Mann-Whitney U	2174	0,061	Rank biserial correlation	0,1885
Шкала тривоги	Mann-Whitney U	2433	0,361	Rank biserial correlation	0,0918
Шкала невротичної депресії	Mann-Whitney U	2448	0,390	Rank biserial correlation	0,0864
Шкала астенії	Mann-Whitney U	2109	0,034	Rank biserial correlation	0,2128
Шкала істеричного типу реагування	Mann-Whitney U	2306	0,165	Rank biserial correlation	0,1394
Шкала obsесивно-фобічних порушень	Mann-Whitney U	2561	0,661	Rank biserial correlation	0,0442
Шкала вегетативних порушень	Mann-Whitney U	2104	0,033	Rank biserial correlation	0,2148

На рівні тенденцій ($p = 0,061$), виявлено відмінності в самооцінці проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) між групою осіб з

контузією та групою без такого досвіду. Хоча ця відмінність не досягає статистичної значущості на звичайному рівні значущості (зазвичай використовується рівень значущості $p < 0,05$), вона вказує на можливість наявності зв'язку між контузією і самооцінкою проявів ПТСР. Це означає, що особи з контузією можуть спостерігати певні симптоми або прояви ПТСР, але їхні самооцінки не досягають статистично значущого рівня порівняно з особами без контузії.

Кількість цивільних чоловіків, що прийняли участь у дослідженні і отримували контузію, дорівнює 4, що недостатньо для проведення розрахунків за цим фактором.

Таким чином, ми вважаємо, що отримання контузії, сполучене з подальшим продовженням проходження служби, є фактором, що значно підвищує рівень стресу, прояви посттравматичного стресового розладу (ПТСР), астенію та вегетативні порушення (див. Табл. 3.22.).

Респонденти з контузією, які продовжили проходження служби, демонструють вищий рівень стресу ($M = 85,71$, $SD = 3,60$ проти $M = 101,91$, $SD = 37,14$), що свідчить про наявність значних психологічних навантажень у цій групі. Вони також мають вищий рівень проявів ПТСР ($M = 22,52$, $SD = 16,34$ проти $M = 27,72$, $SD = 17,05$), що вказує на наявність різних симптомів, пов'язаних зі стресом, включаючи повторні спогади, гіперзбудженість та уникання.

Додатково, особи з контузією, що продовжили проходження служби, демонструють вищий рівень астенії ($M = 2,46$, $SD = 3,35$ проти $M = 0,58$, $SD = 0,14$), що характеризується загальною втому, виснаженістю та зниженням енергії. Також спостерігається вищий рівень вегетативних порушень ($M = 3,16$, $SD = 4,62$ проти $M = 0,045$, $SD = 1,26$), що можуть включати фізіологічні симптоми, такі як серцебиття, пітливість, дихальні порушення та інші вегетативні реакції.

Табл. 3.22.

Порівняння середніх рівня ППН, ПТСР, шкал астенії та вегетативних порушень для фактору отримання контузії у військових

		N	Mean	Median	SD	SE
ППН	Ні	114	85,71	81,00	33,60	3,147
	Так	47	101,914 9	103,000	37,14	5,417
Самооцінка проявів ПТСР	Ні	114	22,52	20,00	16,34	1,531
	Так	47	27,7234	26,000	17,05	2,487
Шкала астенії	Ні	114	2,46	3,35	5,18	0,485
	Так	47	0,5813	0,140	5,31	0,774
Шкала вегетативних порушень	Ні	114	3,16	4,62	9,16	0,858
	Так	47	0,0447	1,260	8,78	1,281

3.2. Рекомендації психологам з проведення психологічного супроводу військовослужбовців

При роботі з військовими, які мають посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), слід керуватися деякими методичними рекомендаціями. Ось кілька порад для роботи з військовими з ПТСР [7]:

1. Встановлення довіри. Військові можуть відчувати страх, недовіру або опір щодо отримання допомоги. Важливо створити сприятливу атмосферу та встановити довіру, демонструючи повагу та безпеку.

2. Індивідуальний підхід. Кожен військовий з ПТСР має свої унікальні потреби і реакцію на травматичні події. Із військовими варто працювати індивідуально, враховуючи їх особливості, цінності та індивідуальні цілі.

3. Навчання стратегіям копінгу. Військовим потрібно допомогти розвивати здорові стратегії копінгу зі стресом. Це може включати релаксаційні вправи, дихальні техніки, медитацію та інші методи зниження тривоги.

4. Поступовий підхід до травматичних спогадів. Робота з травматичними спогадами повинна бути завершена і контрольована.

Військовим варто допомагати розвивати методи саморегуляції і зниження тривоги під час зустрічі з травматичними спогадами.

5. Сприяння соціальній підтримці. Цьому сприяє залучення військових до групових сесій або підтримуючих спільнот, де вони можуть зустрітися з іншими, хто також переживає ПТСР. Соціальна підтримка може бути більшим фактором у зціленні.

6. Комбінований підхід до лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР) включає в себе використання різних методів та терапевтичних підходів для покращення благополуччя військових з ПТСР.

Професійний психолог має вміти виявляти аномальні показники в мисленні, емоційній сфері, поведінці та міжособистісних відносинах, щоб уникнути помилок при інтерпретації індивідуально-психологічних особливостей клієнта і не пропустити психіатричні розлади.

Це означає, що психолог повинен мати глибокі знання в галузі психічних захворювань, розуміти їх феноменологію та чітко розуміти свої професійні обмеження. Лікування таких розладів повинен виконувати медичний фахівець.

Можливість правильного розуміння меж вашої компетенції особливо важлива, коли ми маємо справу з психічними розладами. Невмотивоване та необґрунтоване втручання психолога може мати негативні наслідки не тільки для клієнта, але й для професійного самовизначення самого психолога.

Психолог - це фахівець у міждисциплінарній галузі, і від нього вимагаються високі стандарти. Він повинен бути ерудованим, гнучким у мисленні, допитливим і відкритим до нових знань. Також важливо мати толерантність до невідомого і бути готовим до постійного розвитку та вдосконалення своїх професійних навичок. Під час першої зустрічі з клієнтом, психолог проводить перший етап бесіди, який складається трьох частин, а також заповнює 1, 2 та 3 позиції структурованого інтерв'ю (протоколу). Це фактичні (формальні) дані про клієнта (наприклад, «освіта», «військове звання», «сімейний стан», «діяльність», «основні скарги» тощо) [49].

На початковому етапі бесіди психолог зосереджується на встановленому контакті та розпочатому спілкуванні з клієнтом. Успіх цієї взаємодії великою кількістю залежить від того, наскільки психолог зумів з перших хвилин створити приємну атмосферу і проявити свою зацікавленість у розмові. Важливо не поспішати та не сильно метушитися, уникаючи виснажливого підходу до клієнта. Психолог старається активно вступати в контакт з клієнтом, пропонуючи свою допомогу і демонструючи свою зацікавленість. Враховуючи, що ситуація на початку бесіди може бути дискомфортною для людини, яка вперше звернулася до психолога, психолог дає клієнту необхідний час для продовження. Перед початком бесіди корисно зробити невелику паузу, тривалістю 45-60 секунд, і не бути занадто багатослівним. Значущою є оптимальна позиція психолога, яка виявляється у відношенні до клієнта як рівність, де психолог представлений так само, як і клієнт, використовуючи його ім'я, назваще або просто ім'я. Клієнту краще дати можливість представити першим і вказати, яким він бажає, щоб до нього звернулися.

Психолог повідомляє клієнта про те, що вся надана їм інформація є конфіденційною і не підлягає розголошенню. Проте, інформує клієнта про те, що в разі виявлення існування загрози життю і здоров'ю клієнта (аутоагресії), або ймовірності того, що клієнт може нашкодити здоров'ю і життю оточуючих, інформацію буде надано (начальнику), лікарю тощо.

Основними методами у роботі з військовослужбовцями є спостереження, тестування.

Окрім того, що психолог сам спостерігає за клієнтом, інформацію про нього можна отримати від рідних, командирів, друзів або лікарів. Ці джерела дають усну інформацію, яка є достовірною, але може бути суб'єктивною. Самозвітна інформація, коли людина відповідає на питання, може бути швидким способом отримати заданий файл, але точність і повнота цих даних може бути під сумнівом. Інформація може бути спотворена через небажання співпрацювати, нереалістичну самооцінку, проблеми з пам'яттю, використання психологічних захистів та інші фактори.

При діагностиці посттравматичного стресового розладу (ПТСР) необхідно повністю вивчити симптоми та виключити інші розлади, які можуть мати подібні прояви після травматичного досвіду. Особливу увагу слід звернути на можливість неврологічних або соматичних захворювань, які можуть викликати симптоми ПТСР. Наприклад, черепно-мозкова травма, вживання психоактивних речовин або абстинентний синдром можуть бути причиною симптомів, які можуть з'явитися знову після травми або через кілька тижнів.

Так, для виявлення неврологічних або соматичних розладів важливо провести збір анамнезу, обстеження та, іноді, нейропсихологічне дослідження. Це допоможе виключити можливості органного утворення головного мозку, які можуть призвести до когнітивного дефекту.

У класичному, некомплікованому випадку ПТСР свідомість та спрямованість хворого зберігаються. Проте, якщо під час нейропсихологічного дослідження виявляється когнітивний дефект, який був відсутній до травми, необхідно виключити можливість органічного ураження голови.

Так, при діагностиці посттравматичного стресового розладу (ПТСР) інсталяція часового зв'язку між явними симптомами та травматичною підтримкою є критерієм. Люди з ПТСР постійно переживають травматичні події у формі спогадів, кошмарів або відчуття, що вони знову переживають ці події. Вони також намагаються уникнути будь-яких нагадувань про травматичну подію, таких як місця, люди або випадки, які пов'язані з травмою.

Це відрізняє ПТСР від панічного розладу, який характеризується епізодичними приступами інтенсивної тривоги та фізичних симптомів, і генералізованого тривожного розладу, де тривожність є розширеною і пов'язана з максимальними подіями та ситуаціями.

ПТСР також часто потрібно відрізнити від важкої депресії, після чого деякі симптоми можуть бути спільними, такими як пригнічений настрій, втрата інтересу до задоволення та зниження енергії. Однак у ПТСР головною причиною симптомів є травма, тоді як у важкій депресії симптоми виникають розладом. Хоча ці два стани можна легко відрізнити за їх клінічними проявами,

важливо не пропустити коморбідну депресію у людей з ПТСР, що може суттєво вплинути на вибір терапії.

Перенесений стрес може мати серйозний вплив на розвиток депресії, тривожного розладу і зловживання психоактивними речовинами. Коли людина переживає значний стрес або травматичну подію, вона може шукати способи зняти напругу і знеболити емоційний дискомфорт. Вживання психоактивних речовин може надати тимчасове полегшення і відволікти увагу від неприємних почуттів. Однак це може призвести до формування залежності, якщо вживання речовин стає звичкою.

Крім того, перенесений стрес може погіршити особистісне функціонування у людей з особистісними розладами. Особистісні розлади впливають на спосіб сприйняття та реагування на стрес, тому стресові розлади можуть призвести до посилення симптомів розладу і загострення патологічних реакцій.

Також інша соматоневрологічна патологія може вплинути на перебіг посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Наявність супутніх соматичних або неврологічних захворювань може спотворювати симптоми ПТСР або приховувати їх. Стійкість, несприйнятливність до медико-психологічного лікування ПТСР можуть визначати як складні форми супутньої патології так і певні характеристики особистості, а також соціальна ситуація (сім'я, друзі, соціальна підтримка, фінансова ситуація, політична ситуація).

Бесіда є важливим інструментом психологічного дослідження та оцінки клієнта. Бесіда дає можливість психологу встановити зв'язок з клієнтом, докладніше досліджувати його проблеми, висунути гіпотези та перевірити їх. Отримані дані можуть фіксуватися психологом або асистентом.

Існує кілька способів фіксації інформації, і кожен з них має свої переваги і недоліки. Запис бесіди під час проведення можна вставити на довірливий контакт із клієнтом, але може бути корисним для точного відтворення розмови пізніше. Запис із використанням схованого аудіо- чи відеозапису може

забезпечити точність та об'єктивність, але виявити етичні проблеми, пов'язані з конфіденційністю та приватністю даних.

Запис інформації з пам'яті після бесіди може призвести до втрати або утворення певної частини інформації через неповноту або помилки у запам'ятовуванні. Інтерференція та інші фактори також можуть вплинути на точність запам'ятовування. Також можуть виникати проблеми з оцінкою значущості деяких повідомлень та знехтування інших.

У разі введення запису вручну важливо розробити систему кодування мовної інформації для більш точного збереження та аналізу даних.

Враховуючи всі ці фактори, психолог повинен вибрати методи фіксації інформації, які найкраще відповідають конкретній ситуації та вимогам етики і конфіденційності.

Важливо розуміти, що індивідуальна бесіда має бути цілеспрямованою і необхідно дотримуватися певних умов для її ефективного проведення. Вперше, перед початком бесіди необхідно підготуватися. Це означає чітке виконання головної мети бесіди, продумати послідовність запитань і переглянути з нами доступну інформацію, включаючи результати психодіагностичних тестів.

Друга вимога полягає у створенні невимушеної атмосфери під час бесіди. Важливо, щоб бесіда відбувалася в спокійному та довірчому середовищі, без наявності сторонніх осіб та переривання. Усі запитання мають простими та зрозумілими, спрямованими на сприяння респондентів у розкритті його історії та діяльності.

Вони повинні сприяти розгортанню єдиної, цільної розповіді респонденту про себе, їх життєдіяльність та досвід. Запитання мають бути сформульованими таким чином, щоб стимулювати розгортання повноцінного наративу та дозволити респондентам висловити свої думки, почуття та переживання.

Перед бесідою звичайно необхідно намітити основні питання які будуть допомагати дізнатись ті чи інші обставини. Але сам діалог має відбуватися вільно, а не бути в стилі опитування. При цьому варто зберігати структуру, аби триматися в межах визначеної проблеми.

Після завершення бесіди, важливо записати всю отриману інформацію про особливості особистості клієнта та зробити власні висновки. Важливо пам'ятати, що мета бесіди полягає не лише в зборі необхідної інформації, але й у створенні позитивного психологічного впливу на клієнта.

Під час завершення бесіди, доцільно висловити побажання та надати корисні поради та рекомендації клієнту. Це допоможе підсилити відчуття підтримки та сприятиме подальшому психологічному розвитку клієнта.

Запис отриманої інформації та висновків після бесіди дозволить психологу зберегти цінні дані та використовувати їх для подальшого аналізу, планування терапевтичних стратегій або надання рекомендацій клієнту.

Бесіда може включати кілька етапів, зазвичай від 4 до 7, кожен з яких має свої особливості. Один з важливих етапів полягає в перекладенні локусу скарги клієнта зовнішнього контролю на внутрішній.

Це означає, що психолог спрямовує клієнта на розуміння, що він сам є активним учасником своєї ситуації і має внутрішню владу і відповідальність за те, що відбувається. Цей переклад дозволяє клієнту почувати себе здатним до змін і мотивує його до дій для поліпшення своєї ситуації.

Якщо людина відчуває свою відповідальність за власну життєву ситуацію, вона стає більш мотивованою до змін і здатною зробити кроки, необхідні для досягнення позитивних результатів. У протилежному випадку, якщо людина вважає, що зміни та поліпшення мають прийти від зовнішніх джерел або оточуючих, вона може лише чекати допомоги, не виявляючи активної ініціативи.

Перекладення локусу скарги зовнішнього контролю на внутрішній допомагає клієнту розуміти свою власну роль у вирішенні проблем та зміні життєвої ситуації, що є важливим кроком у досягненні реальних результатів.

Третій етап бесіди є корекційною частиною, і він може становити виклик для початківців психологів. Це етап, на якому психолог має показати клієнту, як саме він створює свої проблеми, але в той же час не просто дати пораду або рекомендацію.

Цей етап вимагає від психолога вміння використовувати різні техніки і методи, щоб допомогти клієнту зрозуміти, які думки, переконання або патерни поведінки призводять до його проблем. Психолог має допомогти клієнту осмислити ці фактори і розглянути альтернативні способи мислення та поведінки.

Важливо, щоб психолог не просто давав поради або рекомендації, але допомагає клієнту відкрити власний потенціал і знаходити власні відповіді на проблеми. Це може включати спільне розв'язання завдань, рольову гру або інші активні форми співпраці, які сприяють розумінню і зміні.

Корекційна частина бесіди вимагає від психолога тонкої грані між показанням клієнту його власної відповідальності за проблеми і наданням підтримки, щоб він міг зробити позитивні зміни у своєму житті. Це складний етап, який вимагає від психолога вміння емпатії, ефективного спілкування і застосування відповідних психологічних технік для досягнення позитивних результатів.

Так, акцентування на суперечностях у розповіді клієнта і переформулювання його реальності може бути ефективним способом корекції, особливо якщо бесіда має логічну структуру і використовує аналіз конкретних ситуацій. Це дозволяє психологу вказати на протиріччя або неузгодженості у розповіді клієнта і переосмислити його сприйняття реальності.

Наприклад, психолог може зазначити клієнту, що на початку бесіди він скаржився на те, що оточуючі постійно конфліктують з ним, але у розповідях клієнта виявляються ситуації, де він сам є ініціатором конфліктів, а інша людина намагається знайти шляхи примирення. Психолог запрошує клієнта подумати про це і поділитися своїми думками.

Такий підхід допомагає клієнту зрозуміти свої власні протиріччя або неконструктивні патерни поведінки, і спонукає до перегляду своєї реальності та знаходження альтернативних підходів. Це може сприяти зміні усвідомлення і розуміння проблеми, що є першим кроком до її вирішення.

Останній етап бесіди - завершення - включає ряд важливих кроків, які допомагають забезпечити повноту і ефективність проведеної роботи. Психолог здійснює такі заходи:

Підведення підсумків бесіди. Психолог коротко узагальнює те, що відбулося протягом бесіди. Це може включати основні моменти, виявлені проблеми або досягнуті прориви. Таке підсумкове узагальнення допомагає клієнту зрозуміти, що було досягнуто під час бесіди і які напрямки варто розглянути для подальшої роботи.

Обговорення подальших відносин. Психолог може обговорити з клієнтом питання, які стосуються подальших відносин між ними. Це може включати домовленості щодо подальших зустрічей, співпраці з іншими фахівцями або рекомендації щодо самостійної роботи клієнта над собою. Обговорення цих питань допомагає створити ясність і розуміння щодо подальшого шляху розвитку.

Прощання психолога з клієнтом. Завершуючи бесіду, психолог проводить процес прощання з клієнтом. Це може включати висловлення побажань клієнту, подяки за співпрацю та наголошення на тому, що психолог завжди готовий надати підтримку в майбутньому. Прощання допомагає створити відчуття завершеності і закритості бесіди. Всі ці кроки підсилюють позитивний психологічний вплив бесіди, забезпечують закріплення досягнутих результатів і створюють основу для подальшої роботи.

У процесі роботи з військовослужбовцями, можливі різні ускладнення їхнього стану, пов'язані зі спогадами, напруженням, тривогою. Психолог повинен володіти методами екстреної допомоги, щоб своєчасно мати можливість допомогти бійцям, крім того, психолог повинен навчити їх швидким і простим методам самопомоги.

Важливо підкреслити та виділити, що при роботі з військовими, які отримали важке поранення, зазнали ампутації, варто відстежувати соціальну взаємодію між близькими, наскільки виражена соціальна підтримка пацієнтів. Важливо звертати увагу до кого приходять родичі/друзі/знайомі, до кого з

пацієнтів взагалі ніхто не приходять. При цьому, за можливості варто визначити, чому до деяких пацієнтів не приходять близькі люди (це може бути відсутність близьких або відсутність можливості приїхати, але може бути і небажання людини їхати в установу, де перебуває військовий).

Завдання персоналу відслідковувати такі випадки і об'єднувати людей у спільну діяльність. Заздалегідь підготувати ігрову зону (це може бути окрема кімната або організований простір у загальній зоні), в якій можна провести час пацієнтам, до яких у цей час не прийшли відвідувачі. За можливості, рекомендуємо сприяти об'єднанню військових у групи за інтересами, яким є чим поділитися, обмінятися думками, долучитись до спільної ігрової діяльності. Спільна активність може допомогти військовим не занурюватися у свою «біль», а навпаки, буде допомагати шукати нові стратегії для подолання життєвих викликів, боротись із самотністю. Також при реабілітаційному процесі важливо долучати військових отримали важке поранення, зазнали ампутації до різних видів фізичної та розумової активності. Передбачається, що в медичних або реабілітаційних установах одним із етапів реабілітації є робота з реабілітологом задля покращення або відновлення фізичного стану пораненого. За таких обставин, припустимо, що фізична активність присутня під час перебування військового в таких установах. Тому персонал має подбати про інші активності для поранених військових. Прикладами таких активностей можуть бути настільні ігри, такі як:

- Аліас (Alias) (це настільна командна гра, в якій треба максимально швидко пояснити своїй команді задані слова без використання однокореневих);
- Мафія – інтелектуально-психологічна покрокова рольова гра у детективному жанрі, яка моделює боротьбу організованої меншості проти неорганізованої більшості;
- Настільні ігри на емоційний інтелект – дозволяють запуснути окремі емоційні механізми та допоможуть відновити пригальмовані розумові здібності, водночас такі ігри мають інформативну корисність.

За можливості варто отримати зворотній зв'язок від військових, можливо, вони мали досвід настільних ігор і зможуть запропонувати або попросити конкретні ігри (Dobble, UNO, Крокодил тощо). Загалом активні ігри допоможуть налагодити комунікацію в палатах/ групах, а також сприятимуть відновленню особистісних здібностей поранених. Не обов'язково постійно перебувати біля пацієнтів, такого роду ігри дозволяють долучати до гри військових-ампутантів без участі сторонніх осіб. Тому в кожній установі було би доречно мати декілька таких ігор в ігровій зоні, аби ними можна було скористатися у будь-який час.

Також психологам варто застосовувати програми психологічного супроводу. Програма психологічного супроводу для військовослужбовців, що брали участь у операціях об'єднаних сил, має на меті зниження рівня прояву ознак посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та підтримку їхнього оптимального психічного здоров'я.

Основні принципи та методи, які можуть бути використані психологом в рамках програми психологічного супроводу, включають [40]:

Створення сприятливого середовища. Психолог має створити довірчу атмосферу, де військовослужбовці почуваються комфортно та безпечно виражати свої емоції та переживання. Важливо встановити добру співпрацю та відносини з військовослужбовцями.

Ініціювання спілкування. Психолог має активно ініціювати спілкування з військовослужбовцями, створюючи можливості для вираження їхніх переживань. Це може включати індивідуальні консультації, групові сесії або спеціальні тренінги.

Прийняття та емпатія. Психолог повинен продемонструвати прийняття та емпатію щодо військовослужбовців, виявляючи розуміння їхньої ситуації та переживань. Це допоможе створити відчуття підтримки та довіри.

Формулювання та вербалізація переживань. Психолог може допомогти військовослужбовцям у формулюванні своїх переживань та емоцій. Це може допомогти їм краще розуміти свої внутрішні стани та знайти шляхи для

подальшого розвитку та змін у своєму психологічному становищі. Психолог може використовувати різні техніки, такі як активне слухання, спрямовані запитання та рефлексивне відображення, щоб допомогти військовослужбовцям збагнути та висловити свої переживання.

Купірування стресу. Психолог може надати військовослужбовцям інструменти та стратегії для купірування стресу. Це можуть бути методи релаксації, дихальні вправи, використання позитивних мантр або впровадження засобів саморегуляції. Психолог має навчити військовослужбовців ефективно використовувати ці методи у своєму повсякденному житті.

Психологічний супровід. Психолог повинен забезпечити постійний психологічний супровід військовослужбовців, стежити за їхнім психічним станом та реагувати на зміни. Це може включати регулярні консультації, спостереження за психологічними показниками та при необхідності направлення на додаткові форми психологічної підтримки.

Групова робота. Психолог може організувати групові сесії, де військовослужбовці можуть обговорювати свої переживання та ділитися досвідом з іншими учасниками. Групова робота може створити відчуття спільності, підтримки та допомоги між учасниками групи.

Психологічний супровід військовослужбовців, що брали участь у операціях об'єднаних сил, має на меті забезпечення їхнього оптимального психічного здоров'я, підтримки стійкості до стресових чинників, психологічної готовності до виконання службових обов'язків та запобігання негативним психологічним станам.

Основні завдання психологічного супроводу включають [9]:

1. Моніторинг психологічних станів. Психолог відстежує психологічні стани військовослужбовців, їх соціально-психологічні характеристики та наслідки впливу стресових чинників. Це дозволяє розпізнавати ризикові фактори і своєчасно реагувати на зміни в психологічному стані.

2. Підтримка психічної стійкості. Психолог допомагає військовослужбовцям підтримати рівень психічної стійкості до стресу, якому вони піддаються під час військової служби. Це включає розвиток копінг-стратегій, засобів саморегуляції та підтримку позитивного психологічного налаштування.

3. Підтримка бойової активності. Психолог сприяє збереженню високої бойової активності військовослужбовців, підтримуючи їхню мотивацію, самовпевненість та віру в успіх. Це важливо для забезпечення ефективного виконання службових завдань.

4. Моніторинг фізичної та розумової втоми: Психолог стежить за рівнем фізичної та розумової втоми військовослужбовців. Він аналізує показники їхньої енергетичної витривалості, впливу фізичного та психічного напруження на їхню продуктивність та загальний стан. Це дозволяє вчасно виявляти ознаки перевантаження та змінювати режими активності та відпочинку для забезпечення оптимального функціонування.

5. Профілактика та регуляція психологічних станів: Психолог займається запобіганням розвитку кризових психологічних станів та нервово-психічних розладів, що можуть виникнути через стресові чинники професійної діяльності. Він надає рекомендації щодо психологічної саморегуляції, впроваджує методики зниження напруження та стресу.

6. Виявлення ознак стресових реакцій та психічної дезадаптації: Психолог здійснює ретельний моніторинг психічного стану військовослужбовців і вчасно виявляє ознаки стресових реакцій та психічної дезадаптації. Це дозволяє прийняти необхідні заходи для запобігання подальшому розвитку цих станів та надати необхідну підтримку та допомогу.

7. Психологічна просвіта: Психолог займається наданням військовослужбовцям необхідної інформації та знань про психологічні аспекти стресу, адаптації, підтримки психічного здоров'я та психологічної саморегуляції. Він проводить тренінги, семінари та інші форми психологічної просвіти, сприяючи підвищенню свідомості військовослужбовців про важливі

аспекти психічного здоров'я, стресу та його управління. Це може включати навчання стратегіям саморегуляції, розуміння психологічних реакцій на стресові ситуації, освітлення методів підтримки психологічного здоров'я.

Психологічна просвіта також спрямована на формування навичок психологічної самопомоги, щоб військовослужбовці могли ефективно впоратися зі стресом і розладами, які можуть виникати в ході служби. Це може включати навчання технік релаксації, дихальних вправ, практик медитації та інших методів психологічного саморегулювання.

Психологічна просвіта також сприяє підвищенню освіченості військовослужбовців про симптоми та ознаки психічних проблем, що можуть виникнути внаслідок стресу та травматичних подій. Це робить їх більш свідомими про власний психічний стан та сприяє зверненню за допомогою у випадку потреби.

Усі ці форми психологічної просвіти сприяють підвищенню рівня знань, розуміння та свідомого відношення військовослужбовців до психічного здоров'я та психологічного супроводу. Вони сприяють створенню психологічно підтримуючого середовища та сприяють збереженню та покращенню психічного благополуччя військовослужбовців.

Робота з особовим складом передбачає індивідуальні та колективні форми взаємодії.

Техніки психологічної підтримки в професійній діяльності особового складу можна розділити на [45]:

1. Організаційні – це планування, нагляд за дотриманням вимог, висловлювання рекомендацій, створення благоприємного середовища.

2. Емпіричні – це активне та пасивне спостереження, діагностика, експертна оцінка, психологічні вправи (психотренінги), емоційне і вольове регулювання, саморегуляція, інформування, опитування, індивідуальні розмови, переконування, навіювання, позитивний приклад, критика, заохочення, подяка.

3. Обробка даних – аналіз отриманої інформації.

4. Інтерпретаційні – тлумачення здобутих результатів.

Медико-психологічна реабілітація, що включає програму психологічної підтримки, складається з трьох ключових стадій:

- ініціююча;
- психологічна (основна);
- фінальна;

Ініціююча стадія (2-3 дні) – це період становлення терапевтичної взаємодії. Завданням першої стадії є формування безпечного оточення для адаптації, стабілізації та відновлення нормативного функціонування.

У медичному центрі проводиться реєстрування військового (у подальшому – пацієнт) і початковий медичний огляд. Лікарі здійснюють детальне діагностичне опитування (збирають анамнез, зосереджуючись на соматичних симптомах). У лікарні кожному пацієнту призначається відповідальний лікар, який складає індивідуальну програму лікування та реабілітації на основі багатоаспектного обговорення, відстежує динаміку стану пацієнта, веде медичну карту. Додатково, кожен пацієнт має призначеного психолога, який здійснює своє детальне опитування (особлива увага приділяється дослідженню суїцидальних намірів, суїцидальних ризиків, використання хімічних речовин, психосоматичних скарг, симптомів дисоціації, імпульсивності, емоційної нестабільності та міжособистісних викликів) та кризове консультування.

Основна психологічна стадія (20-22 дні) – це час, коли спеціально розроблені підходи активно застосовуються для роботи з травмою.

В процесі основної стадії проводиться психоедукація, ціль якої – декатастрофізація, тобто нормалізація та пояснення симптомів ПТСР (нормативна реакція на аномальну ситуацію). Важливість приділяється формуванню в пацієнта концептуального бачення, розумінню основних наслідків та психопатологічних реакцій, спровокованих психічною травмою; навчання і оволодінню методиками самостійної роботи з симптомами; стабілізації симптомів; навчання пацієнтів базовим навичкам самопомоги в

період інтрузивних спогадів, тривоги; набуванню визначених навичок та навчанню технік самокерування і саморегуляції.

Під час цієї стадії може відбуватися протистояння з травмуючими подіями (якщо пацієнт готовий і бажає працювати над симптомами, що його мучать) за допомогою відповідних технік кожного з підходів, рекомендованих для роботи з травмою.

Психологічна частина цілісного підходу охоплює: едукативний процес (психологічні навчання), кризові консультації, персональну психотерапію (до восьми зустрічей), колективну психотерапію (до п'яти зустрічей, в одній групі може бути присутніми не більше 10 людей, тривалість групових занять – 1,5-2 години), методи релаксації з освоєнням елементів аутогенного тренування, біосугестивну та майндфулнес терапії.

Лікувальна частина включає: фізіотерапевтичні методи (бальнеотерапія, рефлексотерапія, масаж, кисневий коктейль, магнітно-лазерна терапія, електропроцедури, пресотерапія, ударно-хвильова терапія, озокерит) та медикаментозну терапію (лікування психоневрологічних порушень – седативні препарати, антидепресанти, засоби для сну і т.д.), терапія супутніх соматичних захворювань (судинні, вітамінні, гастроентерологічні, нейротрофічні тощо). Психофармакотерапія має на меті зниження ажитації, імпульсивності, агресивності, депресії та стабілізації сну.

Щоб реалізувати таку багатоаспектну модель лікувально-реабілітаційних заходів, потрібна координована робота команди спеціалістів різних напрямків. Тому в реабілітаційних центрах мають працювати лікарі, психотерапевти, клінічні психологи, медсестри і інші. В центрах повинні проводитися групові заняття для персоналу з метою формування дружніх та підтримуючих відносин, та підтримки командної гармонії.

Останній етап (2-3 дні). Інтеграція досвіду, медико-психологічна підтримка, підготовка до психосоціальної адаптації. На цьому етапі

проводиться фінальна індивідуальна сесія, а також завершення всіх інших лікувальних процедур.

Методи і техніки. Використовуються методи і техніки таких психотерапевтичних напрямків як: КПТ, біосугестія, гештальт-терапія, терапія через мистецтво і творче самовираження, психодрама, арт-терапія, символдрама, тілесно-орієнтована психотерапія, терапія, що фокусується на травмі, схема-терапія та інші методи.

Висновки до третього розділу

Нами виявлені фактори, що впливають на емоційний стан військових і мають важливе значення для розуміння й підтримки психологічного благополуччя цих осіб. Опишемо кожен з факторів більш детально:

Вік. Згідно з виявленими даними, збільшення віку військовослужбовців збільшує ризик виникнення невротичної депресії, астенії (загальної слабості), істеричного типу реагування та вегетативних порушень. Це може бути пов'язано зі змінами в фізіології та здатності організму адаптуватися до стресу з плином часу.

Кількість дітей. Наявність дітей у військовослужбовця також виявилася фактором, який збільшує ризик виникнення симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР), вегетативних порушень та істеричного типу реагування. Це може бути пов'язано зі збільшеним навантаженням на сімейні зв'язки та відповідальність за дітей, що підсилює емоційний стрес.

Термін перебування на передовій. Збільшення тривалості перебування на передовій також збільшує ризик істеричного типу реагування. Це може бути пов'язано зі зростанням втоми, постійним напруженням і постійними загрозами на передовій, що може впливати на психологічний стан військовослужбовців.

Рівень освіти. Наявність вищої освіти збільшує ризик невротичної депресії. Вища освіта може бути пов'язана зі збільшеною вимогою до себе, підвищеними очікуваннями.

Перебування на передовій (перша лінія). Продовжене перебування на передовій збільшує ризик проявів симптомів ПТСР, тривоги, істеричного типу реагування, obsesивно-фобічних порушень та істотно підвищує рівень вегетативних порушень. Це пов'язано з постійною експозицією до воєнних подій, стресовими ситуаціями, високим ризиком для життя та неможливістю повністю відновитися психологічно під час активної бойової діяльності.

Попередня участь у бойових діях. Особи, які мають досвід попередньої участі в бойових діях до повномасштабного вторгнення, показують збільшений ризик істеричного типу реагування та астенії. Це може бути пов'язано з травматичними подіями, які вони пережили в минулому, і накопиченим емоційним стресом, який впливає на їхню психологічну стійкість.

Отримана контузія. Травматична контузія підвищує ризик збільшення стресу, проявів ПТСР, астенії та вегетативних порушень. Це може бути пов'язано зі змінами в мозковій функції, які впливають на психологічний стан та здатність адаптуватися до стресових ситуацій.

Ці фактори є важливими для врахування під час розробки програм та заходів психологічної підтримки військовослужбовців. Враховуючи це ми надали методичні рекомендації у роботі психолога та щодо розроблення програми психологічного супроводу.

Запровадження комплексних заходів психологічного характеру та психологічного супроводу під час виконання службово-бойових завдань серед військовослужбовців вимагає врахування факторів, що були згадані як фактори додаткового ризику. Одним з таких факторів є потрапляння на передову лінію фронту. Ваша гіпотеза вказує на можливу різницю в проявах симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР), тривоги, obsesивно-фобічних порушень та рівня вегетативних порушень між військовими на різних лініях фронту. Для підтвердження цієї гіпотези потрібні додаткові дослідження.

Такі заходи можуть включати:

Підвищення обізнаності та підготовка військовослужбовців. Це можуть бути тренінги та семінари, спрямовані на навчання стратегій ефективного

копінгу зі стресом, управління емоціями, підтримання психічної стійкості та розвиток резильєнтности.

Психологічна підтримка та консультування. Психолог може надавати індивідуальну та групову підтримку військовослужбовцям, працювати з їхніми емоціями, переживаннями та допомагати їм розв'язувати психологічні труднощі.

Створення безпечного та підтримуючого оточення. Важливо забезпечити військовослужбовцям психологічну безпеку та підтримку у їхньому оточенні. Це може включати формування командних структур, де командири та співробітники демонструють емоційну підтримку, розуміння та готовність прислухатися до проблем військових. Розвиток колективного духу і підтримки від рівноцінних товаришів також може сприяти зниженню психологічного стресу.

Стрес-менеджмент та релаксаційні практики. Надання військовослужбовцям навичок управління стресом і використання релаксаційних методів може сприяти полегшенню напруги та покращенню психологічного стану. Це можуть бути методи дихальної гімнастики, медитації, йоги, фізичної активності та інших технік, що сприяють розслабленню.

Ефективне управління інформацією. Важливо створити систему інформування військовослужбовців про події на передовій, що буде сприяти зменшенню невизначеності та тривоги. Також слід уникати надмірного навантаження інформацією, яка може підвищити стрес та тривогу.

Післяопераційна реабілітація. Після повернення з передової важливо забезпечити післяопераційну реабілітацію, яка може включати індивідуальну та групову психологічну підтримку, заняття психотерапією, а також фізіотерапію та реабілітаційні процедури для відновлення фізичного здоров'я.

ВИСНОВКИ

Теоретичний аналіз наукових джерел дозволив визначити, що емоційна сфера – ієрархічно упорядкована система, сформована на основі пріоритетних життєво важливих емоцій. Емоційна сфера психіки – це своєрідна форма відображення дійсності особистістю у вигляді відображення її ставлення до дійсності, що пов'язане з поширенням на весь організм збудження, яке викликається активною реакцією суб'єкта. На відміну від гностичних процесів, які відображають властивості і зв'язки предметів матеріального світу у формі образів, процеси емоційної сфери відображають ставлення людини до значущих для неї об'єктів, явищ і подій у формі переживань. Теоретичний аналіз наукових джерел дозволив визначити, що психічна депривація – це зниження дієспроможності психіки особистості з причин несформованості чи руйнування певних психічних параметрів через незадоволення суб'єктом базових потреб, необхідних для його нормальної життєдіяльності й розвитку.

Депривація емоційного ставлення: недостатня можливість для встановлення інтимного емоційного ставлення до будь-якої особи або розрив подібного емоційного зв'язку, якщо такий уже був створений. До емоційної депривації, як правило, приводять серйозні життєві потрясіння, пов'язані з втратою місця роботи, близьких людей, різними катастрофами. Емоційна депривація проявляється у зниженні діапазону переживань, зміщенні їх модальності, що призводить до неможливості чи розриву стосунків, порушенні довіри, близькості. В екстремальних ситуаціях службової діяльності відбувається переоцінка цінностей особистості, адже людина перебуває в стані постійного стресу, тривоги щодо неможливості контролювати задоволення однієї з базових потреб, потреби у безпеці. Випадковість смерті і постійне відчуття можливості її настання, можливість отримання травм та каліцтва – усе це підриває віру в самий сенс життя. Почуття тривоги стає нав'язливим, оскільки вектор страху спрямований на гіпотетичну можливість, випадковість, а не на події, що відбуваються в реальності, і всі системи організму

функціонують безконтрольно. Це закономірний процес, вихід із якого часто здійснюється переходом стану тривоги і страху у стан психічного та фізичного виснаження.

Для вирішення поставлених завдань нами було застосовано шкалу самооцінки психологічного стресу (PSM-25) Шкала PSM-25 Лемура-Тесьє-Філіон (Lemyr-Tessier-Fillion), що призначена для вимірювання феноменологічної структури переживань стресу і складається з 25 питань, які досліджувана особа оцінює на шкалі від 1 до 4, де 1 – «абсолютно не погоджуюся» і 4 – «повністю погоджуюся». Шкала PSM-25 дозволяє оцінити загальний рівень психологічного стресу, а також виявити його різні аспекти, такі як стимули, симптоми та наслідки стресу. Деякі з питань, які можуть бути включені в шкалу PSM-25, охоплюють такі теми, як емоційна реакція на стресові ситуації, фізичні симптоми, психологічні наслідки та стратегії копіngu.

Також нами застосовувався опитувальник посттравматичного стресового розладу (PCL-5). Він є одним з найбільш використовуваних інструментів для оцінки симптомів та виявлення посттравматичного стресового розладу (ПТСР). PCL-5 базується на діагностичних критеріях, визначених у Міжнародній статистичній класифікації хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям (ICD-11) та Діагностичного та статистичного керівництва психічними розладами (DSM-5).

У вибірку дослідження особливостей емоційної сфери військовослужбовців увійшли 1888 громадян України. Нами було розподілено респондентів за статусом (цивільні чи військові), статтю, віком, сімейним станом, кількістю дітей, рівнем освіти, наявності бойового досвіду, проходження строкової служби в армії, а окремо для військовослужбовців - місце перебування, тривалості перебування на передовій, наявність контузій, поранень у військовослужбовців та втрат в підрозділі. Враховуючи, що серед військовослужбовців кількість жінок, вдівців, тих, хто перебуває в госпіталі, тих, хто має науковий ступінь, виявилось недостатньою для дослідження, ми вирішили не враховувати їх у вибірці. Також ми обмежили вік респондентів до

віку призову на військову службу (від 18 до 60 років) Таким чином в нашу вибірку дослідження особливостей емоційної сфери військовослужбовців увійшли 564 чоловіка, громадян України, віком від 18 до 60 років ($M_{\text{вік}} = 41,4$; $SD = 8,04$), серед яких 28,5% військових.

Ми використали наступні статистичні методи: кореляційний аналіз Спірмена (Spearman's correlation analysis), Однофакторний дисперсійний аналіз з непараметричною поправкою Уелча, критерій Геймса-Хауелла, U-критерій Манна-Уїтні, що також відомий як критерій Уїлкоксона-Манна-Уїтні або критерій Уїлкоксона рангових сум.

Виявлені фактори, що впливають на емоційний стан військових, мають важливе значення для розуміння й підтримки психологічного благополуччя цих осіб. Опишемо кожен з факторів більш детально:

Вік. Згідно з виявленими даними, збільшення віку військовослужбовців збільшує ризик виникнення невротичної депресії, астенії, істеричного типу реагування та вегетативних порушень. Це може бути пов'язано зі змінами в фізіології та здатності організму адаптуватися до стресу з плином часу.

Кількість дітей. Наявність дітей у військовослужбовця також виявилася фактором, який збільшує ризик виникнення симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР), вегетативних порушень та істеричного типу реагування. Це може бути пов'язано зі збільшеним навантаженням на сімейні зв'язки та відповідальність за дітей, що підсилює емоційний стрес.

Термін перебування на передовій. Збільшення тривалості перебування на передовій також збільшує ризик істеричного типу реагування. Це може бути пов'язано зі зростанням втоми, постійним напруженням і постійними загрозами на передовій, що може впливати на психологічний стан військовослужбовців.

Рівень освіти. Наявність вищої освіти збільшує ризик невротичної депресії. Вища освіта може бути пов'язана зі збільшеною вимогою до себе, перевищеними очікуваннями.

Перебування на передовій (перша лінія). Продовжене перебування на передовій збільшує ризик проявів симптомів ПТСР, тривоги, істеричного типу

реагування, obsесивно-фобічних порушень та істотно підвищує рівень вегетативних порушень. Це пов'язано з постійною експозицією до воєнних подій, стресовими ситуаціями, високим ризиком для життя та неможливістю повністю відновитися психологічно під час активної бойової діяльності.

Попередня участь у бойових діях. Особи, які мають досвід попередньої участі в бойових діях до повномасштабного вторгнення, показують збільшений ризик істеричного типу реагування та астенії. Це може бути пов'язано з травматичними подіями, які вони пережили в минулому, і накопиченим емоційним стресом, який впливає на їхню психологічну стійкість.

Отримана контузія. Травматична контузія збільшує ризик збільшення стресу, проявів ПТСР, астенії та вегетативних порушень. Це може бути пов'язано зі змінами в мозковій функції, які впливають на психологічний стан та здатність адаптуватися до стресових ситуацій.

Ці фактори є важливими для врахування під час розробки програм та заходів психологічної підтримки військовослужбовців. Враховуючи це ми надали методичні рекомендації у роботі психолога та щодо розроблення програми психологічного супроводу. Запровадження комплексних заходів психологічного характеру та психологічного супроводу під час виконання службово-бойових завдань серед військовослужбовців вимагає врахування факторів, що були згадані як фактори додаткового ризику.

Одним з таких факторів є потрапляння на передову лінію фронту. Наша гіпотеза вказує, що сам факт потрапляння в активну зону бойових дій впливає більше, ніж термін перебування там на симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР), тривоги, obsесивно-фобічних порушень та рівня вегетативних порушень між військовими на різних лініях фронту. Для підтвердження цієї гіпотези потрібні додаткові дослідження.

Підвищення обізнаності та підготовка військовослужбовців. Це можуть бути тренінги та семінари, спрямовані на навчання стратегій ефективного копінгю зі стресом, управління емоціями, підтримання психічної стійкості та розвиток резильєнтности. Психологічна підтримка та консультування. Психолог

може надавати індивідуальну та групову підтримку військовослужбовцям, працювати з їхніми емоціями, переживаннями та допомагати їм розв'язувати психологічні труднощі. Створення безпечного та підтримуючого оточення. Важливо забезпечити військовослужбовцям психологічну безпеку та підтримку у їхньому оточенні. Це може включати формування командних структур, де командири та співробітники демонструють емоційну підтримку, розуміння та готовність прислухатися до проблем військових. Розвиток колективного духу і підтримки від рівноцінних товаришів також може сприяти зниженню психологічного стресу. Стрес-менеджмент та релаксаційні практики. Надання військовослужбовцям навичок управління стресом і використання релаксаційних методів може сприяти полегшенню напруги та покращенню психологічного стану. Це можуть бути методи дихальної гімнастики, медитації, йоги, фізичної активності та інших технік, що сприяють розслабленню.

Ефективне управління інформацією. Важливо створити систему інформування військовослужбовців про події на передовій, що буде сприяти зменшенню невизначеності та тривоги. Також слід уникати надмірного навантаження інформацією, яка може підвищити стрес та тривогу. Післяопераційна реабілітація. Після повернення з передової важливо забезпечити післяопераційну реабілітацію, яка може включати індивідуальну та групову психологічну підтримку, заняття психотерапією, а також фізіотерапію та реабілітаційні процедури для відновлення фізичного здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алещенко В. Психологічна реабілітація військовослужбовців з постстресовими психічними розладами : навчальний посібник / В. Алещенко, О. Хміляр. – Харків: ХУПС, 2005. – 84 с.
2. Алещенко В. Психологічна реабілітація військовослужбовців з постстресовими психічними розладами : навчальний посібник / В. Алещенко, О. Хміляр. – Харків: ХУПС, 2005. – 84 с.. 32
3. Анциферова Л.И. Психологія формування та розвитку особистості /Л.И.Анциферова // Психологія особистості працях вітчизняних психологів: Хрестоматія./ Під ред. Куликова Л. В. – 2 –е вид. – СПб.: Пітер, 2009. – 464 з.
4. Бабенко О. В. Методические рекомендации для военных психологов при работе с посттравматическим стрессом / О.В. Бабенко, Л. М. Домашенко. — Ростов н/Д. : МарвелМ, 2000. — 156 с.
5. Барденштейн Л. К. Истории учения о посттравматическом стрессовом расстройстве / Л. К. Барденштейн, В. Копытин, В. Молодецких. // Медицинский журнал. – 2007. – С. 51–53.
6. Бауманн У., Перре М. Клінічна психологія / У.Бауманн, М. Перре – 2 –е вид. – СПб: Пітер, 2006 р. – 1312 с.
7. Блінов О. А. Організація надання психологічної допомоги військовослужбовцям у воєнний час : монографія / О. А. Блінов. – Київ: НАОУ, 2006. – 15 с.
8. Блінов О. А. Організація надання психологічної допомоги військовослужбовцям у воєнний час : монографія / О. А. Блінов. – Київ: НАОУ, 2006. – 15 с.. 33
9. Блінов О. А. Прояви посттравматичних стресових розладів / О. А. Блінов // Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. – Житомир: «Вид-во ЖДУ ім. І. Франка», 2013. – Том VII. Екологічна психологія. – Випуск 32. – С. 15–20.
10. Блінов О. А. Прояви посттравматичних стресових розладів / О. А. Блінов // Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту

психології імені Г. С. Костюка НАПН України. – Житомир: «Вид-во ЖДУ ім. І. Франка», 2013. – Том VII. Екологічна психологія. – Випуск 32. – С. 15–20. 59

11. Боулбі Дж. Створення і руйнування емоційних зв'язків – 2 -е вид. – М.: Академічний Проект, 2005. – 232 с.

12. Брунер Д. Психологія пізнання. За межами безпосередньої інформації / Д.Брунер – Вид-во: Директмедиа Паблішинг, 2008 р. – 782 с.

13. Будник С. М. Формування професійної готовності офіцерів прикордонників до творчого вирішення завдань управлінської діяльності: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук : спец. 19.00.07 «Педагогічна та вікова психологія» / С. М. Будник. —Хмельницький, 2006. – 20 с.

14. Буряк О. О. Військовий синдром «АТО»: актуальність та шляхи вирішення на державному рівні / О. О. Буряк, М. І. Гіневський, Г. Л. Катеруша // Збірник наукових праць Харківського університету Повітряних Сил. — 2015. — Вип. 2(43). — С. 176–181.

15. Вайтхед М. Консультирование человека в состоянии горя: модель помощи / М. Вайтхед. // Психология зрелости и старения. – 2002. – С. 54.

16. Вайтхед М. Консультирование человека в состоянии горя: модель помощи / М. Вайтхед. // Психология зрелости и старения. – 2002. – С. 54. 54

17. Варій М. Морально-психологічний стан військ : навчальний посібник / М. Варій. – М: ВІ ДУ ЛП, 2000. – 162 с.

18. Варій М. Морально-психологічний стан військ : навчальний посібник / М. Варій. – М: ВІ ДУ ЛП, 2000. – 162 с. 34

19. Васянович Г. Методологічні контексти педагогічної науки на сучасному етапі її розвитку / Григорій Васянович // Педагогіка і психологія професійної освіти. — 2013. — №3. — С. 9–30.

20. Ващенко І. Конфлікт. Посттравматичний стрес: шляхи їх подолання / І. Ващенко, О. Антонова. – Київ: Знання, 1998. – 289 с.

21. Ващенко І. Конфлікт. Посттравматичний стрес: шляхи їх подолання / І. Ващенко, О. Антонова. – Київ: Знання, 1998. – 289 с. 45

22. Військова психологія: Підручник / За заг. ред. проф. О. Тімченка. Харків :УЦЗУ, 2007. 502 с.
23. Військова психологія: Підручник / За заг. ред. проф. О. Тімченка. Харків :УЦЗУ, 2007. 502 с. 35
24. Герман Д. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору / Дж Герман. – Львів: Видавництво Старого Лева, 2015. – 416 с.
25. Герман Д. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору / Дж Герман. – Львів: Видавництво Старого Лева, 2015. – 416 с. 30
26. Гостра реакція на стрес // Бібліотека «Здоров'я в Україні» 55
27. Гошовський Я. Феноменологія депривації: системний теоретико-емпіричний дискурс [Електронний ресурс] / Я. Гошовський. – Режим доступу: <http://hoshovskyi.blogspot.com/2013/06/blog-post.html>
28. Гошовський Я. Ресоціалізація депривованої особистості. Монографія / Я.Гошовський. – Дрогобич: Коло, 2008. – 480 с.
29. Делікатний С. К. Формування психологічної готовності співробітників ОВС до забезпечення особистої безпеки в екстремальних ситуаціях оперативно-службової діяльності / С. К. Делікатний, Ж. Ю. Половнікова. // Вісник Університету внутрішніх справ. – 1999. – С. 224–235.
30. Делікатний С. К. Формування психологічної готовності співробітників ОВС до забезпечення особистої безпеки в екстремальних ситуаціях оперативно-службової діяльності / С. К. Делікатний, Ж. Ю. Половнікова. // Вісник Університету внутрішніх справ. – 1999. – С. 224–235. 64
31. Екстремальна психологія: Підручник / За заг. ред. проф. О. Тімченка. Харків :УЦЗУ, 2007. 502 с 19
32. Екстремальна психологія: Підручник / За заг. Ред.. проф.. О.В.Тімченка – К.: ТОВ «Август Трейд», 2007. – 502 с. 61

33. Єна А. Актуальність і організаційні засади медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції / А. Єна. // . Науковий журнал МОЗ України. – 2014. – С. 5–16.
34. Китаев-Смык Л. Психология стресса. Психологическая антропология стресса / Л. Китаев-Смык. // Академический Проект. – 2009. – С. С.39 – 43.
35. Кокун О. М. Психофізіологія: навч. посібник / О. М. Кокун. – К. : Центр навчальної літератури. – 2006. – 184 с.
36. Кокун О.М. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій: Методичний посібник / О.М. Кокун, Н.А. Агаєв, І.О. Пішко, Н.С. Лозінська. – К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2015. – 170 с.
37. Коли людина повернулася з АТО, а її психіка – ні... [Електрон. ресурс] / Режим доступу: <http://www.day.kiev.ua/uk/article/cuspilstvo/koly-lyudynapovernulasya-z-ato-yiyi-psyhika-ni>
38. Краченко К.О., Тімченко О.В. Соціально-психологічні детермінанти виникнення бойового стресу у військовослужбовців – учасників антитерористичної операції : монографія / К.О. Краченко, О.В. Тімченко, Ю.М. Широбоков. – Х.: Вид-во НУЦЗУ, 2017. – 256 с.
39. Литвиненко Л. І. Телефон довіри: організація, зміст та методика надання психологічної допомоги в сучасних вітчизняних умовах // Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко... Царенко Л. Г.; за ред. З. Г. Кісарчук. – К. : ТОВ "Видавництво "Логос", 2015 – 206 с. – С.108-120.
40. Ломакін Г. Прояви порушень реадaptaції учасників бойових дій у системі суспільних відносин. Проблеми емпіричних досліджень у психології / Г. Ломакін. – Київ: За ред. І. Данилюка, І.В. Ващенко, 2012. – 94 с. – (ОВС).
41. Маклаков А. Проблеми прогнозування психологічних наслідків локальних військових конфліктів / А. Маклаков, С. Чермянін, Е. Шустов. // Психологічний журнал. – 1998. – С. 15–27.

42. Мушкевич М. І. Психологічна допомога учасникам АТО та їх сім'ям : колективна монографія / М. І. Мушкевич, Р. П. Федоренко, А. П. Мельник [та ін.] ; за заг. ред. М. І. Мушкевич– Луцьк : Вежа-Друк, 2016. – 260 с.
43. Мюллер М. Якщо ви пережили психотравмуючу подію / М. Мюллер. – Львів: пер. з англ. Д. Бусько; наук. ред. К. Явна, 2017. – 120 с.
44. ООН: На Донбасі загинуло більше 6 тисяч осіб [Електронний ресурс] / УкрМедіа 2015-04-14. – Режим доступу : <https://ukr.media/ukrain/233183/>
45. Підчасов Є.В. Аналіз соціально-психологічних проявів ПТСР в осіб, які приймали участь у бойових діях. / Є.В. Підчасов, Г.І. Ломакін // Проблеми екстремальної та кризової психології. – 2011. Вип. 10 – С. 86–98
46. Підчасов Є.В. Аналіз соціально-психологічних проявів ПТСР в осіб, які приймали участь у бойових діях. / Є.В. Підчасов, Г.І. Ломакін // Проблеми екстремальної та кризової психології. – 2011. Вип. 10 – С. 86–98 37
47. Попелюшко Р.П. Особливості психологічної реабілітації учасників бойових дій засобами природничої рекреації / Р.П. Попелюшко // Актуальні проблеми психології: зб. наук. пр. / Нац. акад. пед. наук України, Ін-т психол. ім. Г.С. Костюка. – Київ, 2015. – Т. XI: Психологія особистості. Психологічна допомога особистості. – Вип. 13. – С. 198-207.
48. Попелюшко Р.П. Особливості психологічної реабілітації учасників бойових дій засобами природничої рекреації / Р.П. Попелюшко // Актуальні проблеми психології: зб. наук. пр. / Нац. акад. пед. наук України, Ін-т психол. ім. Г.С. Костюка. – Київ, 2015. – Т. XI: Психологія особистості. Психологічна допомога особистості. – Вип. 13. – С. 198-207. 57
49. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти. Методичний посібник / Упор. : Д.Д. Романовська, О.В. Ілашук. – Чернівці : Технодрук, 2014. – 133 с.
50. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти. Методичний посібник / Упор. : Д. Романовська, О. Ілашук. Чернівці : Технодрук, 2014. 133 с.

51. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти. Методичний посібник / Упор. : Д.Д. Романовська, О.В. Ілащук. – Чернівці : Технодрук, 2014. – 133 с. 23
52. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти. Методичний посібник / Упор. : Д. Романовська, О. Ілащук. Чернівці : Технодрук, 2014. 133 с. 7
53. Психологічна допомога учасникам АТО та їх сім'ям : колективна монографія / М. І. Мушкевич, Р. П. Федоренко, А. П. Мельник [та ін.] ; за заг. ред. М. І. Мушкевич– Луцьк : Вежа-Друк, 2016. – 260 с. 49
54. Психолого-психіатрична допомога постраждалим у збройних конфліктах. Методичні рекомендації / Національний медичний університет імені О. Богомольця . Київ : Академвидав, 2014. 34 с.
55. Психолого-психіатрична допомога постраждалим у збройних конфліктах. Методичні рекомендації / Національний медичний університет імені О. Богомольця . Київ : Академвидав, 2014. 34 с. 6
56. Райгородський Д.Я. Практична психодіагностика. Методи та тести. Навчальний посібник / Д.Я. Райгородський. – Самара: видавничий дім "БАХРАХ", 1998 - 672 с.
57. Роджерс К. Искусство консультирования и терапии / К Роджерс – М.: Апрель Пресс, Эксмо, 2002. – 976 с.
58. Роджерс К. Искусство консультирования и терапии. – М.: Апрель Пресс, Эксмо, 2002. – 976 с.
59. Роджерс К. Р. Взгляд на психотерапию. Становление человека / К. Р. Роджерс; [пер. с англ., общ. ред. и предисл. Е. И. Исениной]. – М. : Прогресс, 1998. – 480 с.
60. Романчук, О. І. «Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки та сучасні підходи до терапії» / О. І.Романчук // NeuroNews, 2012, с.30 – 37
61. Романчук, О. І. «Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки та сучасні підходи до терапії»[5] // NeuroNews, 2012, с.30 – 37 2

62. Ронгинская, Т. И. Синдром выгорания в социальных профессиях / Т. И. Ронгинская // Психологический журнал. – М. – 2002. – Т. 23. – № 3. – С. 85–95.
63. Сафін О.Д., Гундерук Л.М. Регулятори агресивної поведінки особистості. – Збірник науково-методичних праць. – Хмельницький: АПВУ, 1996. Ч.ІІ. №2. 65
64. Сафін О.Д., Регулятори агресивної поведінки особистості. – Збірник науково-методичних праць / О.Д.Сафін, Л.М.Гундерук – Хмельницький: АПВУ, 1996. Ч.ІІ. №2.
65. Сафін О.Д., Стрес як категорія психологічної науки. – Збірник наукових праць академії / О.Д. Сафін, Ю.В. Ярошок – Хмельницький: АПВУ, 1998. Ч.ІІ. №8.
66. Селье Г. Психофизиология стресса / Г. Селье – М., 1991.
67. Соціально-психологічна підтримка адаптації ветеранів АТО: посібник для ведучих груп / [В. В. Горбунова, А. Б. Карачевський, В. О. Климчук та ін.]. – Львів: Інститут психічного здоров'я Українського Католицького Університету, 2016. – 96 с.
68. Сучасні технології реабілітації осіб, які постраждали внаслідок надзвичайних ситуацій: Метод. реком. - К., 1998. – 29 с.
69. Табачніков С.І. Актуальний стан та перспективи психотерапії та медичної психології в Україні / С.І.Табачніков, Б.В.Міхайлов, Н.О.Марута // Форум психіатрії та психотерапії. —2004. —Т.5. — С.34-40.
70. Тарабрина Н. Синдром посттравматических стрессовых нарушений: современное состояние проблемы / Н.Тарабрина Е.Лазебная // Психологический журнал. 1992. №2. С. 14-26.
71. Тімченко О.В. Соціально-психологічний аналіз причин загибелі і травматизму серед працівників органів внутрішніх справ / О.В.Тімченко // Наукові записки Харківського військового університету. Соціальна філософія, педагогіка, психологія. Випуск VI, 2000. – с.141-145.

72. Тімченко О.В. Сучасне уявлення теорії темпераментів // Вісник Харківського державного педагогічного університету ім. Г.С. Сковороди. №13, 2000. – с.123-127.

73. Тохтамиш О. М. Метод Фельденкрайза в психотерапії та розвитку особистості // Проблеми сучасної психології: зб. наук. пр. Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С. Костюка / за ред. С.Д. Максименка, Л.А. Онуфрієвої. – Кам'янець-Подільський: Аксіома, 2013. – Вип. 20. – С. 665-673.

74. Тохтамиш О. М. Стратегія фокусування на вирішенні в консультативній соціальній роботі // Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Соціальна робота. – 2017.– 2(2). – с. 19-25.

75. Тохтамиш О.М. Реабілітаційна психологія: Навчально-методичний посібник / О.М. Тохтамиш – Вінниця: ТОВ Віндрук. – 2004. – 102 с.

76. Харченко В. Є. Психологічна діагностика та корекція посттравматичного стресового розладу особистості : методичний посібник/ В. Є. Харченко, М. А. Шугай. – Острог : Видавництво Національного університету «Острозька академія», 2015. – 160 с.

77. Шаповалова Л. О. Концептуалізація гуманістичної теорії К. Роджерса, центрованої на людині / Л. О. Шаповалова // Гуманітарний вісник ЗДІА. – 2017. – № 68. – с. 159-167.

78. Ягупов В. Військова психологія : підручник / В. Ягупов – Київ : Тандем, 2004. 656 с.

79. Яковенко С.І. Психологія людини за умов радіоекологічного лиха / С.І. Яковенко – К.: Чорнобильінтерінформ, 1996. – 173 с.