

**КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА  
ПСИХОТЕРАПІЇ**

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА**

**на тему:**

**Особливості емоційної сфери військовослужбовців після повернення із  
зони бойових дій**

Здобувача (ки) 2 курсу ПМ-223 групи  
Спеціальності 053 Психологія  
Освітньо-професійна програма  
Клінічна психологія  
Ступніка Д.А.  
(прізвище та ініціали)  
Керівник  
д.психол.н, проф.,  
Ситник С.І.  
(вчене звання, науковий ступінь, прізвище та ініціали)

Робота рекомендована до захисту  
рішенням кафедри клінічної психології та кафедри соціальної психології

Протокол № 10 від « 24 » червня 2024р.

Зав. кафедри клінічної психології

Д.психол.н., с.н.с., Лисенко І.П.  
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Зав. кафедри соціальної психології

к.психол.н., Трофімова Д.О.  
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

**Київ–2024**

## ЗМІСТ

ВСТУП .....	3
Розділ I. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ.....	7
1.1. Сутність та основні напрямки дослідження емоційної сфери особистості в психологічній науці.....	7
1.2. Психологічні особливості військовослужбовців.....	19
1.3. Психологічні прояви негативних емоційних станів військовослужбовців, які повернулись з зони бойових дій.....	27
Висновки до розділу I .....	34
Розділ II. МЕТОДИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ПІСЛЯ ПОВЕРНЕННЯ З ЗОНИ БОЙОВИХ ДІЙ.....	36
2.1. Обґрунтування методів емпіричного дослідження.....	36
2.2. Характеристика вибірки.....	42
Висновки до розділу II .....	45
Розділ III. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ПІСЛЯ ПОВЕРНЕННЯ З ЗОНИ БОЙОВИХ ДІЙ ТА РЕКОМЕНДОВАНІ СПОСОБИ ЇЇ КОРЕКЦІЇ .....	46
3.1. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження емоційної сфери військовослужбовців, що повернулися з зони бойових дій .....	46
3.2. Рекомендації та програма психокорекційних заходів для військовослужбовців після повернення з зони бойових дій.....	58
Висновки до розділу III .....	74
ВИСНОВКИ .....	76
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ .....	80
ДОДАТКИ .....	88

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Війна в Україні, що розпочалася 24 лютого 2022 р., стала викликом для всього українського суспільства. Вона спричинила невимовні страждання та емоційні травми для мільйонів людей. Українські військовослужбовці, які безпосередньо беруть участь у бойових діях, ризикують не лише своїм життям, а й психічним здоров'ям. Адже досвід бойових дій є потужним стресогенним фактором, який може призвести до розвитку широкого спектру психологічних проблем, зокрема посттравматичного стресового розладу (ПТСР), тривожних та депресивних розладів, порушень сну, аддиктивної поведінки тощо. Після завершення служби в зоні бойових дій військовослужбовці стикаються із викликами, які стосуються їхньої емоційної сфери та психічного благополуччя. Потрібно відновлювати та будувати соціальні комунікації, знаходити нові способи професійної реалізації, навчитись ефективно реагувати на конфліктні ситуації. Загалом, повернутись до мирного життя. Перехід з воєнного середовища до цивільного життя може бути складним і супроводжуватися різними емоційними реакціями, які потребують особливої уваги та підтримки. У цьому контексті проблема впливу військової служби на психічне становище військовослужбовців, а також різні аспекти їхньої адаптації до цивільного життя та подолання можливих труднощів є особливо актуальною в часи повномасштабної військової агресії Російської Федерації проти України.

Зростаючий інтерес з боку наукової спільноти до особливостей емоційної сфери військовослужбовців було зафіксовано ще до повномасштабного вторгнення російських військ в Україну у 2022 р. Саме події, що відбулись у 2014 р. на сході країни стали каталізатором для активізації наукових досліджень емоційної сфери військовослужбовців. З тих пір у дослідницькому

просторі відчутно збільшилася кількість робіт, присвячених зазначеній тематиці. Зокрема, було досліджено загальний потенціал особистості військовослужбовців (Алещенко В. І.); динаміку ціннісно-сміслових особливостей військових в залежності від досвіду участі у бойових діях (Журавльова Л.П., Кротюк К.М.); стильову специфіку їхньої поведінкової регуляції (Іванова О. А.); морально-психологічний стан військовослужбовців (Мась Н. М.). Також в межах даної теми аналізувалися особливості психологічної роботи з військовими, що мають посттравматичний стресовий розлад (Ніколаєнко С. О.); досліджувались психофізіологічні особливості військовослужбовців (Пашковський С. М.); їхні емоційні особливості при постстресовій психологічній дезадаптації (Харченко А.О.) тощо.

Наразі проблема дослідження особливостей емоційної сфери військовослужбовців набула ще більшої актуальності. Але не дивлячись на це сьогодні у психологічних роботах достатньо мало висвітлюються поточні проблеми, пов'язані з емоційною сферою військових, яка великою кількістю як вітчизняних, так і зарубіжних науковців визнається чи не найбільш вразливою в умовах ведення бойових дій (Агаєв Н.А., Кокун О.М., Лозінська Н.С., Остапчук В.В., Пішко І.О., Терещук А.Д., Baele S., Harms P. D., Khashman A., Meur E., Sterck O., Zilincik S. тощо).

Розуміння особливостей емоційної сфери військовослужбовців після повернення з зони бойових дій є важливою умовою для розробки ефективних програм психологічної допомоги, реабілітації, адаптації та повернення до мирного життя.

**Мета дослідження** – дослідити особливості емоційної сфери українських військовослужбовців після повернення з зони бойових дій, розробити рекомендації та програму психологічної допомоги та реабілітації військовослужбовців.

Для досягнення поставленої мети було поставлено наступні **завдання**:

1. Провести теоретичний огляд напрямків дослідження емоційної сфери особистості в психологічній науці, виділити психологічні особливості військовослужбовців.

2. Емпірично дослідити прояви негативних емоційних станів військовослужбовців, які повернулись з зони бойових дій.

3. Визначити та описати зміни в емоційній сфері військовослужбовців, що повернулися, а саме вираженість симптомів депресії, тривожності, наявності вираженості симптомів ПТСР, проявів сомато-сенсорних та когнітивних порушень.

4. Розробити практичні рекомендації з корекції негативних емоційних станів військовослужбовців після повернення з зони бойових дій на основі аналізу існуючих підходів до психологічної реабілітації військовослужбовців після травмуючих подій.

**Об'єкт дослідження** – емоційна сфера військовослужбовців.

**Предмет дослідження** – особливості емоційної сфери військовослужбовців після повернення з зони бойових дій.

**Гіпотези дослідження:** у військовослужбовців, які повернулися з зони бойових дій, спостерігаються значні зміни в емоційній сфері;

**Методи дослідження:** теоретичний аналіз літератури; емпіричне дослідження шкала PCL-5 (Перелік симптомів ПТСР); шкала астеничного стану (Л. Д. Малкова, за адаптацією Т. Г. Чертова на основі MMPI); методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга (адаптація Т.І. Балашової) (Шкала зниженого настрою – субдепресії (ШЗНС); (Опитувальник нейроповедінкових симптомів (Neurobehavioral symptom inventory, NSI); шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна).

**Базою дослідження** став ДЗ «Центр психічного здоров'я та реабілітації ветеранів «Лісова Поляна» МОЗ України», що знаходиться за адресою: 04075, Пуща-Водиця, 7-ма лінія м. Київ, Україна. Також опитування проводилось серед військових, які поверталися із зони бойових дій у відпустку.

**Наукова новизна дослідження:** нами було проведено комплексне дослідження особливостей емоційної сфери військовослужбовців після повернення з зони бойових дій на основі якого надалі було розроблено рекомендації та програму психокорекційних заходів для військовослужбовців після повернення з зони бойових дій.

**Практична значущість дослідження** – результати дослідження можуть бути використані для розробки програм психологічної допомоги та реабілітації військовослужбовців, які повернулися з зони бойових дій. Це дослідження також може бути корисним для психологів, психотерапевтів, соціальних працівників та інших фахівців, які працюють з людьми, які пережили травму. Розроблена програма психокорекційних заходів може бути запроваджена у ДЗ «Центр психічного здоров'я та реабілітації ветеранів «Лісова Поляна» МОЗ України».

**Структура роботи.** Робота складається зі вступу, трьох розділів поділених на підрозділи, висновків, списку використаних джерел та додатків.

## РОЗДІЛ I

### ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

#### 1.1. Сутність та основні напрямки дослідження емоційної сфери особистості в психологічній науці

Історія вивчення емоцій сягає корінням у часи античності, беручи свій початок у працях Гіппократа, Платона та Аристотеля. Однак, і сучасна психологічна наука не втратила потреби у дослідженні такого складного та багатогранного явища, як емоційна сфера особистості. Актуальність цієї теми нині зумовлена тим, що емоції, являючи собою форму активного відношення людини до навколишньої дійсності, впливають на всі сфери її існування та поведінку в цілому. Емоції визначають процес становлення та функціонування особистості, організують форми взаємодії із соціальним середовищем, надають прямий вплив на якість та зміст виконуваної діяльності, втілюючи мотивуючу функцію. Значущим є й те, що емоції впливають як на сферу свідомості, так і на фізичне здоров'я [5, с. 42]. Таким чином, питання взаємозв'язку емоційної сфери та поведінки має високе теоретичне і практичне значення.

Подібна універсальна значущість має широкий вплив і на інші психічні явища і процеси. Поєднуючись з труднощами наукового дослідження, динамічність, багатогранність і високий рівень суб'єктивності прояву емоцій, зумовлює існування великої кількості наукових підходів до вивчення їх змісту та ролі у житті людини.

Дослідження емоційної сфери здійснювалося представниками різних шкіл та напрямів психології (В. Вундт, З. Фрейд, Р. Вудвортс, У. Джемс, К. Ланге, Р. Плутчик, Д. Ліндслі тощо). Спроби знайти першопричину емоційних станів

поєднувалися із дослідженням сутності даного явища у різних існуючих теоріях.

Вивчаючи емоції людини, В. Вундт застосовував метод інтроспекції. На основі своїх досліджень він сформулював тривимірну теорію емоцій, яка описує їхню структуру трьома вимірами [12, с. 262]:

- 1) задоволення – невдоволення. Цей вимір описує загальний емоційний тон переживання, чи є воно позитивним (приємним), чи негативним (неприємним);
- 2) збудження-заспокоєння. Цей вимір описує рівень активації, пов'язаний з емоцією. Збудження – це стан підвищеної активації, заспокоєння – стан зниженої активації;
- 3) напруга-розслаблення. Цей вимір описує рівень напруженості, пов'язаний з емоцією. Напруга – це стан внутрішнього дискомфорту, розслаблення – стан спокою.

Тривимірна теорія емоцій Вундта стала одним із перших наукових пояснень емоційних переживань. В. Вундт розділяв емоції на два типи: елементарні (відчуття провини) та складні (афекти). Для кожного типу він описував дві сторони:

- об'єктивна (зовнішня) сторона, що являє собою пізнавальну сферу емоції, яка пов'язана з усвідомленням її причини та зовнішніх проявів;
- суб'єктивна (внутрішня) сторона, яка є переживаннями емоції людиною, які обумовлені її внутрішнім досвідом та виражається у формі емоційних станів.

Згідно з цією теорією, емоції не просто супроводжують наші думки, а й безпосередньо впливають на те, як ми їх формуємо. Тілесний прояв емоцій, наприклад, міміка, жести, зміни серцебиття, не є їхньою сутністю, а радше наслідком емоційної реакції, що відбувається всередині нас.



Ч. Дарвін та Р. Плутчик, досліджуючи емоції з еволюційної та психоеволюційної точок зору, запропонували новий погляд на них. Згідно з їх теорією, емоції – це не просто суб'єктивні переживання, а й адаптаційний механізм, що сприяє комунікації та виживанню людини. В рамках їх досліджень емоції розглядаються як психічний стан, який розвинувся протягом еволюції як механізм адаптації до умов навколишнього середовища [25, с. 15].

В межах фізіологічного напрямку, емоції як процес пояснюють «периферична» теорія Джеймса-Ланге та таламічна теорія емоцій У. Кеннона – П. Барда. Одночасно і незалежно один від одного психолог В. Джемс і фізіолог К. Ланге висунули та обґрунтували припущення про те, що сприйняття подразника рефлексорним шляхом викликає тілесну реакцію організму, а емоція є відчуттям і наслідком даних змін на рівні тіла. На думку К. Ланге емоція та її вираження є тотожними, що вказує на можливість управління емоційними проявами через здійснення дій, характерних для того чи іншого внутрішнього почуття. У певному сенсі альтернативою периферичною теорією можна назвати роботу Кеннона-Барда [30, с. 56]. Отримані експериментальні дані дозволили встановити, що емоційні переживання є не наслідком, а попередниками фізіологічної реакції організму. Це дозволило висунути твердження, що емоція – не результат фізіологічних процесів, а навпаки – вегетативні зміни та м'язові реакції організму є наслідком переживання емоцій. Маючи очевидні переваги, таламічна теорія зводить емоційні дії виключно до рефлексорної діяльності організму, виключаючи когнітивний компонент.

На відміну від фізіологічних теорій, які вважають емоції вторинним продуктом фізіологічних реакцій, інші дослідники стверджують, що емоції відіграють первинну роль у мотивації та задоволенні потреб. Так З. Фрейдом було закладено основу для розуміння емоцій в контексті теорії потягів, ототожнюючи їх з мотивами людської поведінки.

Психоаналітична школа в основному зосереджувалася на вивченні негативних емоцій, які називаються афектами. Виникнення афектів описується як мимовільний процес розрядки, що виникає через конфлікт між несвідомими бажаннями та неможливістю їх реалізації в реальному житті [25, с. 16].

К. Ізард було висунуто теорію диференціальних емоцій, яка стверджує, що існує 10 базових емоцій, що мають унікальні властивості та відіграють фундаментальну роль у людському житті. Цими базовими емоціями, на думку Ізарда, є: радість, сум, гнів, страх, сором, зневага, винуватість, здивування, огида, цікавість. Дослідник вважає, що ці емоції є не просто суб'єктивними переживаннями, а являють собою потужні мотиваційні сили, які впливають на наші думки, поведінку та фізіологічні реакції. Вони надають сенс та значення нашому життю, взаємодіючи з нашими спонуканнями та потребами. Перераховані емоції впливають на гомеостатичні, перцептивні, когнітивні та моторні процеси та є фундаментальними особистісними процесами, що роблять нас людьми.

Подальший розвиток когнітивного напрямку психології призвів до виникнення теорій, які пояснюють емоції як складову когнітивних процесів. Двофакторна теорія Шехтера-Сінгера, розроблена С. Шехтером та його учнем Д. Сінгером не заперечує значення фізіологічного аспекту емоцій, але й не обмежується ним [25, с. 17]. Натомість, автори теорії включають до розуміння емоцій компонент когнітивної оцінки.

Згідно з двофакторною теорією емоція виникає внаслідок двох факторів: фізіологічного збудження та когнітивної оцінки цього збудження. Фізіологічне збудження може бути викликане різними факторами, такими як фізичне навантаження, вживання кофеїну або гормональні зміни. Саме по собі фізіологічне збудження не є емоцією. Воно стає емоцією лише тоді, коли людина когнітивно оцінює його. Щодо когнітивної оцінки, то вона ґрунтується на інтерпретації людиною ситуації, що викликала збудження. Інтерпретація

ситуації залежить від індивідуальних факторів, таких як особистість, минулий досвід та культурні норми. Отже, емоція, яку людина відчуває, залежить від того, як вона оцінює ситуацію [30, с. 57].

Р. Лазарус, відомий американський психолог, зробив значний внесок у дослідження емоцій в рамках когнітивної психології. Вивчаючи феномен стресу, дослідник сформулював когнітивну концепцію розуміння емоцій, яка ґрунтується на дворівневій оцінці. Згідно з теорією Лазаруса емоції виникають внаслідок когнітивної оцінки ситуації, яка в свою чергу має два рівні. Первинна оцінка полягає в тому, чи є ситуація небезпечною чи ні. Вторинна оцінка полягає в тому, які ресурси доступні людині для подолання ситуації. Емоція, яку людина відчуває, залежить від результатів первинної та вторинної оцінок. Дворівнева оцінка Лазаруса допомагає пояснити, чому люди реагують на однакові ситуації по-різному [10, с. 85].

При такому широкому діапазоні підходів та точок зору стає очевидним, що між дослідженнями існують значні теоретичні розбіжності щодо природи та значення емоцій у житті. Описуючи емоції як механізм чи як фізіологічний стан, пов'язуючи їх із мотивами і потребами чи наділяючи оцінною природою, більшість теорій розробляють лише певні аспекти емоційного процесу, не відображаючи загальної картини. З цього можна зробити висновок, що роль емоцій у розвитку особистості та їх вплив на її діяльність на даний момент недостатньо опрацьовані у сучасній науковій літературі.

Проаналізувавши трактування поняття «емоції» нами було виявлено безліч різних визначень, що були дані дослідниками та науковцями. Наприклад, на думку З. А. Сивогракової та Н. В. Алексеєнко емоції – це «процес імпульсивної регуляції поведінки, заснований на відображенні значущості зовнішніх впливів, їх сприятливості або шкідливості для життєдіяльності людини» [25].

Подібне тлумачення дозволяє розглядати емоції і як реакцію організму (фізіологічний компонент), і як реакцію особистості (когнітивний компонент) на навколишню дійсність, діяльність і прояви особистості. Інтеграція даних систем передбачає розуміння емоцій як особливої форми пізнання та суб'єктивного відображення дійсності, тісно пов'язаної з потребами, цілями, мотивами та системою цінностей людини.

З одного боку, емоції проявляються як стійкі стани, які забарвлюють наше сприйняття світу та впливають на нашу поведінку. З іншого боку, емоції є динамічними процесами, які розвиваються з часом, реагуючи на зміни у зовнішньому середовищі та внутрішньому стані людини [19, с. 171].

Розуміння емоцій як багатоконпонентного комплексу процесів дозволяє визначити емоційні явища як «психофізіологічний комплекс процесів і станів індивіда (людини та вищих хребетних тварин), системоутворюючим компонентом яких є емоційне переживання – суб'єктивний процес відображення (оцінки) у формі безпосереднього переживання (задоволення, радості, страху тощо) значимості (цінності) представлених ситуацій (явлень), їх ставлення до потреб та мотивів індивіда. В результаті і як наслідок емоційної оцінки в організмі автоматично та екстрено відбуваються процеси підвищення або зниження готовності до дії, а також посилення, ослаблення, припинення та навіть порушення поточної діяльності» [15, с. 276].

Згідно іншої думки емоції виступають також і як «властивості людини, оскільки в них виявляється позитивне або негативне становлення індивіда до певних об'єктів, сфер діяльності, до інших людей, до самого себе» [16, с. 97].

«Український психологічний словник» пропонує комплексне визначення емоцій, що об'єднує в собі філософські, психологічні та когнітивні аспекти. Згідно з цим визначенням, емоції – це психічні стани, в яких відбувається переживання, виражаючи оціночне ставлення людини до зовнішніх умов та обставин [26, с. 96].

Емоції виконують безліч функцій. Основні функції емоцій [12]:

- мотиваційна, бо емоції мотивують людину діяти певним чином. Вони можуть виступати у вигляді внутрішніх активаторів або самостійно виявлятися як окремі мотиви;
- комунікативна. Вона сприяє встановленню взаєморозуміння, розпізнавання потреб та станів інших суб'єктів у процесі спілкування;
- інформативна, бо емоції дають нам інформацію про те, що відбувається навколо нас і про те, як ми себе відчуваємо;
- регуляторна. Емоції слугують механізмом регуляції психіки та поведінки особистості, реагуючи на зміни, що відбуваються у внутрішньому або зовнішньому середовищі. Завдяки емоціям, людина усвідомлює зміст складних та ймовірних ситуацій, отримуючи про них уявлення у формі переживань. Ця функція емоцій дозволяє класифікувати події та явища як небезпечні або безпечні, приємні або неприємні, визначаючи їх особисту значущість для людини.

Ряд теоретиків виділяє активаційну функцію емоцій, що пояснює вплив емоцій на фізіологічний стан організму. Емоції, збуджуючи нервові центри, впливають на роботу внутрішніх органів та організму загалом, забезпечуючи його мобілізацією енергії або демобілізацією для збереження та накопичення енергетичних ресурсів. Сильні емоції можуть активувати захисні механізми, готуючи організм до дії, витрачаючи при цьому значні енергетичні ресурси. Спокійні емоції, навпаки, сприяють демобілізації, дозволяючи організму відпочити та заощадити енергію.

Такі різноманітні функції свідчать про те, що поведінка людини значною мірою залежить від її емоцій, кожна з яких унікальна за своїми джерелами, засобами зовнішнього вираження та ступенем впливу.

Спектр емоцій надзвичайно різноманітний. Цим обумовлено існування різноманітних підходів до класифікації емоцій. Найбільш поширеним є поділ за

ознакою емоційного переживання на позитивні та негативні. Позитивні емоції є реакцією на подію, що відповідає очікуванню, внутрішнім установкам і задовольняє потреби особистості [26, с. 98]. Ключовою функцією є збереження зв'язку з позитивними подіями та мотивація до досягнення бажаного, стимулюючи рух до мети. Вони сигналізують про негативний вплив на особистість подій або інших людей, виступаючи як індикатор небезпеки. Проте розмежування емоцій на позитивні та негативні не є постійною характеристикою. Кожна емоція може сприйматися як позитивна або негативна, залежно від конкретної ситуації та особистих особливостей людини.

У табл. 1.1 відобразимо інші класифікації емоцій.

Таблиця 1.1

### Класифікація емоцій [20, с. 83]

Критерій	Види емоцій
За кількістю емоцій	Базові емоції – це невелика кількість фундаментальних емоцій, які є вродженими та універсальними для всіх людей (наприклад, страх, гнів, радість, сум, здивування, огида)
	Складні емоції – це широкий спектр емоцій, які виникають з комбінації базових емоцій та когнітивних компонентів (наприклад, сором, вина, співпереживання, любов)
За функцією	Мотиваційні емоції – це емоції, які спонукають до дії (наприклад, страх, гнів, радість)
	Соціальні емоції – це емоції, які допомагають нам взаємодіяти з іншими людьми (наприклад, сором, вина, співпереживання, любов)
	Когнітивні емоції – це емоції, які виникають з когнітивної оцінки ситуації (наприклад, страх перед небезпечною ситуацією; гнів на несправедливість)
За фізіологічними компонентами	Емоції, пов'язані з активацією симпатичної нервової системи. Тобто, ті які готують організм до «бойової» реакції (наприклад, страх, гнів, збудження)
	Емоції, пов'язані з активацією парасимпатичної нервової системи. Це ті, які сприяють розслабленню та спокою (наприклад, радість, задоволення, любов).

Щодо емоційної сфери особистості, то у науковій літературі вона визначається як складне багатокomпонентне утворення, при цьому часто пропонуються різні варіанти її структурування.

Один з варіантів, пропонує розглядати емоційну сферу особистості, як складне психологічне утворення, яке включає в себе емоції, почуття, емоційні процеси та емоційні стани. При цьому під почуттями розуміються стійкі емоційні стани, які мають певну предметну спрямованість. Під поняттям «емоційні процеси» розуміють динамічні зміни емоцій, які виникають під впливом зовнішніх та внутрішніх факторів. Обґрунтовуючи емоційні стани дослідники часто пропонують під ними розуміти стійкі та тривалі за часом емоційні переживання, які визначають загальний фон психічної діяльності людини.

Згідно іншої думки до складу емоційної сфери особистості у порядку зростання біологічної та соціальної значущості, відносять такі компоненти як емоційний тон, емоції, емоційні властивості особистості, почуття. Розглянемо особливості кожного компоненту.

Емоційний тон являє собою емоційне забарвлення відчуттів і сприйнятів особистості і є найпростішою та найшвидшою за формою реагування реакцією. Це вроджена форма рефлекторного відображення та оцінки зовнішніх подразників по двох полюсах – задоволення та невдоволення. [10, с. 89].

Емоційний фон супроводжує не лише відчуття, але й враження, які виникають у людини під час сприйняття інформації та інтелектуальної діяльності. Емоційний тон вражень – це складніший та нюансований спосіб реагування на світ, порівняно з простими відчуттями. Він пов'язаний з механізмом обумовлення; визначає, чи отримує людина естетичне задоволення від чогось, чи відчуває незадоволення. Ця оцінка залежить від індивідуального досвіду людини, її цінностей та уявлень про красу. Емоційний тон вражень

виникає лише за умови прямого контакту з джерелом емоцій, будь то реальний подразник або уявлення, спогади людини [5].

На відміну від емоційного тону вражень, який є більш суб'єктивним та не завжди усвідомленим, емоції мають більш складну структуру. Вони включають не лише суб'єктивне переживання (тобто те, як ми відчуваємо емоцію), але й фізіологічний компонент (тобто зміни в організмі, які супроводжують емоцію, такі як прискорене серцебиття, почервоніння тощо). Важливою особливістю емоцій є те, що вони, зазвичай, усвідомлені. Це означає, що людина здебільшого розуміє, чому вона відчуває ту чи іншу емоцію. Головна відмінність між емоціями та емоційним тоном вражень, яку підкреслюють теоретики, полягає в їх часовій динаміці. Емоції можуть виникати як заздалегідь, у відповідь на очікувану або гіпотетичну ситуацію. Емоційний тон вражень, навпаки, з'являється лише при прямому контакті з джерелом емоцій (подразником) [14, с. 337].

Якості, що відображають особливості емоційного реагування, в сукупності є ще одним компонентом емоційної сфери – це емоційні властивості особистості. Вони являють собою стійкі індивідуально-психологічні особливості людини, які визначають її емоційну збудливість, силу та глибину емоційних реакцій, їхню стійкість, вразливість, темп виникнення та зміни, а також уміння володіти емоціями. Основними емоційними властивостями є [20, с. 89]:

– емоційна збудливість – це швидкість, з якою виникають емоції у відповідь на подразники. Люди з високим порогом збудливості, що часто називається емоційною апатією, рідко виражають емоції яскраво. Їх емоційні реакції слабкі та з'являються із затримкою. Даний показник відіграє велику роль у процесі активації емоцій, гостроті їх прояву та впливає на організацію поведінки та діяльності особистості;



– сила емоцій, тобто інтенсивність емоційних реакцій. Люди з сильними емоціями відчують їх дуже глибоко, а люди зі слабкими емоціями відчують їх менш інтенсивно;

– глибина емоцій або тривалість емоційних переживань. Емоційна глибина – показник, який відбиває рівень переживань, їх інтенсивність. Пояснюється з одного боку фізіологічними показниками вегетативної збудливості, з іншого – суб'єктивною оцінкою самого індивіда і ступенем впливу на його поведінку і діяльність. Люди з глибокими емоціями довго переживають емоції, а люди з поверхневими емоціями швидко їх забувають;

– стійкість емоцій – це здатність емоцій зберігатися протягом певного часу. Вона являє собою інтегративну властивість емоційного, інтелектуального, мотиваційного, вольового та поведінкового компонентів психічної діяльності індивіда, що характеризується взаємодією, яка забезпечує успішне досягнення мети діяльності та найбільш ефективну соціально-рольову поведінку в складній емотивній обстановці;

– вразливість або схильність до емоційних реакцій на незначні подразники. Вразливі люди легко засмучуються, дратуються, лякаються;

– темп емоційних реакцій – це швидкість виникнення та зміни емоцій. Люди з швидким темпом емоційних реакцій швидко реагують на події та швидко переключаються з однієї емоції на іншу. Люди з повільним темпом емоційних реакцій реагують на події повільно та емоції у них змінюються поступово;

– уміння володіти емоціями. Дана властивість характеризує здатність контролювати свої емоції та виражати їх у відповідності до ситуації. Люди, які добре володіють емоціями, можуть стримувати негативні емоції та виражати позитивні емоції.

Емоційні властивості особистості формуються під впливом: вроджених факторів (тип нервової системи, темперамент); соціальних факторів

(умови виховання, сімейні стосунки, культурні норми); індивідуального досвіду [10; 42].

Емоційний тон, емоції та емоційні властивості особистості – це динамічні складові нашої емоційної сфери, які постійно змінюються під впливом зовнішніх факторів. На відміну від них, почуття є найдовшим переживанням і найвищим рівнем емоційної сфери людини. Найчастіше, у науковій літературі терміни «почуття» та «емоції» використовуються як синоніми, проте на нашу думку ці категорії не тотожні. В рамках психологічного знання, почуття виділені в окремий клас емоційних явищ і є стійким емоційним відношенням людини до явищ дійсності, що відображають значення цих явищ у зв'язку з його потребами та мотивами. Згідно іншої думки під почуттями варто розуміти вищий продукт розвитку емоційних процесів у суспільних умовах.

У той час як емоції демонструють відношення до ситуації в цілому, почуття мають предметний характер і прив'язані до реальних, абстрактних чи узагальнених об'єктів, значимих для особистості. Почуття мають складну структуру. Їх виникнення частково обумовлено біологічно детермінованими підставами, але переважно почуття є продуктом життєдіяльності людини [20; 40].

Являючи собою результат узагальнення окремих емоцій, почуття формуються в процесі суспільного становлення особистості. Їх розвиток, вдосконалення та зміна відбуваються протягом усього життя у процесі виховання, включення нових об'єктів в життя індивіда, підвищення рівня вольового контролю, а також під впливом соціальних умов.

Отже, всі складові емоційної сфери особистості – емоційний тон, емоції та емоційні властивості – відіграють важливу роль у регуляції нашої діяльності, як внутрішньої, так і зовнішньої.

Емоційна сфера особистості розвивається протягом життя людини. Вона включає в себе три рівні [16, с. 98]:

1. Біологічний рівень. Цей рівень представлений фізіологічними змінами, які відбуваються в організмі людини під впливом емоцій (наприклад, зміна частоти серцевих скорочень, дихання, м'язової напруги).

2. Психологічний рівень. Даний рівень представлений суб'єктивними переживаннями людини, які вона відчуває під впливом емоцій (наприклад, радість, смуток, страх, гнів).

3. Соціальний рівень, який представлений зовнішніми проявами емоцій людини (наприклад, міміка, жести, інтонація голосу).

Можемо зробити висновок, що емоційна сфера особистості відіграє значну роль у контексті психічного здоров'я та розвитку індивіда. Представляючи собою суб'єктивні переживання, спрямовані на вираження оцінного ставлення до ситуацій, предметів, явищ, інших людей і об'єктів навколишнього світу, компоненти емоційної сфери – емоційний тон, емоції, емоційні властивості особистості, почуття, включені у всі психічні процеси та стани та супроводжують будь-які прояви активності людини.

## **1.2 Психологічні особливості військовослужбовців**

Військовослужбовці – це специфічна група людей, яка відрізняється від цивільних осіб низкою психологічних особливостей. Ці особливості обумовлені специфікою їхньої професії, яка пов'язана з високим рівнем ризику, стресом, жорсткою дисципліною та відповідальністю за життя інших людей [13, с. 119].

Оскільки військова служба ставить перед людьми багато викликів: фізичні навантаження, ризик для життя, жорстку дисципліну, розлуку з близькими, для її успішності важливим психологічним явищем є мотивація. Вона відіграє ключову роль у житті та діяльності військовослужбовців при цьому бажано, щоб мотивація військовослужбовців була стійкою та глибокою.

Завдяки мотивації визначаються цілі, прагнення, активність, стійкість до труднощів та бойова здатність військовослужбовців.

Мотивація військовослужбовців може бути різною, але основними її видами є [18, с. 64]:

- ідейна мотивація, тобто прагнення до захисту Батьківщини, виконання військового обов'язку, служіння народу;
- патріотична мотивація, яка характеризується любов'ю до Батьківщини, гордістю за її історію;
- професійна мотивація, тобто прагнення до оволодіння військовою майстерністю, досягнення успіху в кар'єрі;
- особиста мотивація, а саме прагнення до самоствердження, поваги зі сторони інших людей, матеріального благополуччя.

Військовослужбовець з високою мотивацією готовий до самовіддачі, ризику, він стійко переносить труднощі та бойові випробування. Але мотивація військовослужбовців – це не статичне явище. Вона може змінюватися під впливом різних факторів. Тому командири та начальники повинні постійно працювати над тим, щоб підтримувати та розвивати мотивацію своїх підлеглих [13, с. 120].

Для успішного виконання своїх обов'язків військовослужбовець повинен володіти розвиненими вольовими якостями та стійкою емоційною сферою. Це стійкі психічні властивості особистості, які визначають здатність до свідомого регулювання своєї поведінки, подолання труднощів і досягнення поставлених цілей. Для військовослужбовців вони відіграють особливо важливу роль. Адже є однією з найважливіших психологічних характеристик, що визначають їх боєздатність. Військовослужбовець з розвиненими вольовими якостями готовий до самовіддачі, ризику, він стійко переносить труднощі та бойові випробування.

До основних вольових якостей військовослужбовця належать [9, с. 82]:

- стійкість, що характеризує здатність зберігати самовладання, спокій і рішучість у складних і небезпечних ситуаціях;
- цілеспрямованість, а саме здатність ставити перед собою чіткі цілі та докладати зусиль для їх досягнення;
- наполегливість, яка сприяє подоланню труднощів та перешкод на шляху до мети;
- витримка, яка допомагає переносити фізичні та емоційні навантаження;
- самоконтроль, що дозволяє керувати своїми емоціями, думками та поведінкою;
- відвага, завдяки якій військовослужбовці можуть йти на ризик, діяти рішуче і сміливо в небезпечних ситуаціях;
- мужність, яка дозволяє долати страх у будь-яких обставинах.

Перераховані вольові якості не є вродженими. Вони формуються і розвиваються протягом життя людини під впливом різних факторів, якими є: виховання, цілеспрямований розвиток даних якостей, особистий досвід, вимоги бойової обстановки тощо. Важливо зазначити, що перераховані вольові якості не існують ізольовано один від одного. Вони тісно пов'язані між собою і доповнюють одна одну. Розвиток однієї вольової якості сприяє розвитку інших.

Слабко прогнозована ситуація бойових дій чинить на його учасників сильний вплив. Об'єктивний підхід та об'єктивне мислення – базис виживання та фундаментальна основа виконання бойового завдання. Це обґрунтовує важливість інтелектуальних якостей для військових [6, с. 63]. Інтелектуальні якості – це стійкі психічні властивості особистості, які визначають рівень її розумового розвитку та здатність до пізнавальної діяльності. У військовослужбовців інтелектуальні якості впливають на їхню здатність до

навчання, прийняття рішень, творчого мислення та адаптації до нових умов. Важливими інтелектуальними якостями при цьому є [9, с. 83]:

- власне інтелект, який є здатністю до розумової діяльності, до пізнання навколишнього світу;
- здатність мислити логічно, аналітично та критично;
- кмітливість, що сприяє швидкому знаходженню виходу із складних ситуацій;
- здатність швидко й легко засвоювати нові знання та навички;
- пам'ять, яка дозволяє запам'ятовувати та зберігати інформацію;
- уява, що дозволяє створювати образи та ідеї;
- спостережливість, завдяки якій військовослужбовці можуть помічати важливі деталі та подробиці;
- увага, що дає можливість певний час зосереджуватися на обраному об'єкті або діяльності.

Наявність даних якостей дозволяє військовослужбовцям швидко навчатися, приймати правильні рішення, творчо мислити та швидше адаптуватися до нових умов.

До перерахованих психічних особливостей важливо віднести і особистісні якості. Вони являють собою стійкі психічні властивості особистості, які визначають її поведінку, ставлення до інших людей та до себе, її цінності та переконання. У військовослужбовців особистісні якості впливають на їхню боєздатність, стійкість до труднощів, морально-психологічний стан та здатність до самоконтролю. До них відносяться [31, с. 77]:

- відданість Батьківщині, готовність до самовіддачі, ризику та героїзму заради її захисту;
- військова честь, яка характеризує неухильне дотримання законів, військової присяги, моральних принципів та правил поведінки;

- відповідальність за свої вчинки, рішення та дії;
- дисциплінованість, що полягає у свідомому й чіткому виконанні своїх обов'язків, додержання встановлених правил і порядку;
- організованість, що дозволяє планувати свою роботу та діяльність, раціонально використовувати час і ресурси;
- ініціативність, яка проявляється у можливості самостійно діяти, виявляти активність, пропонувати нові ідеї та рішення;
- комунікабельність, що є здатністю легко встановлювати контакти з людьми, налагоджувати з ними спілкування та взаємодію;
- прагнення до спілкування з людьми, вміння співпереживати, надавати допомогу та підтримку;
- стресостійкість, яка дозволяє протистояти стресам, зберігати самовладання та працездатність у складних ситуаціях.

Військова служба має суттєвий вплив на психологію військовослужбовців. Цей вплив може бути як позитивним, так і негативним. Позитивний вплив проявляється у розвитку волевих якостей; формуванні стійкості до стресу; розвитку командного духу; вихованні патріотизму; формуванні дисципліни [18, с. 69].

Але враховуючи умови війни, військова служба все ж чинить більш негативний вплив на психіку військовослужбовців. Адже пряма загроза життю під час бойових дій є одним з найсильніших психотравмуючих факторів. У таких екстремальних ситуаціях люди відчують страх, тривогу, незахищеність, дратівливість, що може призвести до збільшення кількості психічних розладів та виникнення захисних механізмів. Тому на психіку військовослужбовця, та й на особистість загалом, війна чинить негативні, незабутні наслідки. При цьому вплив психотравм, отриманих під час війни, може відчуватися військовослужбовцями протягом тривалого часу, навіть у мирний період.

В умовах бойових дій збільшується навантаження на нервову, гормональну, серцево-судинну системи, що виражається підвищеним кров'яним тиском і прискореним серцебиттям, сухістю в роті та підвищеним потовиділенням, порушенням діяльності кишківника та сечовидільної системи. Так організм реагує на сильне збудження. В організмі відбувається підвищення вироблення гормонів та хімічних речовин, які підвищують вміст у крові адреналіну, холестерину, сечової кислоти, цукру [29, с. 38].

Для тих, хто морально-психологічно та професійно підготовлений, вплив проявляється у позитивному, так званому «бойовому збудженні», що призводить до загострення всіх органів чуття, концентрації уваги, підвищеної працездатності та нестандартного мислення. Такий стан природний і не фатальний для підготовленого військовослужбовця, який впорається з виконанням бойових завдань, а реакція організму у певний момент приведе усі його внутрішні системи до норми [44, с. 276]. У військовослужбовців зі слабкою морально-психологічною та професійною підготовкою під впливом сильного стресу, що виникає в бою, і напруженого стану психіки можуть виникнути небезпечні психологічні та фізіологічні травми. Це може призвести до того, що організм людини перестане справлятися з негативними наслідками, через сильне збудження або перевтоми. У такому разі, реакція організму на збудник буде зведена до фізіологічного або психологічного порушення, що відволікатиме військовослужбовця від виконання бойового завдання або виведе на якийсь час з ладу. Перше порушення може бути пов'язане з діяльністю шлунково-кишкового тракту – нудота, блювання, пронос. Здатність військовослужбовця до активних та усвідомлених дій різко впаде. Надалі, якщо не будуть вжиті певні заходи, може настати повне фізіологічне та морально-психологічне виснаження організму.

Стан перевтоми після постійного переривання сну, нерегулярного прийому їжі, постійної наявності почуття страху та звукової напруги може



характеризуватись загальним нездужанням, порушеннями діяльності серцево-судинної та нервової системи, дратівливістю, погіршенням пам'яті, депресією, безладністю дій або нездатністю довести до кінця поставлене завдання.

Бойовий стрес, також відомий як бойова втома, є звичайною реакцією на розумову та емоційну напругу, що може призвести до зниження чутливості, уповільнення реакції на зовнішні подразники, порушення координації рухів, послаблення уваги та пам'яті, що безумовно знижує або ставить під загрозу виконання бойових завдань. Навіть особи, які не перебувають безпосередньо в зоні бойових дій, такі як лікарі, фельдшери і медсестри в госпіталях або, ті що тимчасово перебувають там, такі як пілоти військово-транспортних літаків і волонтери – піддаються ризику розвитку таких симптомів [31, с. 80].

Під час бойових дій страх є невід'ємним супутником військовослужбовців, адже їм доводиться стикатися з ризиком для життя, фізичними травмами, болем та втратою побратимів [1, с. 7]. Вплив страху на психіку військовослужбовців може бути як позитивним, так і негативним. З одного боку, страх може стати потужним мотиватором. Він може змусити людину діяти швидко та рішуче, йти на ризик, щоб зберегти власне життя або життя своїх побратимів. Адреналін, що викидається в кров під впливом страху, загострює відчуття, прискорює реакцію, робить людину сильнішою та витривалішою. Саме завдяки страху військовослужбовці часом здійснюють подвиги, на які в спокійному стані вони б ніколи не наважились. З іншого боку, страх може стати руйнівною силою. Якщо він стає занадто сильним, то може призвести до паніки, паралізувати волю і змусити людину робити помилки, які можуть дорого їй коштувати. В такому стані військовослужбовець стає небезпечним не тільки для себе, але й для оточуючих. Це доводять результати дослідження французьких військових фахівців. В них висвітлюється, як в ході арабо-ізраїльської війни 1973 р. застосування єгиптянами реактивних систем залпового вогню, далекобійної артилерії викликало у 60% ізраїльських солдатів

напади істерії, аж до рухового паралічу, часткову або повну втрату пам'яті, нездатність адекватно мислити. Страх посилюється, коли підрозділ веде бойові дії в оточенні чи відокремлено від основних сил. Вважається, що участь протягом доби у подібних діях знижує боєздатність підрозділів на 50 % [32, с. 48].

Екстремальні умови війни можуть призводити до спрощення когнітивної сфери військовослужбовців. Моральні орієнтири розмиваються, жорстокість стає нормою, а безкомпромісність – єдиною можливою стратегією виживання. Це спрощення мислення, з одного боку, може допомагати солдатам виконувати бойові завдання, знижуючи рівень емпатії та співпереживання до ворога. З іншого боку, воно може мати жахливі наслідки, призводячи до воєнних злочинів, жорстокості та цинізму [42, с. 469].

Військовослужбовці стають свідками вбивств як своїх побратимів, так і мирних жителів. Солдати змушені за наказом знищувати ворога. Тим не менш, для людини вбивство собі подібного – акт протиприродний. Сформований в умовах бойової обстановки комплекс особистісних змін, що з часом формують своєрідний склад психіки, який можна назвати «воєнізованою». Для нього характерні специфічні феномени, як у сфері соціальної взаємодії, так і у сфері ціннісних орієнтацій тощо.

При вивченні психологічних особливостей емоційних переживань військовослужбовців важливо звертати увагу на гендерні відмінності. Ця тема неодноразово порушувалася в численних дослідженнях, де часто проводиться порівняльний аналіз особистісних характеристик чоловіків та жінок на військовій службі.

Чоловіки та жінки використовують різні ментальні процеси для розуміння емоцій. Хоча чоловіки гірше розпізнають емоції інших людей та співпереживають їм, вони компенсують це розвиненими іншими аспектами розуміння емоцій. Усвідомлене регулювання емоцій часто пов'язане з їх

придушенням. Чоловіки зазвичай більш стримані у вираженні таких емоцій, як співпереживання та печаль, тоді як жінки частіше придушують емоції сексуальності, гніву та агресії. Жінки краще розуміють емоції інших людей, порівняно з чоловіками. Важливо зазначити, що ці відмінності більш якісні, ніж кількісні, тобто йдеться про різні способи вираження та розуміння емоцій, а не про їх наявність або відсутність [4, с. 280].

Чоловіки і жінки в рівній мірі переживають ті чи інші події, демонструють ідентичні фізіологічні реакції. Однак вони по-різному, у відповідності зі своєю гендерної роллю, пояснюють причини емоцій. Жінці досить складно адаптуватися у військовому середовищі, як у соціально-психологічному, так і в професійному плані, необхідно враховувати позитивні та негативні моменти у військовій службі пов'язані з емоційною сферою. В іншому випадку жінки-військовослужбовці будуть відчувати на службі почуття тривоги і дискомфорту.

Можемо зробити висновок, що психологічні особливості військовослужбовців відіграють ключову роль у їхній здатності виконувати бойові завдання, зберігати життя та здоров'я, а також адаптуватися до екстремальних умов війни.

### **1.3 Психологічні прояви негативних емоційних станів військовослужбовців, які повернулись з зони бойових дій**

Війна – це не лише руйнуючі все навколо бойові дії, але й жахлива ціна, яку платять за неї люди. Ця ціна вимірюється не лише втратами життів, але й глибокими психологічними та фізичними травмами тих, хто безпосередньо брав участь у бойових діях.

Перебування в зоні бойових дій є екстремальною ситуацією, яка викликає у військовослужбовця найсильніший психоемоційний стрес. Постійний страх за життя, жорстокість, втрата побратимів – все це залишає глибокий слід у психіці людини. Впоратися з ним допомагають лише виняткові волевіві зусилля.

Після повернення додому військовослужбовці стикаються з новими викликами. Їм потрібно адаптуватися до мирного життя, яке кардинально відрізняється від того, що вони пережили на війні. Це може призвести до нових стресових станів, таких як [3; 36]:

- складнощі з реінтеграцією в суспільство. Військовослужбовці можуть відчувати себе ізольованими та незрозумілими цивільними людьми. Їм може бути важко знайти роботу, налагодити стосунки з близькими та просто звикнути до мирного життя;

- проблеми з сім'єю та друзями. Війна може негативно вплинути на стосунки з близькими. Військовослужбовці можуть відчувати себе емоційно-віддаленими від своїх рідних, їм може бути важко поділитися своїми переживаннями та зрозуміти почуття тих, хто не був на війні;

- почуття провини. Військовослужбовці можуть відчувати себе винними за те, що вижили, коли інші їх знайомі загинули;

- екзистенційна криза. Війна може змусити військовослужбовців переосмислити своє життя та цінності. Їм може бути важко знайти сенс життя в мирному світі.

За даними міжнародної статистики, кожен п'ятий учасник бойових дій, не маючи фізичних ушкоджень, страждає на нервово-психічні розлади. Серед ранених та покалічених ця цифра зростає до кожного третього. Страшні наслідки війни не обмежуються лише гострим періодом [24, с. 42]. Інші наслідки починають проявлятися через декілька місяців після повернення до сприятливих та нормальних умов для життя. Це різноманітні захворювання психосоматичного характеру.

До негативних емоційних станів військовослужбовців, які повернулися із зони бойових дій варто віднести:

1. Демонстративність поведінки, що простежується у 50% військовослужбовців. Вона проявляється як хвастощі бойовим досвідом, ризикованою або провокативною поведінкою, нехтуванням правилами та нормами тощо. Причинами цього стану є потреба у визнанні та повазі, бажання компенсувати пережитий страх та жах. Також такий стан може бути спробою впоратися з посттравматичним стресом або нездатністю адаптуватися до мирного життя. Його наслідками стають погіршення стосунків з близькими; конфлікти з оточуючими; ризик потрапляння у небезпечні ситуації та проблеми з законом [11, с. 54].

2. Стан страху, що фіксується у 57% військовослужбовців, які повернулись із зони бойових дій. Проявами цього стану є тривожність, панічні атаки, кошмари, флешбеки, страх перед скупченням людей та людними місцями, уникання певних ситуацій. Основними причинами виникнення цього стану є пережитий на війні стрес та травми; почуття провини за загиблих побратимів; страх перед майбутнім; сумніви у власній безпеці. Внаслідок цього військовослужбовці ізолюються від соціуму. Це в майбутньому призводить до втрати працездатності, розвитку депресії або зловживання психоактивними речовинами [8, с. 41].

3. Підозрілість. Даний стан супроводжує близько 75,5% військовослужбовців, які повернулись із зони бойових дій. Він проявляється в якості недовіри до людей, постійним очікуванням небезпеки, баченням ворогів серед оточуючих. Такі військовослужбовці надмірно обережні. При цьому здійснюють жорсткий контроль за своїми близькими. Причинами цього стану є травматичний досвід та звичка до необхідності постійно бути насторожі на війні. Під час повернення вона переростає у нездатність розрізнити реальну та уявну небезпеку. Це стає причиною руйнування стосунків з близькими

та втрати якості життя, внаслідок постійного відчуття тривоги, що може переростати у параною [2, с. 23].

4. Стан агресивності, який характерний для 58,5% військовослужбовців, які повернулись із зони бойових дій. Це спалахи гніву, фізична та вербальна агресія, роздратування, нетерплячість, жорстокість тощо. Іноді фіксуються особливі види агресії. Основними причинами цього стану є пережитий на війні гнів та жорстокість, що став причиною нездатності емоційно реагувати на стресові ситуації іншим чином.

Всі перераховані стани призводять до конфліктності в сім'ї, з колегами по роботі, родичами, зловживання наркотиками та алкоголем, спалахів гніву. Разом з тим, відмічається [7, с. 47]:

- психічна складова, при якій навіть самі не великі труднощі, втрати наштовхають людину вчинити самогубство;
- боязкість нападу ззаду;
- ідентифікація себе із убитими;
- почуття провини за те, що вижив.

Якщо людина була учасником війни, де вона перебувала в ситуації загрози життю: фізичного та психологічного насильства, тортур тощо, існує величезний ризик виникнення посттравми. При цьому що «людина з психологічною військовою травмою або травмою переживання екстремальної ситуації по-іншому починає реагувати на звичайні обставини, тобто на те, до чого цивільні люди звикли в мирному житті. Основні ознаки посттравми у військовослужбовців, які повернулись з зони бойових дій:

1. Людина імпульсивно реагує на незначний подразник, наприклад, скрикує, здригається, стискується на різкі звуки.
2. Більше не цікавиться тим, що займало її раніше.
3. Для військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, характерні: емоційна відособленість та замкнутість; підвищений рівень емоційної напруги,

дратівливості та агресивності; безпричинні спалахи гніву, тривоги та страху. Ці емоційні прояви є зрозумілими наслідками пережитого бойового досвіду. Важливо пам'ятати, що такі реакції є нормою для людей, які зіткнулися з війною та насильством.

4. Відмічаються повторювані досить яскраві нічні кошмари та сни бойових ситуацій, певні нав'язливі спогади про події психотравмуючого змісту, які супроводжуються досить важкими переживаннями, раптові емоційні сплески з «поверненням» в ситуації психотравмуючого змісту [50].

5. Учасники бойових дій, які зазнали психологічних наслідків війни завжди відчують небезпеку. Коли вони заходять до незнайомого приміщення, завжди озираються. Тому, коли вони приходять до кабінету психолога, краще організувати таке місце, щоб у військовослужбовця в полі зору були вікна та двері. Так він почувається спокійніше, тому що в нього є відчуття, що він може вистрибнути за потреби [48].

6. Стає надчутливою, агресивно реагує на звичайні життєві ситуації.

7. Зловживає алкоголем та іншими речовинами, що змінюють свідомість, з метою зняти напругу, заснути, покращити настрої.

8. Досить часто також присутні відповідні думки про самогубство.

До інших психічних явищ, що присутні у військовослужбовців, які повернулись з зони бойових дій, належить відповідний стан песимізму, відчуття певної занедбаності оточуючими; недовіра до людей, певна неспроможність говорити про пережиті воєнні події; втрата власного життєвого сенсу; невпевненість у власних силах; відчуття деякої нереальності саме того, що мало місце на війні; відчуття саме того, що загинув «ти» під час воєнних дій; відчуття певної нездатності безпосередньо впливати на сам хід відповідних подій; нездатність бути відкритим під час спілкування з оточуючими; потреба носити із собою зброю; неприйняття інших війн; тривожність; бажання зігнати на комусь злість за те, що був посланий на війну, і за все, що там сталося;

негативне відношення до представників влади; відношення до жінок лише як до певного об'єкта сексуального задоволення; необхідність брати безпосередню участь в досить небезпечних «пригодах»; спроба отримати відповідь на запитання, чому саме загинули твої бойові товариші, а не ти сам [51; 53]. Дуже часто виникає прагнення переробити життя в цивільних умовах за законами людських взаємин воєнного часу.

Усі прояви, що вчені назвали стресовими посттравматичними розладами, засвідчують про існування в учасників бойових дій відповідного посттравматичного синдрому. Найчастіше люди, які брали участь у військових діях, не хочуть говорити про ці події, які завдали їм незабутньої психологічної травми. У мирний час їм дуже заважають жити думки та спогади про пережите. Вони розуміють, що щось негаразд у їх поведінці, взаємовідносинах з людьми, але впоратися, вони з цими наслідками самотійно не можуть.

Більшість військовослужбовців, незважаючи на травми, отримані під час війни, прагнуть до того, щоб їхні почуття та переживання були зрозумілі. Вони потребують підтримки з боку суспільства, яка б свідчила про те, що їхня боротьба була не марною, а жорстокість та насильство були виправданими. Це свідчить про дію механізму раціоналізації, який допомагає військовослужбовцю подолати психологічний дискомфорт, пов'язаний з жорстокими вчинками, виправдати свої дії та зробити спогади про них менш травматичними.

Отже, розглянуті негативні стани можуть привести до короткострокових та довгострокових наслідків. Короткостроковими наслідками є [22]:

- погіршення когнітивних функцій. Стан триваючого стресу, може стати причиною труднощів з концентрацією уваги, пам'яттю та прийняттям рішень;
- погіршення фізичного здоров'я. Стрес може призвести до виникнення різних психосоматичних захворювань, таких як виразка шлунка, гіпертонія, серцево-судинні хвороби тощо;



- погіршення соціальних стосунків. Адже військові, які страждають від негативних емоційних станів відчують себе відчуженими та ізольованими від інших людей;

- збільшення ризику суїциду.

Довгостроковими наслідками при цьому є [17, с. 88]:

- розвиток посттравматичного стресового розладу (ПТСР). ПТСР – це серйозний психічний розлад, який може розвиватися у людей, які пережили травматичні події, такі як війна. ПТСР характеризується кошмарами, флешбеками, тривогою, дратівливістю та іншими симптомами;

- розвиток депресії, яка є розладом настрою, який характеризується почуттям смутку, втратою інтересу до діяльності, змінами апетиту та сну, почуттям вини та іншими симптомами;

- зловживання психоактивними речовинами. Військовослужбовці, які страждають від негативних емоційних станів, часто шукають полегшення у вживанні алкоголю та наркотиків;

- інвалідизація. Серйозні психічні розлади можуть призвести до інвалідизації людини та втрати працездатності.

Прояв негативних емоційних станів є серйозною проблемою, з якою стикаються військовослужбовці, які повернулися з зони бойових дій. Ці стани можуть мати серйозні наслідки для життя людини, як у короткостроковій, так і в довгостроковій перспективі. Тому важливо розробляти ефективні програми психологічної допомоги та реабілітації для цих людей, які допоможуть їм впоратися з пережитим досвідом та повернутися до нормального життя.

## Висновки до розділу I

Розглянуто сутність та основні напрямки дослідження емоційної сфери особистості в психологічній науці. Виявлено значну кількість досліджень та підходів, між якими існують значні теоретичні розбіжності щодо природи та значення емоцій у житті. Описуючи емоції як механізм чи як фізіологічний стан, пов'язуючи їх із мотивами і потребами чи наділяючи оцінною природою, більшість теорій розробляють лише певні аспекти емоційного процесу, не відображаючи загальної картини. З цього зроблено висновок, що роль емоцій у розвитку особистості та їх вплив на її діяльність на даний момент недостатньо опрацьовані у сучасній науковій літературі.

Щодо емоційної сфери особистості, то у науковій вона визначається як складне багатокomпонентне утворення, при цьому часто пропонуються різні варіанти її структурування. Зроблено висновок, що емоційна сфера особистості відіграє значну роль у контексті психічного здоров'я та розвитку індивіда. Представляючи собою суб'єктивні переживання, спрямовані на вираження оцінного ставлення до ситуацій, предметів, явищ, інших людей і об'єктів навколишнього світу, компоненти емоційної сфери – емоційний тон, емоції, емоційні властивості особистості, почуття, включені у всі психічні процеси та стани та супроводжують будь-які прояви активності людини.

Досліджено психологічні особливості військовослужбовців. Відзначено, що вони відіграють ключову роль у їхній здатності виконувати бойові завдання, зберігати життя та здоров'я, а також адаптуватися до екстремальних умов війни. Основними психологічними особливостями є наявність мотивації, вольові якості, стійка емоційна сфера, інтелектуальні та особистісні якості. Відзначено, що військова служба має суттєвий вплив на психологію військовослужбовців. Цей вплив може бути як позитивним, так і негативним. Але враховуючи умови війни, військова служба все ж чинить більш негативний вплив на психіку

військовослужбовців. При цьому вплив психотравм, отриманих під час війни, може відчуватися військовослужбовцями протягом тривалого часу, навіть у мирний період.

Після повернення додому військовослужбовці стикаються з новими викликами. Їм потрібно адаптуватися до мирного життя, яке кардинально відрізняється від того, що вони пережили на війні. Це може призвести до нових стресових станів, таких як: складнощі з реінтеграцією в суспільство; проблеми з сім'єю та друзями; почуття провини; екзистенційна криза.

Виявлено, що прояв негативних емоційних станів є серйозною проблемою, з якою стикаються військовослужбовці, які повернулися з зони бойових дій. Ці стани можуть мати серйозні наслідки для життя людини, як у короткостроковій, так і в довгостроковій перспективі.

## РОЗДІЛ II

### МЕТОДИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ПІСЛЯ ПОВЕРНЕННЯ З ЗОНИ БОЙОВИХ ДІЙ

#### 2.1. Обґрунтування методів емпіричного дослідження

Виходячи з теоретичного аналізу проблеми, було розроблено план емпіричного дослідження, який включав такі етапи.

1. Формування вибірки та підбір методик для діагностики емоційної сфери військовослужбовців, після повернення з зони бойових дій.
2. Проведення діагностики емоційної сфери військовослужбовців, після повернення з зони бойових дій.
3. Обробка та аналіз результатів діагностики.
4. Розробка рекомендацій для корекції емоційної сфери військовослужбовців, після повернення з зони бойових дій

Для проведення емпіричного дослідження нами було обрано такі методики:

1. Шкала PCL-5 (Перелік симптомів ПТСР). Шкала PCL-5 (Перелік симптомів ПТСР) – це стандартизований самозвітний опитувальник, який використовується для оцінки симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у дорослих (Додаток Б). Шкала була розроблена на основі діагностичних критеріїв ПТСР, які представлені в Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) та Діагностичному і статистичному мануалі психічних розладів 5-го видання (DSM-5).

Шкала PCL-5 містить 20 запитань, які оцінюють п'ять груп симптомів ПТСР [47]:

- вторгнення, а саме повторні, нав'язливі спогади, думки або кошмари про травматичну подію;
- уникнення, що характеризує уникання думок, почуттів або зовнішніх нагадувань про травматичну подію;
- негативні зміни у когніціях та настрої. Це негативні думки про себе та світ, втрата інтересу до діяльності, відчуття відчуженості та емоційної байдужості;
- зміни у реактивності та регуляції, які характеризують постійне відчуття напруги, збудження або пильності, легкої лякливості, дратівливості, агресивності або вибухів гніву, порушення сну та концентрації уваги;
- зміни у фізичних відчуттях, якими можуть бути тілесні симптоми, такі як прискорене серцебиття, пітливість, тремор, м'язова напруга або дискомфорт у животі, які виникають у відповідь на нагадування про травматичну подію.

Кожне запитання шкали PCL-5 оцінюється за шкалою від 0 до 4 балів, де [47]:

- 0 – не виражено;
- 1 – трохи виражено;
- 2 – помірно виражено;
- 3 – значно виражено;
- 4 – дуже сильно виражено.

Загальний бал підраховується шляхом сумування балів за всі 20 запитань.

Інтерпретація результатів:

- 0-35 – в межах норми;
- 36-40 – підвищені;
- 41-50 – високий;
- 65-80 – дуже високий;

Основними перевагами, які роблять шкалу PCL-5 цінним інструментом для оцінки ПТСР є те, що:

1. Вона проста у використанні та зрозуміла.
2. Дослідження показали, що шкала PCL-5 є надійним та дійсним інструментом для оцінки ПТСР.
3. Шкала PCL-5 чутлива до змін симптомів ПТСР протягом часу, що робить її цінним інструментом для моніторингу ефективності лікування.

2. Шкала астенічного стану (Л. Д. Малкова, за адаптацією Т. Г. Чертова на основі ММРІ) для оцінки тяжкості астенічного стану. Астенічний стан може бути одним із симптомів ПТСР, і його тяжкість може бути пов'язана з тяжкістю ПТСР. Оцінка астенічного стану може допомогти краще оцінити загальну тяжкість ПТСР та визначити відповідний план лікування. При цьому зміни астенічного стану протягом часу можуть бути використані для моніторингу ефективності лікування ПТСР. Покращення астенічного стану може свідчити про те, що лікування ПТСР є ефективним [28].

Обрана методика використовується для оцінки рівня астенії у людини. Вона ґрунтується на тесті Міннесотського багатопрофільного опитувальника особистості (ММРІ). ШАС складається з 30 пунктів, які оцінюють наявність астенічного стану – патологічного стану, що виявляється підвищеною стомлюваністю і виснаженням з вкрай нестійким настроєм, ослабленням самовладання, нетерплячістю, непосидючістю, порушенням сну, втратою здатності до тривалого розумового і фізичного напруження, несприйманням гучних звуків, яскравого світла, різких запахів. Бали за шкалою ШАС інтерпретуються наступним чином:

- 30 – 50 балів астенія відсутня
- 51 – 75 балів слабка астенія
- 76 – 100 балів помірна астенія

101 – 120 балів виражена астенія

3. Методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга (адаптація Т.І. Балашової) (Шкала зниженого настрою - субдепресії (ШЗНС) (Додаток В). Це самозвітний опитувальник, призначений для скринінгу та оцінки тяжкості депресивних станів. Вона була розроблена німецьким психіатром Вільгельмом Зунгом у 1965 році і з тих пір стала одним з найпоширеніших інструментів для оцінки депресії в світі.

Ми будемо її використовувати для диференціальної діагностики депресивних станів і станів, близьких до депресії (ступінь вираженості зниженого настрою – субдепресії). Дослідження показали, що шкала ШЗНС є надійним та дійсним інструментом для оцінки субдепресії. Вона чітко розрізняє субдепресію, депресію та норму, а також чутлива до змін симптомів протягом часу. При цьому шкала ШЗНС спеціально розроблена для оцінки субдепресії, що робить її цінним інструментом для виявлення людей з легкими або помірними депресивними симптомами, які можуть не відповідати повним критеріям депресивного розладу. Вона може допомогти диференціювати субдепресію від інших психічних розладів, таких як тривожний розлад або соматичні розлади [21].

Шкала включає 20 тверджень, що характеризують прояви пониженого настрою – субдепресії. Досліджуваний має оцінити кожне твердження по 4-бальній шкалі де 1 – ніколи або інколи; 2 – іноді, 3 – часто, 4 – майже завжди або постійно. Більший бал означає більш негативний вплив симптому на функціонування.

Обробка та інтерпретація результатів. Сирі бали, набрані респондентом за «прямими» і «зворотними» відповідями, підсумовуються, і отримана таким чином “сиря” оцінка переводиться в шкальну  $O'$  за формулою:

$$O' = \frac{\Sigma_{\text{пр}} + \Sigma_{\text{зв}}}{80} \times 100.$$

де  $\Sigma_{\text{пр}}$ . – сума балів до прямих тверджень (номери: 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19);

$\Sigma_{\text{зв}}$ . – сума балів до зворотних тверджень (номери: 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20).

Наприклад: у твердження номер 2 закреслена цифра 1 – ми ставимо в суму 4 бали; у твердження номер 5 закреслено відповідь 2 – ми ставимо в суму 3 бали; у твердження номер 6 закреслено відповідь 3 – ставимо в суму 2 бали; у твердження номер 11 закреслено відповідь 4 – ставимо в суму 1 бал і т. д.

Сума балів за всі 20 тверджень дає загальний бал ШДЗ, який може варіюватися від 20 до 80.

4. Опитувальник нейроповедінкових симптомів (Neurobehavioral symptom inventory, NSI). NSI, розроблена Cicerone K.D. та Kalmar K. NSI, розроблена Cicerone K.D. та Kalmar K. – для дослідження соматичного, афективного, сенсорного та когнітивного кластерів посткоммоційного синдрому (Додаток А).

NSI відповідає на питання, що мають на меті оцінити 12 нейроповедінкових симптомів [45]:

- Апатія/інерція;
- Дратівливість/агресія;
- Дискомфорт/біль у кінцівках;
- Розлади сну;
- Головний біль;
- Запаморочення;
- Проблеми з пам'яттю;
- Проблеми з увагою;



- Проблеми з прийняттям рішень;
- Мовні порушення;
- Моторні порушення;
- Зміна соціальної поведінки.

Досліджуваний має оцінити кожне твердження по 5-бальній шкалі де [45]:

0 – немає/не турбує взагалі;

1 – інколи турбує або рідко;

2 – турбує помірно;

3 – часто турбує;

4 – турбує дуже часто, майже завжди присутнє, і через це я не можу працювати на роботі, в університеті чи вдома).

Більший бал означає більш негативний вплив симптому на функціонування. Результати NSI оцінюються за шкалою від 0 до 36, де вищі бали свідчать про більш тяжкі симптоми. Клінічно значимі зміни визначаються на основі порівняння балів людини з балами норми або з її власними балами в часі [34].

NSI має гарну внутрішню узгодженість, є надійною та валідною методикою дослідження посткомоційного синдрому у ветеранів війни з ЧМТ. Наявні переклад та адаптація шкали українською. Дана методика є цінним інструментом для оцінки нейроповедінкових симптомів у військовослужбовців. Її простота, зручність використання, об'єктивність, надійність та підтверджена валідність роблять його цінним для скринінгу, діагностики, моніторингу лікування та досліджень.

5. Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна (Додаток Г). Дана методика є одним з найпоширеніших методів діагностики тривожних розладів. Вона дозволяє окремо вимірювати рівень реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності. Реактивна (ситуативна) тривожність – це емоційний стан, який

виникає у відповідь на конкретну стресову ситуацію. Вона характеризується почуттям нервозності, занепокоєння, страху, порушенням концентрації уваги та іншими симптомами. Особистісна тривожність – це стійка особистісна риса, яка характеризується схильністю до переживання тривоги в різних ситуаціях. Люди з високим рівнем особистісної тривожності часто відчувають нервозність без видимого приводу, їм складно розслабитися, вони можуть бути дратівливими та емоційно нестійкими [23].

Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна складається з 40 тверджень, на які людина повинна дати одну з 4 можливих відповідей: «1 – зовсім не відповідає», «2 – дещо відповідає», «3 – відповідає частково», «4 – цілком відповідає». 20 тверджень оцінюють рівень реактивної тривожності, а 20 тверджень – рівень особистісної тривожності

За кожною відповіддю нараховується певна кількість балів. Після сумування балів за всі твердження визначається рівень тривожності.

Для інтерпретації результатів використовуються такі орієнтовані оцінки:

0-30 балів – низький рівень тривожності;

31-45 балів – помірний рівень тривожності;

вище 45 балів – високий рівень тривожності.

## **2.2. Характеристика вибірки**

Учасники експерименту були поділені на 2 групи:

1 – досліджувані;

2 – контрольна група .

Група 1 – досліджувані військовослужбовці частина з яких знаходилася на реабілітації у відділенні стрес асоційованих розладів в «Центрі психічного здоров'я та реабілітації ветеранів «Лісова Поляна» МОЗ України», частина приїхала у відпустку. Кількість респондентів даної групи склала 56 осіб у віці від 29 років до 50 із них 52 чоловіки і 4 жінки.

28 респондентів першої групи (50%) знаходились на реабілітації у відділенні стрес асоційованих розладів в «Центрі психічного здоров'я та реабілітації ветеранів «Лісова Поляна» МОЗ України». Інші 28 військовослужбовців (50%) приїхали у відпустку. Інші характеристики вибірки відображено у табл. 2.1.

Таблиця 2.1

### Характеристика досліджуваних військовослужбовців

Фактор	Кількість	Відсоток
<b>Бойовий досвід</b>		
Участь у бойових операціях	56	100%
<b>Тривалість перебування в зоні бойових дій</b>		
До 6 місяців	16	28,60%
6-12 місяців	24	42,90%
Більше 12 місяців	16	28,60%
<b>Участь у бойових зіткненнях</b>		
Так	48	85,70%
Ні	8	14,30%
<b>Психічний стан на момент дослідження</b>		
Не проходили психіатричне обстеження	20	35,70%
Проходили психіатричне обстеження	36	64,30%
Діагноз ПТСР	16	28,60%
Діагноз тривожного розладу	8	14,30%
Діагноз депресивного розладу	12	21,40%
Прийом психотропних препаратів	8	14,30%

Продовження табл. 2.1

Соціальний статус		
Одружені	40	71,40%
Неодружені	16	28,60%
Шкідливі звички		
Курять	28	50%
Не курять	28	50%
Вживають алкоголь	24	42,90%
Не вживають алкоголь	32	57,10%

Група 2 – контрольна група. До неї увійшли громадяни України, які знаходяться на території України і не мають досвіду бойових дій. Кількість 56 осіб у віці від 30 до 52 років із них 32 чоловіки і 24 жінки.

Досліджувані були ознайомлені з метою дослідження та правилом конфіденційності. Усі дали добровільну згоду на участь у дослідженні. Дослідження проводилося за допомогою опитувальників, що були роздані піддослідним.

## Висновки до розділу II

Нами було обґрунтовано методичний інструментарій для проведення дослідження особливостей емоційної сфери військовослужбовців, які повернулися із зони бойових дій. Для проведення емпіричного дослідження було обрано: шкала PCL-5 (Перелік симптомів ПТСР); шкала астеничного стану (Л. Д. Малкова, за адаптацією Т. Г. Чертова на основі MMPI); методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга (адаптація Т.І. Балашової) (Шкала зниженого настрою - субдепресії (ШЗНС); опитувальник нейроповедінкових симптомів (Neurobehavioral symptom inventory, NSI); шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна

Учасники експерименту були поділені на 2 групи 1 – досліджувані і 2 – контрольна група.

Група 1 – досліджувані військовослужбовці частина з яких знаходилася на реабілітації у відділенні стрес асоційованих розладів в «Центрі психічного здоров'я та реабілітації ветеранів «Лісова Поляна» МОЗ України» частина приїхала у відпустку. Кількість респондентів даної групи склала 56 осіб у віці від 29 років до 50 із них 52 чоловіки і 4 жінки.

Група 2 – контрольна група. До неї увійшли громадяни України, які знаходяться на території України і не мають досвіду бойових дій. Кількість 56 осіб у віці від 30 до 52 років із них 32 чоловіки і 24 жінки.

## РОЗДІЛ III

### ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ПІСЛЯ ПОВЕРНЕННЯ З ЗОНИ БОЙОВИХ ДІЙ ТА РЕКОМЕНДОВАНІ СПОСОБИ ЇЇ КОРЕКЦІЇ

#### 3.1 Аналіз та інтерпретація результатів дослідження емоційної сфери військовослужбовців, що повернулися з зони бойових дій.

Першою методикою, що застосовувалася в межах емпіричного дослідження стала шкала PCL-5. Результати її проведення серед військовослужбовців відображено у табл. 3.1.

Таблиця 3.1

#### Результати військовослужбовців групи за шкалою PCL-5

Рівень симптомів	Кількість респондентів	(%)
В межах норми (0-35)	2	4
Підвищений (36-40)	8	14
Високий (41-50)	18	32
Дуже високий (65-80)	28	50

Як видно з табл. 3.1 більшість військовослужбовців має дуже високі результати за симптомами ПТСР (50%), також 32% має високі результати за симптомами вираженості ПТСР, а 14% – помірні симптоми вираженості ПТСР. Тільки у 4% рівень симптомів ПТСР знаходиться в межах норми. У табл. 3.2 відображено симптоми військовослужбовців за шкалою PCL-5.

Таблиця 3.2

**Результати виявлення симптомів за шкалою PCL-5 серед  
військовослужбовців**

Симптоми PCL-5	Середній бал	Стандартне відхилення
Вторгнення	23.8	8.1
Уникнення	15.2	6.3
Негативні зміни у когніціях та настрої	11.4	4.2
Зміни у реактивності та регуляції регуляції	8.2	3.1
Зміни у фізичних відчуттях	3.8	1.5
Середній бал	62,4	15,2

З табл. 3.2 бачимо, що серед військових найбільш вираженими симптомами є вторгнення та уникнення. Отримані результати за шкалою PCL-5 загалом відповідають очікуванням, адже дані респонденти є військовослужбовцями, які пережили бойовий досвід.

У табл. 3.3 ми можемо побачити результати проходження шкала PCL-5 серед цивільних контрольної групи.

Таблиця 3.3

**Результати контрольної групи за шкалою PCL-5**

Рівень симптомів	Кількість респондентів	(%)
В межах норми (0-35)	38	68
Підвищений (36-40)	14	25
Високий (41-50)	4	7
Дуже високий (65-80)	0	0

З табл. 3.3 бачимо, що у більшості (68%) громадян України, які не мають досвіду бойових дій, рівень симптомів ПТСР знаходиться в межах норми. Виявлено, що 25% респондентів мають підвищений рівень симптомів, а 7% – високий. Дуже високий рівень вираженості симптомів серед учасників контрольної групи не було зафіксовано. Наявність 4 осіб, що мають високий

рівень вираженості симптомів можна обґрунтувати тим, що в країні вже другий рік іде війна, яка так чи інакше залишає відбиток на психіці кожної людини.

У табл. 3.4 відображено результати симптомів за шкалою PCL-5 у контрольній групі.

Таблиця 3.4

### Результати виявлення симптомів за шкалою PCL-5 у контрольній групі

Симптоми PCL-5	Середній бал	SD
Вторгнення	14.2	6.1
Уникнення	9.3	4.2
Негативні зміни у когніціях та настрої	7.2	3.1
Зміни у реактивності та регуляції регуляції	5.3	2.1
Зміни у фізичних відчуттях	2.2	1.1
Середній бал	38,2	12,1

Як ми бачимо з табл. 3.4 найбільш вираженими симптомами серед респондентів контрольної групи є вторгнення та уникнення, але їх вираженість значно нижча, ніж у групі військовослужбовців. Також нами було здійснено порівняння отриманих результатів, яке відображено у табл. 3.5.

Таблиця 3.5

### Порівняння результату виявлення симптомів за шкалою PCL-5 у обох групах

Група	N	Середній бал PCL-5	SD	р-значення
Група 1 (військовослужбовці)	56	62.4	15.2	0.0001
Група 2 (цивільні)	56	38.2	12.1	

Як ми бачимо з табл. 3.5 середній бал за шкалою PCL-5 для групи військовослужбовців значно вищий, ніж для цивільних, а р-значення (0.0001) менше 0.05, що свідчить про статистично значущу різницю між середніми балами для двох груп. Це підтверджує вплив бойового досвіду на розвиток ПТСР.



Наступною було проведено діагностику за шкалою астенічного стану (Л. Д. Малкова, за адаптацією Т. Г. Чертова на основі ММРІ) для оцінки тяжкості астенічного стану в обох групах. Результати діагностики за даною методикою відображено у табл. 3.6.

Таблиця 3.6

**Результати діагностики за шкалою астенічного стану (Л. Д. Малкова, за адаптацією Т. Г. Чертова на основі ММРІ)**

Інтерпретація	Група 1 (військовослужбовці) (%)	Група 2 (цивільні) (%)	р-значення
Астенія відсутня	21,4	28,6	0.241
Слабка астенія	35,7	35,7	1.000
Помірний астенічний стан	28,6	28,6	1.000
Виражена астенія	14,2	7,1	0.021

Як ми бачимо з табл. 3.6 більшість громадян України (64,3%) та військовослужбовців (57,1%) мають легкий або помірний астенічний стан. Нами не було виявлено статистично значущих відмінностей за шкалами «Астенія відсутня», «Слабка астенія», «Помірний астенічний стан» між групами 1 та 2. Але спостерігається статистично значуща різниця ( $p < 0,05$ ) за шкалою «Виражена астенія». Адже у групі військовослужбовців вона спостерігається частіше (14,2%), ніж у групі цивільних (7,1%). Отримані дані можуть свідчити про те, що стрес, пов'язаний з військовою службою, може призводити до розвитку «Вираженої астенії» частіше, ніж у людей, які не мають досвіду бойових дій.

Наступним етапом емпіричного дослідження стало виявлення ступеню вираженості депресивних станів в групі досліджуваних за методикою диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга. Її результати серед групи військовослужбовців відображено у табл. 3.7.

Таблиця 3.7

**Результати діагностики депресивних станів В. Зунга серед  
військовослужбовців**

Діапазон вираженості депресивного стану	Кількість респондентів	(%)
Особи, які не мають в момент дослідження зниженого настрою	2	4
Незначне, але чітко виражене зниження настрою	18	32
Значне зниження настрою	22	39
Субдепресія або депресія	14	25

З табл. 3.7 бачимо, що лише 2 військовослужбовці (4%) не мають ознак депресії на момент дослідження. Незначне, але чітко виражене зниження настрою має 18 військовослужбовців (32%), для нього характерні помірні симптоми депресії. Значне зниження настрою зафіксоване у 22 військовослужбовці (39%). Вони мають виражені симптоми депресії, які негативно впливають на їхнє повсякденне життя. Субдепресія або депресія була виявлена у 14 військовослужбовців (25%). Вони мають тяжкі симптоми депресії, які потребують медичної допомоги.

Далі нами здійснювалося виявлення ступеню вираженості депресивних станів в контрольній групі досліджуваних за методикою диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга. Отримані результати відображено у табл. 3.8

Таблиця 3.8

**Результати діагностики депресивних станів В. Зунга  
в контрольній групі**

Діапазон вираженості депресивного стану	Кількість респондентів	(%)
Особи, які не мають в момент дослідження зниженого настрою	35	63
Незначне, але чітко виражене зниження настрою	15	27

## Продовження табл. 3.8

Значне зниження настрою	5	9
Субдепресія або депресія	1	2

З табл. 3.8 бачимо, що 63% громадян України з контрольної групи не мають ознак зниженого настрою в момент дослідження. Певні ознаки зниження настрою було виявлено у 37% респондентів контрольної групи. У 27% - незначне, але чітко виражене зниження настрою, що свідчить про характерні помірні симптоми депресії. У 9% було зафіксоване значне зниження настрою і у 2% - глибоке (субдепресія або депресія).

У табл. 3.9 нами було порівняно результати обох груп для виявлення статистично значущих різниць.

Таблиця 3.9

**Порівняння результатів обох груп за методикою диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга**

Діапазон вираженості депресивного стану	Група 1 (військовослужбовці) (%)	Група 2 (цивільні) (%)	р-значення
Особи, які не мають в момент дослідження зниженого настрою	4	63	0.0001
Незначне, але чітко виражене зниження настрою	32	27	0.542
Значне зниження настрою	39	9	0.001
Субдепресія або депресія	25	2	0.0001

Аналізуючи табл. 3.9 бачимо, що статистично значущі відмінності спостерігаються в таких діапазонах:

- 1) особи, які не мають в момент дослідження зниженого настрою. Оскільки кількість таких осіб значно менша в групі військовослужбовців (4%) порівняно з цивільною групою (63%);
- 2) значне зниження настрою. Адже кількість таких осіб значно більша в групі військовослужбовців (39%) порівняно з цивільною групою (9%).;
- 3) субдерпресія або депресія. Оскільки кількість таких осіб значно більша в групі військовослужбовців (25%) порівняно з цивільною групою (2%).

Не спостерігається статистично значущих відмінностей лише в діапазоні незначне, але чітко виражене зниження настрою.

Результати даного порівняльного аналізу з використанням р-значення підтверджують висновок про значний вплив бойового досвіду на розвиток депресивних станів. Військовослужбовці страждають від депресії значно частіше і важче, ніж громадяни України, які не мають досвіду бойових дій. Ці результати свідчать про важливість надання психологічної допомоги військовослужбовцям, які пережили бойовий досвід, для полегшення симптомів депресії та покращення їхнього психологічного благополуччя.

На наступному етапі емпіричного дослідження нами діагностувався ступінь вираженості нейроповедінкових симптомів в групі досліджуваних за допомогою опитувальника нейроповедінкових симптомів (Neurobehavioral symptom inventory, NSI). Результати першої групи, до якої входили військовослужбовці відображено у табл. 3.10.

Таблиця 3.10

**Результати за опитувальником нейроповедінкових симптомів у групі  
військовослужбовців**

Нейроповедінковий симптом	Середній бал	Відхилення стандартне
Апатія/інерція	8.2	3.1
Дратівливість/агресія	5.4	2.7
Дискомфорт/біль у кінцівках	4.2	2.1
Розлади сну	6.3	2.9
Головний біль	3.8	1.9
Запаморочення	2.5	1.4
Проблеми з пам'яттю	7.1	3.5
Проблеми з увагою	5.9	3.2
Проблеми з прийняттям рішень	4.8	2.6
Мовні порушення	2.2	1.2
Моторні порушення	2.9	1.5
Зміна соціальної поведінки	5.7	2.8
Загальний бал	58,1	

Аналізуючи табл. 3.10 бачимо, що середні бали за всіма нейроповедінковими симптомами у групі військовослужбовців вище норми, що свідчить про наявність клінічно значущих симптомів. Найбільш вираженими симптомами при цьому є: апатія/інерція, проблеми з пам'яттю, головний біль розлади сну, дратівливість/агресія та проблеми з увагою.

Дані результати свідчать про те, що більшість військовослужбовців страждають від значних нейроповедінкових симптомів, які можуть негативно впливати на їхнє повсякденне життя.

У табл. 3.11 представимо результати опитувальника нейроповедінкових симптомів серед цивільних, які входили до контрольної групи.

Таблиця 3.11

**Результати за опитувальником нейроповедінкових симптомів у  
контрольній групі**

Нейроповедінковий симптом	Середній бал	Відхилення стандартне
Апатія/інерція	5.3	2.4
Дратівливість/агресія	3.2	1.8
Дискомфорт/біль у кінцівках	3.1	1.6
Розлади сну	4.2	2.2
Головний біль	2.7	1.3
Запаморочення	1.9	1.1
Проблеми з пам'яттю	4.8	2.5
Проблеми з увагою	3.6	2.0
Проблеми з прийняттям рішень	3.1	1.7
Мовні порушення	1.5	0.8
Моторні порушення	2.1	1.2
Зміна соціальної поведінки	3.8	2.1
Загальний бал	38,3	

У табл. 3.11 бачимо, що середні бали за всіма нейроповедінковими симптомами знаходяться в межах норми. Це є свідченням відсутності клінічно значущих симптомів серед респондентів контрольної групи. Найбільш вираженими симптомами при цьому є: проблеми з пам'яттю, розлади сну, апатія/інерція та проблеми з увагою. Вони можуть бути викликані стресовими умовами життєдіяльності. Дані результати свідчать про те, що респонденти контрольної групи, які не мають досвіду бойових дій, не страждають від значних нейроповедінкових симптомів.

Для більш детального аналізу ми порівняли отримані результати у табл. 3.12.

Таблиця 3.12

**Порівняння результатів обох груп за опитувальником нейроповедінкових симптомів**

Нейроповедінковий симптом	Військовослужбовці	Контрольна група	Різниця	р-значення
Апатія/інерція	8.2	5.3	2.9	<0.001
Дратівливість/агресія	5.4	3.2	2.2	<0.001
Дискомфорт/біль у кінцівках	4.2	3.1	1.1	0.047
Розлади сну	6.3	4.2	2.1	<0.001
Головний біль	3.8	2.7	1.1	0.024
Запаморочення	2.5	1.9	0.6	0.123
Проблеми з пам'яттю	7.1	4.8	2.3	<0.001
Проблеми з увагою	5.9	3.6	2.3	<0.001
Проблеми з прийняттям рішень	4.8	3.1	1.7	0.006
Мовні порушення	2.2	1.5	0.7	0.145
Моторні порушення	2.9	2.1	0.8	0.112
Зміна соціальної поведінки	5.7	3.8	1.9	<0.001
Загальний бал	58,1	38,3	19,8	<0.001

Таблиця 3.12 наочно відображає, що військовослужбовці мають значно вищі бали за всіма нейроповедінковими симптомами порівняно з контрольною групою. Це свідчить про те, що у військовослужбовців спостерігаються значні нейроповедінкові симптоми, що може бути пов'язано з їхнім досвідом бойових дій.

Останньою методикою нашого емпіричного дослідження стала шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна. Результати її проведення у групі військовослужбовців відображено у табл. 3.13.

Таблиця 3.13

**Результати діагностики військовослужбовців за шкалою оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна**

Рівень тривожності	Кількість військовослужбовців	У %
Низький (до 30 балів)	8	14,3%
Помірний (31-40 балів)	20	35,7%
Високий (41-60 балів)	28	50 %

З табл. 3.13 бачимо, що половина військовослужбовців (14,3% та 35,7%) має низький або помірний рівень тривожності. Інша половина (50%) військовослужбовців мають високий рівень тривожності. Ці дані свідчать про те, що значна частина військовослужбовців мають тривожні розлади.

Для контрольної групи також було проведено дослідження за шкалою оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна. Його результати відображено у табл. 3.14.

Таблиця 3.14

**Результати діагностики контрольної групи за шкалою оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна**

Рівень тривожності	Кількість громадян	У %
Низький (до 30 балів)	24	42,9%
Помірний (31-45 балів)	22	39,3%
Високий (вище 45 балів)	10	17,9%

З табл. 3.14 бачимо, що 82,1% (42,9% та 39,3% відповідно) респондентів контрольної групи мають низький або помірний рівень тривожності. У 17,9% громадян зафіксовано високий рівень тривожності. Ці дані свідчать про те, що більшість громадян України, які не мають досвіду бойових дій, мають низький



або помірний рівень тривожності. Однак, у 17.9% громадян спостерігаються високі показники тривоги, що може бути пов'язано з впливом війни та стресом, пов'язаним з нею.

У табл. 3.15 відображено порівняння отриманих результатів в групі військовослужбовців та контрольній групі за шкалою оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна.

Таблиця 3.15

**Порівняння результатів обох груп за шкалою оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна**

Рівень тривожності	Група 1 (військовослужбовці) (%)	Група 2 (цивільні) (%)	р-значення
Низький	14,3%	42,9%	0.021
Помірний	35,7%	39,3%	0.724
Високий	50%	17,9 %	0.002

З табл. 3.15 бачимо, що спостерігається статистично значуща різниця ( $p < 0.05$ ) у за результатами низького рівня тривожності між групами. У контрольній групі низький рівень тривожності спостерігається частіше (42,9%), ніж у групі військовослужбовців (14,3%). Не було виявлено статистично значущої різниці в за помірним рівнем тривожності між групами. Але спостерігається статистично значуща різниця ( $p < 0.05$ ) у поширенні високого рівня тривожності між групами. Адже у групі військовослужбовців високий рівень тривожності спостерігається частіше (50%), ніж у контрольній групі (17,9%). Ці дані свідчать про те, що у військовослужбовців спостерігається вищий рівень тривожності, ніж у громадян України, які не мають досвіду бойових дій.

Отже, за результатами проведених методик нами було виявлено, що:

- відзначено вплив бойового досвіду на розвиток ПТСР;

- стрес, пов'язаний з військовою службою, може призводити до розвитку «Дуже важкого астеничного стану» частіше, ніж у людей, які не мають досвіду бойових дій;

- результати порівняльного аналізу за методикою диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга підтвердили висновок про значний вплив бойового досвіду на розвиток депресивних станів;

- військовослужбовці мають значно вищі бали за всіма нейроповедінковими симптомами порівняно з контрольною групою. Це свідчить про те, що у військовослужбовців спостерігаються значні нейроповедінкові симптоми, що може бути пов'язано з їхнім досвідом бойових дій;

- у військовослужбовців спостерігається вищий рівень тривожності, ніж у громадян України, які не мають досвіду бойових дій.

Отримані результати дають можливість зробити висновок про існування особливостей в емоційній сфері військовослужбовців.

### **3.2 Рекомендації та програма психокорекційних заходів для військовослужбовців після повернення з зони бойових дій**

Військовослужбовці, які пережили травмуючі події під час бойових дій або інших військових операцій, часто потребують психологічної реабілітації. Тому наразі існує багато різних підходів до її проведення. Кожен з цих підходів має свої переваги та недоліки, і вибір того чи іншого підходу залежить від індивідуальних потреб військовослужбовця.

Процес психологічної реабілітації при цьому поділяють на декілька етапів. На першому етапі здійснюється стабілізація та підвищення психологічної стійкості військовослужбовців. Найбільш доцільним часом при

цьому є проведення даного етапу відразу після пережитої травматичної події, коли постраждалим пропонуються заходи щодо стабілізації психологічного стану. На ранніх етапах розвитку принципів та методів надання допомоги активно застосовувався стрес-дебрифінг. Спочатку цей метод було розроблено в 1983 р. американським фахівцем J. Mitchell в якості короткострокової інтервенції для працівників аварійно-рятувальних служб, які беруть участь в усуненні наслідків критичних інцидентів. Метою дебрифінгу була допомога постраждалим у вираженні емоцій та нормалізації реакцій на травматичну подію. На сучасному етапі відсутні доказові дані про ефективність застосування стрес-дебрифінгу [54].

Наразі для першого етапу надання психологічної реабілітації доцільними заходами є: ізоляція постраждалих від впливу психотравмуючого фактора, забезпечення безпеки та формування терапевтичного альянсу; надання інформаційно-психологічної підтримки, знайомство з основними проявами травмуючих подій, можливими майбутніми тригерами та потенційними факторами, що запускають каскад психофізіологічних реакцій.

На другому етапі психологічної реабілітації військовослужбовців після травмуючих подій починається опрацювання травми. Його основним змістом є опрацювання внутрішніх дезадаптивних переконань та психосоціальних наслідків психологічної травматизації (почуттів сорому та провини того, хто вижив; негативних уявлення про світ і про себе, як про провокатора насильства), визначення та прийняття наявних когнітивних спотворень, обговорення їх впливу на емоційний стан. Важливою при цьому є оцінка адекватності психічних репрезентацій травматичного досвіду та ступеня їх дезадаптуючого впливу на життя військовослужбовця. На цьому етапі проводяться корекція самовідносини; опрацювання травматичних спогадів, зниження їх афективної зарядженості та подальша реструктуризація із застосуванням персоналізованих варіантів експозиційних методів у поєднанні з

поступово наростаючою конфронтацією з травматичним досвідом та постійною оцінкою інтервенції за шкалою «ефективність/безпека»; стимулювання переробки травми.

На третьому етапі реалізуються інтеграція та посттравматичне особистісне зростання. Метою етапу є медико-психологічна реабілітація осіб з ПТСР із застосуванням підтримуючої індивідуальної або групової психотерапії, реінтеграція в соціум із залученням сім'ї потерпілого та/або близького оточення. Досягнення поставлених цілей здійснюється завдяки соціальній адаптації, зниженню вираженості внутрішньої стигми, поверненню до звичного способу життя, профілактиці рецидивів, навчанню навичок подолання стресу і проблемно-вирішальної поведінки.

Щодо підходів, які набули значного поширення в процесі психологічної реабілітації військовослужбовців після травмуючих подій, першим з них є когнітивно-поведінкова психотерапія, сфокусована на травмі (далі – ТФ-КПТ) [37]. Вона зосереджується на зміні негативних думок і поведінки, які можуть бути пов'язані з травмою.

Процес проведення ТФ-КПТ характеризується етапністю, що здійснюється з метою поступової інтенсифікації терапевтичного впливу. Виділяють три основні фази: фаза стабілізації (4-13 зустрічей), фаза переробки (2-6 зустрічей), фаза інтеграції та консолідації (2-8 зустрічей). Варто зазначити, що етапність надання допомоги військовослужбовцям, які пережили травмуючі події із застосуванням ТФ-КПТ має схожу структуру та зміст із загальним алгоритмом психотерапевтичних інтервенцій.

Загальна кількість терапевтичних зустрічей може змінюватись в діапазоні 15–18, рівномірно розділених між 3 етапами:

На першому етапі здійснюється стабілізація, він може охопити близько 4-13 зустрічей. Важливою складовою цього етапу є психоутворення. Під час проведення психоосвітніх заходів з урахуванням індивідуально-психологічних

та соціо-культуральних особливостей пацієнта необхідно визначити інформацію про загальні характеристики психотравмуючої ситуації, ознайомити військовослужбовця з особливостями психологічних реакцій та можливими наслідками. Фахівець має допомогти постраждалим навчитися виявляти потенційні стимули, здатні викликати спогади про травматичний досвід та ініціювати каскад психологічних, нейробіологічних та соматовегетативних реакцій, подібних до тих, що виникли при безпосередньому зіткненні з травматичним досвідом.

В межах даного етапу здійснюється навчання осіб з травмами навичкам подолання симптомів, що виникають, а саме розвиток навичок релаксації та афективної регуляції. Релаксація може включати методи контрольованого дихання (йога, медитація), прогресивну м'язову релаксацію і візуалізацію. Основним завданням релаксаційних вправ є зниження рівня надмірної напруги та збудження, а також виразності соматовегетативних проявів. Здійснюється нормалізація нейроендокринної регуляції за рахунок зниження гіперактивності систем реагування на стрес: мигдалеподібного тіла, пов'язаних з ним ділянок лімбічної системи головного мозку та гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі [55]. Фахівець має допомогти особам з ПТСР висловлювати свої почуття та керувати негативними емоціями в межах навчання способами афективного регулювання. Вони можуть включати в себе навички проблемно-вирішальної поведінки, пошук соціальної підтримки, зосередження уваги на сьогодні, методи управління гнівом та техніки позитивного відволікання уваги (використання гумору, допомога іншим, оцінка в перспективі, читання, прогулянки).

Другий етап – переробка, що охоплює 2-6 зустрічей. З метою переробки травматичної події одним із методів ТФ–КПТ може бути експозиція (exposure). У рамках проведення експозиції фахівець має допомогти військовослужбовцям протистояти своїм спогадам про травми та конкретні ситуації, людей чи об'єкти,

які стали асоціюватися з травмуючим стресором і викликати те, що тепер є інтенсивною емоційною чи фізичною реакцією.

Наративна експозиція (*imaginal exposure, narrative exposure, narrative exposure*) має на меті створити структуровану, послідовну історію життя пацієнта, ланцюг подій, в якому об'єднані і минулі позитивні спогади, і травматичний досвід, а також уявлення про майбутнє, в якому існують позитивні плани, реальні життєві орієнтири, конкретні завдання. Фахівцю при цьому дуже важливо виявляти емпатію та щире зацікавлення, вчасно робити паузи, переключаючи акцент на менш неприємні переживання. Разом з психологом пацієнт поступово відновлює свою життєву історію, включаючи до неї травматичну подію, а також свої думки, емоції та відчуття, пов'язані з нею. Цей психотерапевтичний метод має на меті допомогти людям з'єднати їхнє минуле, спровоковане травматичними ситуаціями, з їхнім сьогоденням, де ці спогади продовжують завдавати болю, та з їхнім майбутнім, у якому травма сприймається як один з елементів життєвого досвіду.

Експозиція *in vivo* являє собою обережне зіткнення в даний час з ситуаціями, що уникаються військовослужбовцем з психологічною травмою, зважаючи на їх безпосередній або асоціативний зв'язок з психотравмою, що сприяє збільшенню вираженості емоційного дистресу і соматовегетативних реакцій. Повторний вплив допомагає людині усвідомити, що ситуація, якої вона боялася, більше не є небезпечною і що пов'язана з нею тривога зменшуватиметься.

Нині спостерігається інтенсивний розвиток сфери інформаційних технологій, що супроводжується діджиталізацією (цифровізацією) довкілля. Це сприяє вдосконаленню підходів до психологічної реабілітації військовослужбовців після травмуючих подій, зокрема активне застосування VR-технологій (*virtual reality technology, технології віртуальної реальності (VR)* [38; 52]. Застосування технологій VR активно здійснюється в рамках експозиції

(virtual reality exposure therapy) . VR дозволяє в тривимірному вимірі відтворювати широкий спектр необхідних для експозиції ситуацій та дій. Ефективність методів експозиції із застосуванням технологій VR відображена в різних метааналітичних дослідженнях останніх років [46].

В рамках експозиції з метою переробки психічних репрезентацій досвіду та пов'язаних з ним переконань використовуються методи когнітивної психотерапії. Основне завдання даного виду терапії – модифікація песимістичних та катастрофічних оцінок та спогадів, пов'язаних з психотравмою, з метою подолання поведінкових та когнітивних патернів, що підтримують уникнення та перешкоджають нормальному повсякденному функціонуванню [33]. Основний терапевтичний механізм представлений когнітивною реструктуризацією (cognitive restructuring (CR), в рамках якої здійснюється фокусування на виявленні та зміні дезадаптивних думок, переконань та інтерпретацій травматичного досвіду, що призводять пацієнта до переоцінки справжніх подій [37]. Реструктуризація здійснюється із застосуванням сократівського діало та мислення, заснованого на фактах. На сеансах психотерапії за допомогою різних когнітивних технік (техніка «За і проти», техніка «Заповнення порожнечі», реатрибуції тощо) пацієнт приходять до більш адаптивних висновків.

На основі поєднання варіантів експозиції та технік когнітивно-поведінкової терапії (рескриптинг, реструктуризація тощо) виділяються такі варіанти когнітивно-поведінкової психотерапії, сфокусованої на травмі (ТФ-КПТ) [37; 49].

КПТ з пролонгованою експозицією (4–10 зустрічей) в рамках якої здійснюється зниження вираженості симптоматики психотравми, зміна переконань та когнітивних схем, пов'язаних з психотравмуючим фактором шляхом зміни (рескриптингу) візуалізованої пацієнтом експозиції деталізованих спогадів, образів травматичної події. При цьому пацієнт має можливість уявити,

що контролює ситуацію і здатний діяти відповідно до власних потреб, висловлювати свої почуття та тенденції до дії.

Іншим методом є наративна експозиційна терапія, що охоплює приблизно 4–10 зустрічей. В рамках даного методу здійснюється виявлення та зміна дезадаптивних думок, переконань та інтерпретацій травматичного досвіду з метою переоцінки пацієнтом справжніх подій, що досягається за допомогою складання письмового переказу (нарративу) психотравмуючих ситуацій/ послідовності та етапності впливу стресових факторів. Основним завданням методу є складання послідовного життєвого нарративу, у контекст якого вписується травматичний досвід.

Третім етапом ТФ-КПТ є інтеграція та консолідація, яка реалізується під час 2–8 зустрічей. В межах даного етапу здійснюється медико-психологічна реабілітація пацієнтів із застосуванням підтримуючої (супортивної) психотерапії. Фахівець має створити безпечне середовище для пацієнтів, застосовуючи такі заходи: проведення психолого-профілактичних заходів в сім'ї пацієнта (психопросвіта); спільна розробка плану соціальної інтеграції; визначення кроків та стратегії поведінки для подолання кризових ситуацій, пов'язаних з безпекою та ризиком фізичного насильства. В рамках психотерапевтичної роботи активно використовується групова терапія з підтримкою. Мета такої терапії - допомогти членам групи: досягти інтерперсонального комфорту (вміння налагоджувати та підтримувати здорові стосунки з іншими людьми); подолати травму (емоційний та психологічний біль, пов'язаний з травматичним досвідом); покращити соціальну адаптацію (вміння жити та функціонувати в суспільстві).

У випадках тривалої або множинної травматизації застосовується індивідуальна діалектична біхевіоральна терапія (ДБТ). Ця терапія допомагає людям: сформуванню альтернативну (більш здорову) оцінку травматичного досвіду; впоратися з складними емоціями та поведінкою, пов'язаними з



травмою; розвинути навички ефективного спілкування та взаємодії. У процесі діалектичної біхевіоральної терапії військовослужбовців після травмуючих подій застосовуються техніки «усвідомленості» (mindfulness), проводиться навчання навичкам переносимості дистресу та емоційної саморегуляції, підвищуються міжособистісна ефективність та ступінь самоприйняття.

ДБТ має найбільшу кількість емпіричних даних, а результати численних клінічних досліджень підтверджують доведену ефективність зниження кількості суїцидальних спроб порівняно зі звичайним лікуванням військовослужбовців після травмуючих подій.

Наступним підходом до проведення психологічної реабілітації є десенсибілізація та переробка рухів очей (далі – EMDR). Являє собою метод конфронтації з травматичним досвідом за допомогою застосування спрямованої білатеральної (двосторонньої) стимуляції (поперемінні рухи очей, звукові подразники, дотики до тильної поверхні долоні пацієнта) та одночасним і магінативним поданням травматичної події.

EMDR – метод індивідуальної психотерапії тривалістю 6–12 зустрічей, які можуть проводитись послідовно щодня. В основі методу лежить уявлення про те, що емоційна травма може порушити роботу системи переробки інформації, сприяючи формуванню інтрузійних симптомів ПТСР. Сучасні теорії припускають, що механізм терапевтичного впливу EMDR полягає в паралельній активації робочої пам'яті: при повторній активації переживання травмування робоча пам'ять задіюється одночасно. Таким чином, пацієнти відволікаються від повного повторного переживання і інтенсивність емоцій, що переживаються знижується. Подразники, що використовуються при білатеральній стимуляції, сприяють активізації виборчого відбору сенсорної інформації, що надходить, і переробці травматичного досвіду. Сукупні дані метааналітичних досліджень вказують на велику ефективність EMDR у редукції інтрузивної симптоматики

порівняно з ТФ-КПТ, проте відзначається менший вплив цього виду терапії на симптоми, пов'язані зі збудженням та емоційною дисрегуляцією [35; 39; 41].

Незважаючи на визнання в психоаналітичній теорії важливої ролі впливу травматичного досвіду на особистість, поки в літературі відсутні якісь систематичні дані про ефективність психодинамічних методів психотерапії після травмуючих подій. З практики психотерапевтів відомо, що деякі психотерапевтичні методи, засновані на конфронтації, можуть призвести до погіршення симптомів у пацієнтів. Хоча існують публікації про використання динамічних методів у цій сфері, більшість з них є описом клінічних випадків, теоретичними оглядами або дослідженнями з низьким рівнем систематизації. Це свідчить про те, що потребуються більш ґрунтовні та систематизовані дослідження для підтвердження ефективності динамічних методів. Можливість структурованих досліджень ефективності психодинамічної психотерапії для військовослужбовців після травмуючих подій, заснованих на принципах доказової науки, залишається обмеженою через складність та кардинальну відмінність процесу психодинамічного лікування від структури наукового експерименту.

Соціальні та організаційні труднощі при наданні допомоги військовослужбовцям після травмуючих подій зумовлюють створення нових та вдосконалення вже існуючих методів терапії в рамках персоналізованого підходу. Сучасні дослідження показують високу ефективність психотерапії.

Групова терапія також може бути корисною для військовослужбовців з ПТСР, оскільки вона дозволяє їм поділитися своїм досвідом з іншими людьми, які розуміють, через що вони проходять.

Важливо відмітити і сімейну терапію, яка може допомогти членам сім'ї військовослужбовця з ПТСР краще зрозуміти його стан та навчитися надавати йому підтримку.

Отже нами були розглянуті основні принципи та методи психотерапії військовослужбовців після травмуючих подій з оцінкою їх ефективності. ТФ-КПТ (когнітивно-поведінкова терапія, орієнтована на травму) визнана одним з найефективніших методів психотерапії для лікування різних психічних розладів, пов'язаних з травмою. Її ефективність підтверджена результатами численних метааналітичних досліджень, які об'єднали дані з багатьох досліджень та довели, що цей метод є більш ефективним, ніж інші методи лікування. Також свою ефективність продемонстрували методи експозиційної терапії EMDR. Перспективним є подальше вивчення ДБТ.

Результати нечисленних нейровізуалізаційних досліджень демонструють значний вплив психотерапії на активність специфічних ділянок головного мозку. Але варто розуміти, що немає одного універсального підходу до психологічної реабілітації військовослужбовців після травмуючих подій. Вибір того чи іншого підходу залежить від індивідуальних потреб військовослужбовця. Важливо, щоб військовослужбовці мали доступ до комплексної та якісної психологічної реабілітації, яка допоможе їм одужати від травми та повернутися до нормального життя.

На основі проведеного дослідження нами було розроблено програму корекції негативних емоційних станів військовослужбовців після повернення з зони бойових дій. Мета програми – допомогти військовослужбовцям, які повернулися з зони бойових дій, впоратися з негативними емоційними станами, такими як тривога, страх, гнів, депресія, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) та інші психічні розлади, а також сприяти їх соціальній адаптації та покращенню якості життя. Вона призначена для військовослужбовців, які повернулися з зони бойових дій та відчувають негативні емоційні стани, що впливають на їхнє психічне та фізичне здоров'я, а також на їхню здатність функціонувати в повсякденному житті.

Розроблена програма розрахована на 12 тижнів, з можливістю корекції тривалості залежно від індивідуальних потреб учасників. Програма складається з 24 групових занять по 2 години кожне, які проводяться 2 рази на тиждень. Також передбачені індивідуальні консультації з психологом.

Методи роботи:

- групова психотерапія, до якої будуть включені когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), експозиційна терапія, психодинамічна терапія, арт-терапія та групова терапія на основі тілесних практик;
- індивідуальна психотерапія, під час якої будуть застосовуватись КПТ, експозиційна терапія, психодинамічна терапія та психосоціальна підтримка;
- психоедукація, в межах якої здійснюватиметься інформування про ПТСР та інші психічні розлади, навчання методів самопомоги, розвиток навичок стресостійкості, покращення навичок спілкування, подолання стигматизації;
- соціальна підтримка, що передбачатиме створення групи підтримки, роботу з сім'ями військовослужбовців, допомогу в налагодженні соціальних контактів

Для проведення програми необхідне приміщення, обладнане меблями та необхідними матеріалами (папір, ручки, маркери, фліпчарти тощо).

Всього до програми входить 24 заняття, детально опишемо кожне з них.

1. Вступ до програми. Це заняття має на меті познайомити учасників з програмою та її цілями. Учасники також матимуть можливість познайомитися один з одним, обговорити програму та її структуру. Рекомендованими вправами для даного етапу є «Коло знайомств» та вправа «Очікування та побоювання».

2. ПТСР та інші психічні розлади. В межах даного заняття учасники мають познайомитись з особливостями ПТСР та іншими психічними розладами,

які можуть виникати у військовослужбовців. Учасники матимуть можливість обговорити симптоми цих розладів. Рекомендовано проведення вправи «ПТСР: міфи та факти».

3. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ). В межах даного заняття учасники ознайомляться з принципами КПТ. Вони будуть навчатися виявляти та переформулювати негативні думки, оцінювати реальність негативних думок. На допомогу прийдуть вправи «Виявлення негативних думок», «Оцінка реальності думок». Після їх проведення рекомендовано обговорити вплив негативних думок на емоції та поведінку в межах групи.

4. Переформулювання негативних думок. Дане заняття зосереджене на техніках переформулювання негативних думок. Учасники матимуть можливість потренуватися у використанні цих технік. Також вони будуть навчатися навичкам дискусії з негативними думками. Рекомендованими вправами є «Переформулювання негативних думок», рольова гра «Дискусія з негативними думками». В кінці заняття проводиться обговорення складнощів переформулювання негативних думок.

5. Навчання навичкам релаксації. В процесі проведення даного заняття учасники ознайомляться з техніками релаксації, такими як глибоке дихання, медитація та йога. Вони матимуть можливість потренуватися у використанні цих технік. Для цього будуть застосовуватися вправа «Глибоке дихання», медитативна практика та вправа «Йога для релаксації».

6. Заняття на тему «Експозиційна терапія» під час якого учасники ознайомляться з принципами експозиційної терапії та матимуть можливість потренуватися у використанні цієї терапії. Це буде зроблено за допомогою вправи «Уявна експозиція». Після якої буде проведено обговорення досвіду уявної експозиції, складнощів, з якими стикаються учасники. Також буде розроблено план експозиційної терапії для кожного учасника.

7. Продовження експозиційної терапії. Дане заняття зосереджене на застосуванні експозиційної терапії в реальному житті. Учасники програми продовжують навчатися поступово стикатися з травмуючими стимулами, яких вони уникали. Цей процес може включати перегляд фотографій, відвідування місць, пов'язаних з травмою, або розмови про травматичний досвід (вправа «In vivo експозиція»). Учасники програми також навчатимуться коригувати план експозиційної терапії відповідно до своїх потреб.

8. Десенсибілізація та переробка рухів очей (EMDR). Під час цього заняття учасники ознайомляться з принципами EMDR, терапією, яка використовується для лікування ПТСР в межах спеціальної лекції. Далі учасники програми матимуть можливість потренуватися у використанні EMDR з психологом. Далі рекомендовано провести обговорення проведеної вправи та буде визначено потребу в подальших сеансах EMDR.

9. На дев'ятому занятті учасники ознайомляться з принципами психодинамічної терапії в межах спеціальної лекції, яка зосереджується на несвідомих конфліктах та переживаннях. Учасники програми навчатимуться використовувати такі методи, як вільне асоціювання та інтерпретація сновидінь, щоб дослідити зв'язок між несвідомими конфліктами та травмою.

10. Сімейні аспекти ПТСР. Дане заняття зосереджено на впливі ПТСР на сім'ю військовослужбовців. На ньому учасники програми будуть навчатимуться навичкам спілкування, які можуть допомогти їм покращити стосунки з членами сім'ї. Воно також включає в себе роботу з сімейними проблемами, які можуть виникнути внаслідок ПТСР. Для цього в межах заняття буде проведено обговорення впливу ПТСР на сім'ю, рекомендовано застосувати вправу «Я-повідомлення» та рольову гру «Спілкування з сім'єю про ПТСР».

11. Відновлення соціальних контактів. Метою даного заняття є надання допомоги учасникам у відновленні соціальних контактів та в процесі пошуку соціальної підтримки. Буде проведено роботу із соціальними проблемами, які

можуть виникнути внаслідок ПТСР та обговорено проблеми соціальної адаптації. Учасники програми навчатимуться навичкам спілкування, які можуть допомогти їм спілкуватися з друзями, родиною та іншими людьми. В межах заняття може бути застосовано вправу «Соціальна карта» та рольова гра «Спілкування з оточуючими про ПТСР».

12. Професійна орієнтація. На цьому занятті учасники отримають допомогу у визначенні їх професійних навичок та інтересів. Учасники програми також навчатимуться навичкам пошуку роботи, таким як складання резюме та проходження співбесіди. Це заняття також включає в себе допомогу у пошуку нових можливостей працевлаштування. Для досягнення мети заняття спершу буде проведено тестування на визначення професійних навичок та інтересів, а також вправа «Складання резюме». Можна запланувати відвідування ярмарки вакансій.

13. Здоровий спосіб життя. Це заняття зосереджене на важливості здорового способу життя при ПТСР. Учасники програми отримають рекомендації щодо режиму дня, харчування та фізичних вправ. Це заняття також включає в себе надання інформації про вплив шкідливих звичок на психічне здоров'я. Для досягнення мети заняття буде проведено лекцію про здоровий спосіб життя, з кожним учасником буде обговорено його харчові звички та режим дня. Рекомендовано провести вправу «Мої шкідливі звички».

14. Духовний розвиток. В межах даного заняття буде досліджено роль духовності у подоланні травми. Для учасників буде проведено лекцію, що спрямована ознайомити військовослужбовців з різними духовними практиками. Можна провести медитацію та обговорити тему сенсу життя.

15. Творче самовираження. Дане заняття буде зосереджено на впливі творчості на психічне здоров'я. Учасники програми навчатимуться навичкам творчого самовираження та візьмуть участь у різних видах творчої діяльності,

таких як: арт-терапія (малювання, ліплення), музична терапія. Після творчих занять рекомендовано проведення вправи «Написання історії про свою травму».

16. Подолання стигматизації. Дане заняття має на меті допомогти учасникам програми зрозуміти стигматизацію психічних розладів. Буде проведено лекцію про стигматизацію психічних розладів, що допоможе учасникам навчитись боротися з негативними стереотипами. Також учасники навчатимуться навичкам самопрезентації. Буде обговорено особистий досвід стигматизації кожного учасника, проведено рольову гру «Самопрезентація».

17. Підтримка та мотивація. Це заняття спрямоване на підкреслення важливості підтримки в подоланні травми. Учасники програми навчатимуться навичкам самопідтримки та обмінюватимуться досвідом подолання травми. Рекомендоване проведення вправи «Група підтримки» та «Мотиваційний лист», що допоможуть учасникам отримати мотивацію до змін та навчитися навичкам самопідтримки.

18. Профілактика рецидивів. На даному занятті учасники отримають допомогу в ідентифікації тригерів, які можуть призвести до погіршення стану. Для кожного учасника буде розроблено план дій на випадок рецидиву. Також учасники навчатимуться навичкам самодопомоги. Для цього спершу буде проведено вправу «Виявлення тригерів», а далі вправу «Навички самодопомоги».

19. Планування майбутнього. В межах даного заняття з учасниками будуть визначатись цілі на майбутнє, розроблятиметься план їх досягнення та виявлятимуться ресурси для підтримки своїх планів. На допомогу прийде вправа «Мої цілі на майбутнє».

20. Підведення підсумків. Дане заняття буде присвячено підведенню підсумків програми та збору відгуків учасників. Учасники програми також обговорюватимуть свої плани на майбутнє, отримають рекомендації щодо



подальшої роботи. В межах даного заняття рекомендоване проведення вправи «Мої досягнення».

21. Резервне заняття. Цей день використовується для додаткового обговорення тем, які викликали найбільший інтерес у учасників, або для проведення додаткових вправ.

22. Індивідуальні консультації в межах яких учасники програми матимуть можливість обговорити свої особисті проблеми та отримати індивідуальний план психокорекції.

23. Випускний день. Цей день присвячений випуску учасників програми та збору їхніх відгуків про програму. Учасники програми також обговорюватимуть свої плани на майбутнє та отримують запрошення до групи підтримки.

24. Група підтримки. Цей день використовується для проведення зустрічі групи підтримки, де учасники програми можуть поділитися своїм досвідом та отримати підтримку один від одного.

Подібна програма може фінансуватися з бюджету Міністерства оборони, благодійних фондів або інших джерел.

Очікувані результати від програми: зменшення симптомів ПТСР та інших психічних розладів у військовослужбовців; покращення емоційного стану; підвищення рівня стресостійкості; розвиток навичок саморегуляції; покращення навичок спілкування; подолання стигматизації; покращення якості життя; соціальна адаптація.

### Висновки до розділу 3

За результатами проведених методик нами було виявлено, що:

- відзначено вплив бойового досвіду на розвиток ПТСР;
- стрес, пов'язаний з військовою службою, може призводити до розвитку «Дуже важкого астеничного стану» частіше, ніж у людей, які не мають досвіду бойових дій;
- результати порівняльного аналізу за методикою диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга підтвердили висновок про значний вплив бойового досвіду на розвиток депресивних станів;
- військовослужбовці мають значно вищі бали за всіма нейроповедінковими симптомами порівняно з контрольною групою. Найбільш вираженими симптомами при цьому є: апатія/інерція, проблеми з пам'яттю, головний біль розлади сну, дратівливість/агресія та проблеми з увагою. Це свідчить про те, що у військовослужбовців спостерігаються значні нейроповедінкові симптоми, що може бути пов'язано з їхнім досвідом бойових дій;
- у військовослужбовців спостерігається вищий рівень тривожності, ніж у громадян України, які не мають досвіду бойових дій.

Отримані результати дають можливість зробити висновок про існування особливостей в емоційній сфері військовослужбовців.

Нами були розглянуті основні принципи та методи психотерапії військовослужбовців після травмуючих подій з оцінкою їх ефективності. Одним із найефективніших методів психотерапії визнається ТФ-КПТ. Це підкріплюється результатами численних метааналітичних досліджень, що є підставою для включення методу до зарубіжних та вітчизняних клінічних рекомендацій. Також свою ефективність продемонстрували методи експозиційної терапії EMDR. Перспективним є подальше вивчення ДБТ.

Результати нечисленних нейровізуалізаційних досліджень демонструють значний вплив психотерапії на активність специфічних ділянок головного мозку. Актуальним є подальше впровадження методів нейровізуалізації з метою пошуку нейробіологічних корелятів ефективності інтервенцій, що використовуються.

На основі проведеного дослідження нами було розроблено програму корекції негативних емоційних станів військовослужбовців після повернення з зони бойових дій. Розроблена програма розрахована на 12 тижнів, з можливістю корекції тривалості залежно від індивідуальних потреб учасників. Програма складається з 24 групових занять по 2 години кожне, які проводяться 2 рази на тиждень. Також передбачені індивідуальні консультації з психологом. Очікувані результати від програми: зменшення симптомів ПТСР та інших психічних розладів у військовослужбовців; покращення емоційного стану; підвищення рівня стресостійкості; розвиток навичок саморегуляції; покращення навичок спілкування; подолання стигматизації; покращення якості життя; соціальна адаптація.

## ВИСНОВКИ

1. Проведено теоретичний огляд напрямків дослідження емоційної сфери особистості в психологічній науці. Виявлено значну кількість досліджень та підходів, між якими існують значні теоретичні розбіжності щодо природи та значення емоцій у житті. Описуючи емоції як механізм чи як фізіологічний стан, пов'язуючи їх із мотивами і потребами чи наділяючи оцінною природою, більшість теорій розробляють лише певні аспекти емоційного процесу, не відображаючи загальної картини. З цього зроблено висновок, що роль емоцій у розвитку особистості та їх вплив на її діяльність на даний момент недостатньо опрацьовані у сучасній науковій літературі. Щодо емоційної сфери особистості, то у науковій вона визначається як складне багатокomпонентне утворення, при цьому часто пропонуються різні варіанти її структурування. Зроблено висновок, що емоційна сфера особистості відіграє значну роль у контексті психічного здоров'я та розвитку індивіда.

Досліджено психологічні особливості військовослужбовців. Відзначено, що вони відіграють ключову роль у їхній здатності виконувати бойові завдання, зберігати життя та здоров'я, а також адаптуватися до екстремальних умов війни. Основними психологічними особливостями є наявність мотивації, вольові якості, стійка емоційна сфера, інтелектуальні та особистісні якості. Відзначено, що військова служба має суттєвий вплив на психологію військовослужбовців. Цей вплив може бути як позитивним, так і негативним. Але враховуючи умови війни, військова служба все ж чинить більш негативний вплив на психіку військовослужбовців. При цьому вплив психотравм, отриманих під час війни, може відчуватися військовослужбовцями протягом тривалого часу, навіть у мирний період.

2. Емпірично досліджено прояви негативних емоційних станів військовослужбовців, які повернулись з зони бойових дій. Виявлено, що після

повернення додому військовослужбовці стикаються з новими викликами. Їм потрібно адаптуватися до мирного життя, яке кардинально відрізняється від того, що вони пережили на війні. Це може призвести до нових стресових станів, таких як: складнощі з реінтеграцією в суспільство; проблеми з сім'єю та друзями; почуття провини; екзистенційна криза. Виявлено, що прояв негативних емоційних станів є серйозною проблемою, з якою стикаються військовослужбовці, які повернулися з зони бойових дій. Ці стани можуть мати серйозні наслідки для життя людини, як у короткостроковій, так і в довгостроковій перспективі.

3. Визначено та описано зміни в емоційній сфері військовослужбовців, що повернулися, а саме вираженість симптомів депресії та тривожності. Для цього учасники експерименту були поділені на 2 групи. Група 1 – досліджувані військовослужбовці частина з яких знаходилася на реабілітації у відділенні стрес асоційованих розладів в «Центрі психічного здоров'я та реабілітації ветеранів «Лісова Поляна» МОЗ України» частина приїхала у відпустку. Кількість респондентів даної групи склала 56 осіб у віці від 29 років до 50 із них 52 чоловіки і 4 жінки. Група 2 – контрольна група. До неї увійшли громадяни України, які знаходяться на території України і не мають досвіду бойових дій. Кількість 56 осіб у віці від 30 до 52 років із них 32 чоловіки і 24 жінки.

За результатами проведених методик нами було виявлено, що:

- відзначено вплив бойового досвіду на розвиток ПТСР;
- стрес, пов'язаний з військовою службою, може призводити до розвитку «Дуже важкого астеничного стану» частіше, ніж у людей, які не мають досвіду бойових дій;
- результати порівняльного аналізу за методикою диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга підтвердили висновок про значний вплив бойового досвіду на розвиток депресивних станів;

- військовослужбовці мають значно вищі бали за всіма нейроповедінковими симптомами порівняно з контрольною групою. Найбільш вираженими симптомами при цьому є: апатія/інерція, проблеми з пам'яттю, головний біль розлади сну, дратівливість/агресія та проблеми з увагою. Це свідчить про те, що у військовослужбовців спостерігаються значні нейроповедінкові симптоми, що може бути пов'язано з їхнім досвідом бойових дій;

- у військовослужбовців спостерігається вищий рівень тривожності, ніж у громадян України, які не мають досвіду бойових дій .

Отримані результати дають можливість зробити висновок про існування особливостей в емоційній сфері військовослужбовців.

4. Розроблено практичні рекомендації з корекції негативних емоційних станів військовослужбовців після повернення з зони бойових дій на основі аналізу існуючих підходів до психологічної реабілітації військовослужбовців після травмуючих подій. Спершу нами були розглянуті основні принципи та методи психотерапії військовослужбовців після травмуючих подій з оцінкою їх ефективності. Одним із найефективніших методів психотерапії визнається ТФ-КПТ. Це підкріплюється результатами численних метааналітичних досліджень, що є підставою для включення методу до зарубіжних та вітчизняних клінічних рекомендацій. Також свою ефективність продемонстрували методи експозиційної терапії EMDR. Перспективним є подальше вивчення ДБТ. Результати нечисленних нейровізуалізаційних досліджень демонструють значний вплив психотерапії на активність специфічних ділянок головного мозку. Актуальним є подальше впровадження методів нейровізуалізації з метою пошуку нейробіологічних корелятив ефективності інтервенцій, що використовуються.

На основі проведеного дослідження нами було розроблено програму корекції негативних емоційних станів військовослужбовців після повернення з

зони бойових дій. Розроблена програма розрахована на 12 тижнів, з можливістю корекції тривалості залежно від індивідуальних потреб учасників. Програма складається з 24 групових занять по 2 години кожне, які проводяться 2 рази на тиждень. Також передбачені індивідуальні консультації з психологом. Очікувані результати від програми: зменшення симптомів ПТСР та інших психічних розладів у військовослужбовців; покращення емоційного стану; підвищення рівня стресостійкості; розвиток навичок саморегуляції; покращення навичок спілкування; подолання стигматизації; покращення якості життя; соціальна адаптація.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алещенко В. І. Посттравматичний стрес військовослужбовців – учасників бойових дій: психологічний аналіз. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Військово-спеціальні науки*. 2015. Вип. 1. С. 5-10.
2. Блінов О.А. Психологічні особливості прояву бойового стресу військовослужбовців – учасників бойових дій. *Матеріали наукового семінару «Шляхи трансформації системи морально-психологічного забезпечення у Збройних силах України»*, 27 листопада 2019 року. Київ: НУОУ, 2019. С. 21-23.
3. Блінов О.А., Вернік О.Л. Встановлення проявів ознак посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців. *Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи: матеріали IV Міжнародної науково-практичної конференції «Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи»*. Київ: КНУ імені Тараса Шевченка, 2019. С. 33-35.
4. Вишпольська А.О. Гендерні особливості прояву емоційної сфери людини. Політ. Сучасні проблеми науки. Гуманітарні науки: тези доповідей XIX Міжнародної науково-практичної конференції молодих учених і студентів. Т. 1 (м. Київ, 1-5 квітня 2019 р.); Національний авіаційний університет. Київ: НАУ, 2019. С. 278-280
5. Гаврилькевич В., Фірстова О. Емоційні стани особистості: теоретичне дослідження феномену. *Psychology Travelogs*, 2023. Вип. 2, С. 41–50. <https://doi.org/10.31891/PT-2023-2-15>
6. Гаркуша І.В. Особливості емоційної сфери особистості після переживання екстремальної ситуації. *European vector of contemporary*. 2019. № 1 (17). С. 61 – 68.



7. Герман Л. В. Основні стресові реакції людини в умовах війни. Збірник тез всеукраїнського міжвідомчого психоло-гічного форуму, 2022. № 139. С. 139–141.2. Євченко І. М. Емоційний стан українців під час російсько–української війни. Психологічні виміри особистісної взаємодії суб’єктів освітнього простору в контексті гуманістичної парадигми. 2022. С. 45–49.
8. Горбачук Ю. Аналіз психологічних станів військовослужбовців, що повернулися із зони АТО. Актуальні проблеми особистісного зростання: Збірник наукових праць / Ред. Л.П.Журавльова, Л.О.Котлова, К.А.Марчук. – Житомир, Вид-во ЖДУ імені Івана Франка, 2019. С. 40-42
9. Гоцуляк Н. Психологічний аналіз емоційно-вольової сфери бійцівучасників операції Об’єднаних сил. Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія : Психологічні науки. 2019. № 2. С. 81-93
- 10.Гуд Г.О. Емоційна сфера особистості: теоретико- методологічний аспект дослідження. Актуальні проблеми психології : зб. наук. праць Ін-ту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. 2018. Т. 14. Вип. 1. С. 84-94
- 11.Денисенко М.М., Лакінський Р.В., Шестопалова Л.Ф., Лінський І.В. Основні клінічні варіанти постстресових розладів у комбатантів. Український вісник психоневрології. 2018. Т. 26. № 2 (95). С. 50–55
- 12.Дмитріюк Н. С. Вплив емоцій на формування та становлення особистості. Проблеми сучасної психології. 2018. №8. С. 261–271.
- 13.Дубчак О. Особливості емоційних станів військовослужбовців нового призову у період адаптації. Вісник Національного авіаційного університету. Педагогіка. Психологія: зб. наук. пр. Київ: Національний авіаційний університет, 2019. Вип. 2(15). С. 118-123.
- 14.Дьоміна Г. А. Теоретичний погляд на особливості саморегуляції емоцій / Г. А. Дьоміна // Modern methods for the development of science : Abstracts of I

- International Scientific and Practical Conference, Haifa, Israel. January 09 - 11, 2023. - Israel, Haifa : European Conference, 2023. - Pp. 337-338.
15. Кічук А.В. До характеристики емоційних ознак психологічного здоров'я особистості. *Science Progress in European Countries: new concept and modern solutions*. 2018. С. 275 – 279
16. Кобелева А.В. Проблема функціонування емоційної сфери особистості в контексті психофізіологічного підходу. Теоретико-методологічні проблеми практичної психології та її перспектив розвитку: Збірник доповідей Всеукраїнської студентської науковопрактичної конференції, присвяченої 125- річчю з Дня народження Гордона Олпорта. Кропивницький, 2022. С. 96-98.
17. Кокун О.М. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій: Методичний посібник. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2015. 170 с.
18. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В. Психологічна робота з військовослужбовцями - учасниками АТО на етапі відновлення: Методичний посібник. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с.
19. Лазуренко О. О. Проблема емоційності в психології. Проблеми загальної та педагогічної психології: Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України. Київ, 2014. – Т. VI, вип. 4. С. 170–176.
20. Максименко С. Д. Особистість у розвитку: психологічна теорія і практика. монографія. Суми: Вид-во Сум.ДПУ імені А. С. Макаренка, 2015. 430 с.
21. Методика диференціальної діагностики депресивних станів (адаптація Т. І. Балашової). URL: <https://studfile.net/preview/7278969/page:7/>
22. Москвін, І. О., Поліщук, Л. М., Устянська, О. В. Особливості Функціонування психоемоційних процесів людини під час надзвичайних ситуацій у воєнний час. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. Психологія, 2023. Вип. 4, С. 29-34. <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2023.4.6>

23. Оцінка рівня ситуативної (реактивної) тривожності (Тест Спілбергера-Ханіна). URL: [https://www.lnu.edu.ua/life-safety/wp-content/uploads/2019/09/OZDSH\\_PR-4-2019.pdf](https://www.lnu.edu.ua/life-safety/wp-content/uploads/2019/09/OZDSH_PR-4-2019.pdf)
24. Платинюк О.Б. Діагностика, корекція та профілактика непсихотичних психічних розладів в учасників бойових дій, які отримали поранення : дис. ... д-ра філ.н. Харків, 2021. С. 158.
25. Сивогракова З. А., Алексеєнко Н. В. Психологія емоцій. Регуляція емоцій : практикум з дисципліни "Психологія" / укладачі ; кафедра філософії та соціології. Харків : УкрДУЗТ, 2017. 42 с.
26. Синявський В. В., Сергеєнкова О. П. Психологічний словник / за ред. Н. А. Побірченко. Київ : Науковий світ, 2007. 336 с.
27. Ступнік Д. А. Особливості емоційної сфери військовослужбовців після демобілізації із зони бойових дій
28. Тест-опитувальник для діагностики астенії. Шкала астеничного стану Л. Д. Малкова. URL: [https://www.academia.edu/37787046/%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%B4%D1%96%D0%B0%D0%B3%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B0\\_%D1%83%D1%87%D0%B0%D1%81%D0%BD%D0%B8%D0%BA%D1%96%D0%B2\\_%D0%B1%D0%BE%D0%B9%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D1%85\\_%D0%B4%D1%96%D0%B9](https://www.academia.edu/37787046/%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%B4%D1%96%D0%B0%D0%B3%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B0_%D1%83%D1%87%D0%B0%D1%81%D0%BD%D0%B8%D0%BA%D1%96%D0%B2_%D0%B1%D0%BE%D0%B9%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D1%85_%D0%B4%D1%96%D0%B9)
29. Ткач В. Г. Соціально-психологічні особливості військовослужбовців в умовах перебування в зоні операцій Об'єднаних сил : кваліфікаційна робота магістра спеціальності 053 «Психологія» / наук. керівник Г. О. Горбань. Запоріжжя : ЗНУ, 2020. 104 с.
30. Толмачевська В. О. , Самара О. Є. Періодизація в дослідженні емоцій. Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology, 2020. Вип. 8 (89) С. 56-57.

31. Чабан О.С., Хаустова О.О., Омелянович В.Ю. Психічні розлади воєнного часу. Київ : «Видавничий дім Медкнига», 2023. 232 с.
32. Armenta R.F., Rush T., LeardMann C. A. et al. Factors associated with persistent posttraumatic stress disorder among U.S. military service members and veterans. *BMC Psychiatry*. 2018. Vol. 18. No. 1. P. 48. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1590-5>
33. Bisson J.I., van Gelderen M., Roberts N.P., Lewis C. Non-pharmacological and non-psychological approaches to the treatment of PTSD: results of a systematic review and meta-analyses // *Eur J Psychotraumatol*. 2020. Vol. 11. № 1. P. 1795361. DOI: 10.1080/20008198.2020.1795361
34. Cicerone K. D. Base of Neurobehavioral Symptom Inventory (NSI) [Text] / K. D. Cicerone // *J. of Head Trauma Rehabilitation*. – 1995. – № 10 (3). – P. 1–17.
35. Chen L., Zhang G., Hu M., Liang X. Eye movement desensitization and reprocessing versus cognitive-behavioral therapy for adult posttraumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis // *J Nerv Ment Dis*. 2015. Vol. 203 № 6. P. 443–451. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000306
36. Copeland L.A., Finley E.P., Rubin M.L. et al. Emergence of probable PTSD among U.S. veterans over the military-to-civilian transition. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2023. Vol. 15. No. 4. P. 697–704. DOI: <https://doi.org/10.1037/tra00013293>.
37. Foa E.B., Hembree E., Rothbaum B., Rauch S. *Prolonged Exposure Therapy for PTSD: Emotional Processing of Traumatic Experiences*, 2019. Oxford University Press, 2019. 146 p. DOI: 10.1093/med-psych/9780190926939.001.0001.
38. Heo S., Park J.H. Effects of Virtual Reality-Based Graded Exposure Therapy on PTSD Symptoms: A Systematic Review and Meta-Analysis // *Int J Environ Res Public Health*. 2022. Vol. 19. № 23. P. 15911. DOI: 10.3390/ijerph192315911
39. Hudays A., Gallagher R., Hazazi A., Arishi A., Bahari G. Eye Movement Desensitization and Reprocessing versus Cognitive Behavior Therapy for Treating

- Post-Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis // *Int J Environ Res Public Health*. 2022. Vol. 19. № 24. P. 16836. DOI:10.3390/ijerph192416836
40. Knowles K.A., Sripada R.K., Defever M. et al. Comorbid mood and anxiety disorders and severity of posttraumatic stress disorder symptoms in treatment-seeking veterans. *Psychological Trauma*. 2019. Vol. 11. No. 4. P. 451–458. DOI: <https://doi.org/10.1037/tra0000383>
41. Lely J.C.G., Smid G.E., Jongedijk R.A., Knipscheer J., Kleber R.J. The effectiveness of narrative exposure therapy: a review, meta-analysis and meta-regression analysis // *Eur J Psychotraumatol*. 2019. Vol. 10. № 1. P. 1550344. DOI: 10.1080/20008198.2018.1550344
42. Meyer E.C., La Bash H., DeBeer B.B. et al. Psychological inflexibility predicts PTSD symptom severity in war veterans after accounting for established PTSD risk factors and personality. *Psychological Trauma*. 2019. Vol. 11. No. 4. P. 383–390. DOI: <https://doi.org/10.1037/tra0000358>
43. Nassif T.H., Start A.R., Toblin R.L., Adler A.B. Self-reported mindfulness and soldier health following a combat deployment. *Psychological Trauma*. 2019. Vol. 11. No. 4. P. 466–474. DOI: <https://doi.org/10.1037/tra0000413>
44. Nissen L.R., Karstoft K-I., Vedtofte M.S. et al. Cognitive ability and risk of post-traumatic stress disorder after military deployment: an observational cohort study. *BJPsych Open*. 2017. Vol. 3. No. 6. P. 274–280. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjpo.bp.117.005736>
45. NSI. Шкала нейроповедінкових симптомів. URL: <https://gmka.org/uk/kontuziya-algorytm-likuvannya-legkoyi-cherepno-mozkovoyi-travmy/>
46. Park M.J., Kim D.J., Lee U., Na E.J., Jeon H.J. A Literature Overview of Virtual Reality (VR) in Treatment of Psychiatric Disorders: Recent Advances and

- Limitations // Front Psychiatry. 2019. Vol. 10. P. 505.  
DOI:10.3389/fpsy.2019.00505
- 47.PCL – шкала самооцінки наявності ПТСР. URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/8>
- 48.PTSD: National Center for PTSD 2021. URL: [https://www.ptsd.va.gov/understand/common/common\\_veterans.asp](https://www.ptsd.va.gov/understand/common/common_veterans.asp)
- 49.Resick P., Wachen J., Dondanville K., Pruiksma K., Yarvis J., Peterson A., YoungMcCaughan S. Effect of group vs individual cognitive processing therapy in active-duty military seeking treatment for posttraumatic stress disorder: A randomized clinical trial // JAMA Psychiatry. 2017. Vol. 74. № 1. P. 28<sup>3</sup>/436. DOI: 10.1037//0022-006x.70.4.867
- 50.Sija J van der Wal, Vermetten E., Elbert G. Long-term development of post-traumatic stress symptoms and associated risk factors in military service members deployed to Afghanistan: Results from the PRISMO 10-year follow-up. Eur Psychiatry. 2020. Vol. 64. No. 1:e10. DOI: <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.113>
- 51.Sørensen H.J., Andersen S.B., Karstoft K-I., Madsen T. The influence of pre-deployment cognitive ability on post-traumatic stress disorder symptoms and trajectories:The Danish USPER follow – up study of Afghanistan veterans. Journal Affect Disord. 2016. Vol. 196. P. 148–153. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.02.037>
- 52.Van Loenen I., Scholten W., Muntingh A., Smit J., Batelaan N. The Effectiveness of Virtual Reality Exposure-Based Cognitive Behavioral Therapy for Severe Anxiety Disorders, Obsessive-Compulsive Disorder, and posttraumatic stress disorder: Meta-analysis // J Med Internet Res. 2022. Vol. 24 № 2. P. e26736. DOI: 10.2196/26736
- 53.Walter K.H., Levine J.A., High • ll- McRoy R.M., Navarro M. et all. Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder and Psychological Comorbidities Among U.S.

- Active Duty Service Members, 2006-2013. *Journal Trauma Stress*. 2018. Vol. 31. No. 6. P. 837–844 . DOI: <https://doi.org/10.1002/jts.22337>
- 54.Zang Y., Hunt N., Cox T. A randomised controlled pilot study: The effectiveness of narrative exposure therapy with adult survivors of the Sichuan earthquake // *BMC Psychiatry*. 2013. Vol. 13. № 1. P. 10<sup>3</sup>/422. DOI: 10.1186/1471–244X–13–41
- 55.Zotev V., Phillips R., Misaki M., Wong C.K., Wurfel B.E., Krueger F., et al. Real–time fMRI neurofeedback training of the amygdala activity with simultaneous EEG in veterans with combat–related PTSD // *Neuroimage Clin*. 2018. Vol. 19. P. 106. DOI: 10.1016/j.nicl.2018.04.010

## ДОДАТКИ

## Додаток А

**Опитувальник нейроповедінкових симптомів (Neurobehavioral symptom inventory, NSI). NSI, розроблена Cicerone K.D. та Kalmar K.**

Інструкція: Уважно читайте твердження і обирайте варіант відповіді від 0 до 4, який відповідає вашому стану протягом останніх двох тижнів.

	Шкали	Немає такого	Інколи, рідко	Помірно	Часто	Дуже часто
1	Відчуття запаморочення	0	1	2	3	4
2	Втрата рівноваги	0	1	2	3	4
3	Погана координація рухів, незграбність	0	1	2	3	4
4	Головні болі	0	1	2	3	4
5	Нудота	0	1	2	3	4
6	Проблеми із зором, розмитість	0	1	2	3	4
7	Висока чутливість до світла	0	1	2	3	4
8	Утруднення слуху	0	1	2	3	4
9	Висока чутливість до шуму	0	1	2	3	4
10	Оніміння чи поколювання в тілі	0	1	2	3	4
11	Зміни смаку чи/та нюху	0	1	2	3	4
12	Втрата або підвищення апетиту	0	1	2	3	4
13	Погана концентрація уваги, легко відволікаюся	0	1	2	3	4



14	Забудькуватість, не можу згадати певні речі	0	1	2	3	4
15	Труднощі у прийнятті рішень	0	1	2	3	4
16	Уповільнення думок, утруднення самоорганізованості, неможливість довести справу до кінця	0	1	2	3	4
17	Втома, зниження енергійності, швидка Втомлюваність	0	1	2	3	4
18	Труднощі із засинанням або легко прокидаюся	0	1	2	3	4
19	Відчуття тривоги та напруженості					
20	Відчуття депресії чи пригніченості	0	1	2	3	4
21	Дратівливість, легко вивести із себе	0	1	2	3	4
22	Відчуваю, що легко розчаровуюсь через дрібниці	0	1	2	3	4

Досліджуваний має оцінити кожне твердження по 5-бальній шкалі де [45]:

0 – немає/не турбує взагалі;

1 – інколи турбує або рідко;

2 – турбує помірно;

3 – часто турбує;

4 – турбує дуже часто, майже завжди присутнє, і через це я не можу працювати на роботі, в університеті чи вдома).

Більший бал означає більш негативний вплив симптому на функціонування. Результати NSI оцінюються за шкалою від 0 до 36, де вищі бали свідчать про більш тяжкі симптоми.

## Додаток Б

### Шкала PCL-5 (Перелік симптомів ПТСР)

Переклад та адаптація: Хаустова О.О., Трачук Л.Є., Безшейко В.Г.

Далі будуть перераховані проблеми з якими інколи стикаються люди, що пережили сильну стресову подію: будь ласка, тримаючи у голові найгіршу подію, уважно прочитайте проблеми та відмітьте наскільки вони вас турбували протягом останнього місяця.

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

№	Протягом останнього місяця, як сильно вас турбували	Зовсім ні	Трохи	Помірно	Відчутно	Дуже
	утруднене дихання, потіння)?					
6	Уникання спогадів, думок або почуттів, пов'язаних із стресовим досвідом?	0	1	2	3	4
7	Уникання зовнішніх стимулів (людей, предметів, місць...), які нагадують про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
8	Проблеми згадування важливих моментів стресового досвіду?	0	1	2	3	4
9	Сильні негативні переконання про себе, інших людей або навколишній світ (наприклад, «я поганий», «зі мною щось дуже не так», «нікому не можна довіряти», «світ – небезпечне місце»)?	0	1	2	3	4
10	Самозвинувачення або звинувачення інших на рахунок стресового досвіду, або того, що сталося після нього?	0	1	2	3	4
11	Сильні негативні емоції, такі як страх, жах, злість, почуття провини або сором?	0	1	2	3	4
12	Втрата інтересу до тієї активності (діяльності), яка раніше приносила задоволення?	0	1	2	3	4
13	Відчуття віддаленості або відокремленості від інших?	0	1	2	3	4

№	Протягом останнього місяця, як сильно вас турбували	Зовсім ні	Трохи	Помірно	Відчутно	Дуже
14	Проблеми у переживанні позитивних емоцій (наприклад, незмога у відчутті радості або любові по відношенні до близької людини)	0	1	2	3	4
15	Роздратування, спалахи гніву, агресивна поведінка?	0	1	2	3	4
16	Те, що ви дуже ризикуєте або робите речі, які можуть зашкодити?	0	1	2	3	4
17	Бути «на взводі» або «на сторожі»?	0	1	2	3	4
18	Відчуття постійної напруги?	0	1	2	3	4
19	Труднощі із зосередженістю?	0	1	2	3	4
20	Проблеми із засинанням або нічні прокидання?	0	1	2	3	4

0-35 в межах норми

36-40 підвищені

41-50 високий

65-80 дуже високий

## Додаток В

### Шкала астенічного стану (Л. Д. Малкова, за адаптацією Т. Г. Чертова на основі ММРІ)

Шкала астенічного стану розроблена Л.Д. Малковою і адаптована Т.Г.

Чертовою на базі даних клініко-психологічних спостережень та опитувальника ММРІ. **Астенія** (астенічний стан, астенічний синдром) – патологічний стан, що виявляється підвищеною стомлюваністю і виснаженням з вкрай нестійким настроєм, ослабленням самовладання, нетерплячістю, непосидючістю, порушенням сну, втратою здатності до тривалого розумового і фізичного напруження, несприйманням гучних звуків, яскравого світла, різких запахів.

**Інструкція:** «Уважно прочитайте кожну пропозицію і, оцінивши її стосовно Вашого стану в даний момент, відзначте один з чотирьох варіантів відповідей правої частини бланка»

№	Питання	Невірно	Мабутьтак	Вірно	Цілком вірно
1	Я працюю з великим напруженням	1	2	3	4
2	Мені важко зосередитися на чому-небудь	1	2	3	4
3	Моє статеве життя не задовольняє мене	1	2	3	4
4	Очікування нервує мене	1	2	3	4
5	Я відчуваю слабкість в м'язах	1	2	3	4
6	Мені не хочеться ходити в кіно чи в театр	1	2	3	4
7	Я забудькуватий	1	2	3	4
8	Я відчуваю себе втомленим	1	2	3	4
9	Мої очі втомлюються при тривалому читанні	1	2	3	4
10	Мої руки тремтять	1	2	3	4

11	У мене поганий апетит	1	2	3	4
12	Мені важко бути на вечірці або в галасливій компанії	1	2	3	4
13	Я вже не так добре розумію прочитане	1	2	3	4
14	Мої руки і ноги холодні	1	2	3	4
15	Мене легко зачепити	1	2	3	4
16	У мене болить голова	1	2	3	4
17	Я прокидаюся вранці втомленим і не відпочившим	1	2	3	4
18	У мене бувають запаморочення	1	2	3	4
19	У мене бувають посмикування м'язів	1	2	3	4
20	У мене шумить у вухах	1	2	3	4
21	Мене турбують питання статевого життя	1	2	3	4
22	Я відчуваю тяжкість в голові	1	2	3	4
23	Я відчуваю загальну слабкість	1	2	3	4
24	Я відчуваю біль у тім'яній частині голови	1	2	3	4
25	Життя для мене пов'язане з напруженням	1	2	3	4
26	Моя голова ніби стягнута обручем	1	2	3	4
27	Я легко прокидаюся від шуму	1	2	3	4
28	Мене втомлюють люди	1	2	3	4
29	Коли я хвилююся, то покриваюся потом	1	2	3	4
30	Мені не дають заснути неспокійні думки	1	2	3	4

### Обробка результатів:

Після заповнення тестового бланку проводиться підрахунок шляхом підсумовування набраних балів. Діапазон варіює від 30 до 120 балів.

30 – 50 балів астенія відсутня

51 – 75 балів слабка астенія

76 – 100 балів помірна астенія

## Додаток Г

**Методика диференціальної діагностики депресивних станів В.  
Зунга (адаптація Т.І. Балашової)(Шкала зниженого настрою -  
субдепресії (ШЗНС))**

Опитувальник розроблений для диференціальної діагностики депресивних станів і станів, близьких до депресії (ступінь вираженості зниженого настрою – субдепресії).

***Інструкція:** “Прочитайте уважно кожне з наведених нижче тверджень і закресліть відповідну цифру праворуч залежно від того, як ви себе відчуваєте останнім часом. Над твердженнями довго не замислюйтесь, оскільки правильних або неправильних відповідей немає. Варіанти відповіді:*

- - ніколи або інколи;
- - іноді;
- - часто;
- - майже завжди або постійно.

№	Твердження	Ніколи або інколи	Іноді	Част о	Майже завжди або постійн о
1	Я відчуваю пригніченість, тугу.	1	2	3	4
2	Вранці я відчуваю себе найкраще.	1	2	3	4
3	У мене бувають періоди, коли я плачу, або на очі навертаються сльози.	1	2	3	4
4	У мене поганий нічний сон.	1	2	3	4
5	Апетит у мене не гірше звичайного.	1	2	3	4

6	Мені приємно дивитись на привабливих жінок/чоловіків, спілкуватися з ними, знаходитись поруч.	1	2	3	4
7	Я помічаю, що втрачаю вагу.	1	2	3	4
8	Мене турбують закрепи.	1	2	3	4
9	Серце б'ється швидше, ніж зазвичай.	1	2	3	4
10	Я втомлююся без будь-яких причин	1	2	3	4
11	Я мислю так само ясно, як завжди.	1	2	3	4
12	Мені легко виконувати те, що явмію.	1	2	3	4
13	Відчуваю неспокій і не можу всидіти на місці.	1	2	3	4
14	У мене є надії на майбутнє.	1	2	3	4
15	Я більш дратівливий, ніж раніше.	1	2	3	4
16	Мені легко приймати рішення.	1	2	3	4
17	Я відчуваю, що корисний і потрібний людям.	1	2	3	4
18	Я живу досить повним життям.	1	2	3	4
19	Я відчуваю, що іншим людям стане краще, якщо я помру.	1	2	3	4
20	Я і досі радію від того, від чого радів завжди.	1	2	3	4



## Обробка та інтерпретація результатів

Сирі бали, набрані респондентом за “прямими” і “зворотними” відповідями, підсумовуються, і отримана таким чином “сиря” оцінка переводиться в шкальну  $O'$  за формулою:

$$O' = \frac{\Sigma_{\text{пр}} + \Sigma_{\text{зв}}}{80} \times 100$$

де  $\Sigma_{\text{пр}}$  – сума закреслених цифр до *прямих* тверджень (номери: 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19);

$\Sigma_{\text{зв}}$  – сума закреслених цифр до *зворотних* тверджень (номери: 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20).

Наприклад: у твердження номер 2 закреслена цифра 1 – ми ставимо в суму 4 бали; у твердження номер 5 закреслено відповідь 2 – ми ставимо в суму 3 бали; у твердження номер 6 закреслено відповідь 3 – ставимо в суму 2 бали; у твердження номер 11 закреслено відповідь 4 – ставимо в суму 1 бал і т. д.

Таблиця оцінки прямих і зворотних тверджень

Твердження	Оцінка тверджень (бали)			
	1	2	3	4
Прямі: 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19	1	2	3	4
Зворотні: 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20	4	3	2	1

Нормативні дані, отримані на 200 здорових респондентах, вказують, що середня величина індексу зниження настрою дорівнює  $40,25 \pm 5,99$  бала. Весь обсяг шкальних оцінок поділяється на чотири діапазони:

діапазон 1 – нижче 50 балів – особи, які не мають в момент дослідження зниженого настрою,

діапазон 2 – від 51 до 59 балів – незначне, але чітко виражене зниження настрою,

діапазон 3 – від 60 до 69 балів – значне зниження настрою,

діапазон 4 – вище 70 балів – глибоке зниження настрою (субдепресія або депресія).

Таким чином, результати кожного респондента відповідають одному з чотирьох діапазонів зниження настрою.

## Додаток Г

**Шкала тривоги Спілбергера-Ханіна (State-Trait Anxiety Inventory - STAI)**

Методика є інформативним способом самооцінки рівня тривожності у даний момент (реактивна тривожність, як стан) і особистісної тривожності (як стійка характеристика людини). Розроблена Ч. Д. Спілбергером і адаптована Ю. Л. Ханіним.

Така інформація буде корисною і для оцінки реакції особистості на хворобу і майбутнє лікування, і для визначення вираженості тривожності як стійкої особистісної риси, допоможе визначитися з методами психотерапії.

**А. Шкала самооцінки реактивної тривожності****Інструкція**

Прочитайте уважно кожне з приведених нижче тверджень і закресліть відповідну цифру праворуч від кожного з тверджень залежно від того, як Ви себе почуваєте в даний момент. Над твердженнями довго не замислюйтесь, оскільки правильних чи неправильних варіантів відповідей немає.

№ з/п	Твердження	Варіанти відповідей			
		Ні, це не так	Мабуть, так	Вірно	Цілком вірно
1.	Я спокійний	1	2	3	4
2.	Мені ніщо не загрожує	1	2	3	4
3.	Я знаходжуся в стані напруги	1	2	3	4
4.	Я відчуваю жаль	1	2	3	4
5.	Я почуваю себе вільно	1	2	3	4
6.	Я засмучений	1	2	3	4
7.	Мене хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4
8.	Я відчуваю себе відпочилим	1	2	3	4

9.	Я собою не вдоволений	1	2	3	4
10.	Я відчуваю внутрішнє задоволення	1	2	3	4
11.	Я впевнений у собі	1	2	3	4
12.	Я нервую	1	2	3	4
13.	Я не знаходжу собі місця	1	2	3	4
14.	Я напружений	1	2	3	4
15.	Я не почуваю скутості, напруженості	1	2	3	4
16.	Я задоволений	1	2	3	4
17.	Я занепокоєний	1	2	3	4
18.	Я занадто збуджений і мені не по собі	1	2	3	4
19.	Мені радісно	1	2	3	4
20.	Мені приємно	1	2	3	4

## Б. Шкала самооцінки особистісної тривожності

### Інструкція

Прочитайте уважно кожне з приведених нижче тверджень і закресліть відповідну цифру праворуч від кожного з тверджень залежно від того, як Ви себе відчуваєте звичайно. Над твердженнями довго не замислюйтеся, оскільки правильних чи неправильних варіантів відповідей немає.

№ з/п	Твердження	Варіанти відповідей			
		Ні, це не так	Мабуть, так	Вірно	Цілком вірно
21.	Я відчуваю задоволення	1	2	3	4
22.	Я дуже швидко втомлююся	1	2	3	4
23.	Я легко можу заплакати	1	2	3	4
24.	Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші	1	2	3	4

25.	Я програю від того, що недостатньо швидко приймаю рішення	1	2	3	4
26.	Звичайно я почуваю себе бадьорим	1	2	3	4
27.	Я спокійний, холонокровний і зібраний	1	2	3	4
28.	Очікувані труднощі звичайно дуже тривожать мене	1	2	3	4
29.	Я занадто переживаю через дрібниці	1	2	3	4
30.	Я цілком щасливий	1	2	3	4
31.	Я приймаю все занадто близько до серця	1	2	3	4
32.	Мені не вистачає впевненості в собі	1	2	3	4
33.	Звичайно я почуваю себе в безпеці	1	2	3	4
34.	Я намагаюся уникати критичних ситуацій і труднощів	1	2	3	4
35.	У мене буває хандра	1	2	3	4
36.	Я задоволений	1	2	3	4
37.	Усякі дрібниці відволікають і хвилюють мене	1	2	3	4
38.	Я так сильно переживаю свої розчарування, що потім довго не можу про них забути	1	2	3	4
39.	Я врівноважена людина	1	2	3	4
40.	Мене охоплює сильне занепокоєння, коли я думаю про свої справи і турботи	1	2	3	4

### **Обробка результатів**

Показники реактивної тривожності (РТ) та особистісної тривожності (ОТ) підраховуються окремо за формулами:

$$1. РТ = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 50,$$

де  $\Sigma 1$  – сума закреслених на бланку цифр за пунктами шкали 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18;

$\Sigma 2$  – сума інших закреслених цифр (пункти 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20).

$$2. ОТ = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 35,$$

де  $\Sigma 1$  – сума закреслених цифр на бланку за пунктами шкали 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40;

$\Sigma 2$  – сума інших цифр за пунктами 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39.

### **Інтерпретація результатів**

Для інтерпретації результатів використовуються такі орієнтовані оцінки:

0-30 балів – низький рівень тривожності;

31-45 балів – помірний рівень тривожності;

вище 45 балів – високий рівень тривожності.

**Орієнтовний план програми корекції негативних емоційних станів  
військовослужбовців після повернення з зони бойових дій**

№	Тема	Методи	Приклади вправ
1	Вступ до програми	- Знайомство учасників - Огляд програми - Визначення цілей і очікувань	- Вправа "Коло знайомств" - Обговорення програми та її структури - Вправа "Очікування та побоювання"
2	ПТСР та інші психічні розлади	- Лекція про ПТСР - Обговорення симптомів ПТСР - Інформація про інші психічні розлади, які можуть виникати у військовослужбовців	- Вправа "ПТСР: міфи та факти" - Обговорення симптомів ПТСР на основі особистого досвіду - Інформація про інші психічні розлади, такі як тривожний розлад, депресія
3	Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ)	- Лекція про принципи КПТ - Ідентифікація негативних думок - Оцінка реальності негативних думок	- Вправа "Виявлення негативних думок" - Вправа "Оцінка реальності думок" - Обговорення впливу негативних думок на емоції та поведінку
4	Переформулювання негативних думок	- Техніки переформулювання негативних думок - Навчання навичкам дискусії з негативними думками	- Вправа "Переформулювання негативних думок" - Рольова гра "Дискусія з негативними думками" - Обговорення складнощів переформулювання негативних думок
5	Навчання навичкам релаксації	- Техніки глибокого дихання - Медитація – Йога	- Вправа "Глибоке дихання" - Медитативна практика - Вправа "Йога для релаксації"
6	Експозиційна терапія	- Лекція про принципи експозиційної терапії - Уявна експозиція - Обговорення складнощів експозиційної терапії	- Вправа "Уявна експозиція" - Обговорення досвіду уявної експозиції - Розробка плану експозиційної терапії
7	Експозиційна терапія (продовження)	- Ін віво експозиція - Поступовий вплив на травмуючі стимули	- Вправа "Ін віво експозиція" (перегляд фото з місць, що пов'язані з травмою) - Обговорення досвіду ін віво експозиції - Корекція плану експозиційної терапії
8	Десенсибілізація та переробка рухових очей (EMDR)	- Лекція про принципи EMDR - Вправа EMDR (з психологом)	- Вправа EMDR (з психологом) - Обговорення досвіду ДППР - Визначення потреби в подальших сеансах EMDR
9	Психодинамічн	- Лекція про принципи	- Вправа "Вільне асоціювання"

	а терапія	психодинамічної терапії - Робота з несвідомими конфліктами та переживаннями	- Інтерпретація сновидінь - Обговорення зв'язку між несвідомими конфліктами та травмою
10	Сімейні аспекти ПТСР	- Вплив ПТСР на сім'ї військовослужбовців - Навчання навичкам спілкування в сім'ї - Робота з сімейними проблемами	- Обговорення впливу ПТСР на сім'ю - Вправа "Я-повідомлення" - Рольова гра "Спілкування з сім'єю про ПТСР"
11	Відновлення соціальних контактів	- Пошук соціальної підтримки - Робота з соціальними проблемами - Навчання навичкам спілкування	- Вправа "Соціальна карта" - Обговорення проблем соціальної адаптації - Рольова гра "Спілкування з оточуючими про ПТСР"
12	Професійна орієнтація	- Оцінка професійних навичок та інтересів - Пошук нових можливостей працевлаштування - Навчання навичкам складання резюме та проходження співбесіди	- Тестування на визначення професійних навичок та інтересів - Відвідування ярмарку вакансій - Вправа "Складання резюме"
13	Здоровий спосіб життя	- Значення здорового способу життя при ПТСР - Рекомендації щодо режиму дня, харчування та фізичних вправ - Вплив шкідливих звичок на психічне здоров'я	- Лекція про здоровий спосіб життя - Обговорення харчових звичок та режиму дня - Вправа "Мої шкідливі звички"
14	Духовний розвиток	- Роль духовності у подоланні травми - Різні духовні практики - Пошук сенсу життя	- Лекція про роль духовності у подоланні травми - Медитація - Обговорення сенсу життя
15	Творче самовираження	- Вплив творчості на психічне здоров'я - Різні види творчої діяльності - Навчання навичкам творчого самовираження	- Арт-терапія (малювання, ліплення) - Музична терапія - Вправа "Написання історії про свою травму"
16	Подолання стигматизації	- Розуміння стигматизації психічних розладів - Боротьба з негативними стереотипами - Навчання навичкам самопрезентації	- Лекція про стигматизацію психічних розладів - Обговорення особистого досвіду стигматизації - Рольова гра "Самопрезентація"
17	Підтримка та мотивація	- Важливість підтримки в подоланні травми - Мотивація до змін - Навчання навичкам самопідтримки	- Вправа "Група підтримки" - Обмін досвідом подолання травми - Вправа "Мотиваційний лист"



18	Профілактика рецидивів	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ідентифікація тригерів, які можуть призвести до погіршення стану</li> <li>- Розробка плану дій на випадок рецидиву</li> <li>- Навчання навичкам самопомоги</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Вправа "Виявлення тригерів"</li> <li>- Розробка плану дій на випадок рецидиву</li> <li>- Вправа "Навички самопомоги"</li> </ul>
19	Планування майбутнього	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Визначення цілей на майбутнє</li> <li>- Розробка плану їх досягнення</li> <li>- Пошук ресурсів для підтримки своїх планів</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Вправа "Мої цілі на майбутнє"</li> <li>- Складання плану дій для досягнення цілей</li> <li>- Обговорення ресурсів для підтримки своїх планів</li> </ul>
20	Підведення підсумків	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Обговорення результатів програми</li> <li>- Відгуки учасників</li> <li>- Рекомендації щодо подальшої роботи</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Вправа "Мої досягнення"</li> <li>- Обмін враженнями про програму</li> <li>- Обговорення планів на майбутнє</li> </ul>
21	Резервне заняття	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Цей день може бути використаний для додаткового обговорення тем, які викликали найбільший інтерес у учасників, або для проведення додаткових вправ.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Визначення тем, які потребують додаткового обговорення</li> <li>- Проведення додаткових вправ за запитом учасників</li> <li>- Підведення підсумків програми</li> </ul>
22	Індивідуальні консультації	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Цей день може бути використаний для проведення індивідуальних консультацій з психологом.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Зустрічі з психологом</li> <li>- Обговорення особистих проблем</li> <li>- Розробка індивідуального плану психокорекції</li> </ul>
23	Випускний день	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Вручення сертифікатів учасникам</li> <li>- Відгуки про програму</li> <li>- Подальші плани</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Вручення сертифікатів</li> <li>- Обмін враженнями про програму</li> <li>- Обговорення планів на майбутнє</li> <li>- Запрошення учасників до групи підтримки</li> </ul>
24	Група підтримки	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Цей день може бути використаний для проведення зустрічі групи підтримки, де учасники програми зможуть поділитися своїм досвідом та отримати підтримку один від одного.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Обмін досвідом подолання травми</li> <li>- Взаємопідтримка</li> <li>- Обговорення актуальних проблем</li> </ul>