

**Міністерство освіти і науки України**  
**Національний університет «Полтавська політехніка**  
**імені Юрія Кондратюка»**

Факультет філології, психології та педагогіки  
Кафедра психології та педагогіки

Рекомендовано до захисту  
«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2023 р.,  
протокол № \_\_\_\_\_  
Зав. кафедри \_\_\_\_\_  
(підпис)

**Кваліфікаційна робота**  
на здобуття другого (магістерського) рівня вищої освіти

**СПЕЦИФІКА МІЖСОБИСТІСНОЇ ВЗАЄМОДІЇ ПСИХОЛОГА**  
**З ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМИ**

(тема)

**Виконала:** студентка II курсу,  
групи 601-ФП  
денної форми навчання  
спеціальності 053 «Психологія»  
Малородна О. В.  
ОПП «Практична психологія»

**Керівник:** д. пед. н., проф. Тур О. М.

**Рецензент:** к. психол. н. Заїка В. М.

Захищено «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2024 р.

кількість балів: \_\_\_\_\_

значення оцінки \_\_\_\_\_

Голова Екзаменаційної комісії \_\_\_\_\_

(підпис)

\_\_\_\_\_ (прізвище та ініціали)

Полтава – 2024 року

## ЗМІСТ

<b>ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ</b>	4
<b>ВСТУП</b>	5
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ СПЕЦИФІКИ МІЖОСОБИСТІСНОЇ ВЗАЄМОДІЇ ПСИХОЛОГА З ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМИ</b>	9
1.1. Психологічна характеристика особистості військовослужбовців	9
1.2. Особливості прояву реактивних психологічних станів військовослужбовців	15
1.3. Специфіка міжособистісної взаємодії психолога з військовослужбовцями	23
<b>Висновки до першого розділу</b>	28
<b>РОЗДІЛ 2. МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ СПЕЦИФІКИ МІЖОСОБИСТІСНОЇ ВЗАЄМОДІЇ ПСИХОЛОГА З ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМИ, ЩО ЗНАХОДЯТЬСЯ В РЕАКТИВНИХ ПСИХОЛОГІЧНИХ СТАНАХ</b>	30
2.1. Організація емпіричного дослідження	30
2.2. Госпітальна шкала тривожності і депресії (HADS)	33
2.3. Шкала депресії А. Бека	34
2.4. Опитувальник посттравматичного стресового розладу (PCL-5)	34
2.5. Тест ситуативної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна	36
<b>Висновки до другого розділу</b>	37

<b>РОЗДІЛ 3. ХІД І РЕЗУЛЬТАТИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ СПЕЦИФІКИ МІЖОСОБИСТІСНОЇ ВЗАЄМОДІЇ ПСИХОЛОГА З ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМИ, ЩО ЗНАХОДЯТЬСЯ В РЕАКТИВНИХ ПСИХОЛОГІЧНИХ СТАНАХ</b>	<b>38</b>
3.1. Організація емпіричного дослідження	38
3.2. Характеристика проявів депресії та тривожності військовослужбовців	39
3.3. Аналіз особливостей ступеня прояву депресії у досліджуваних	40
3.4. Специфіка особливостей посттравматичного стресового розладу військових	43
3.5. Особливості прояву ситуативної та особистісної тривожності	47
3.6. Порівняння показників емоційної-вольової сфери досліджуваних в контрольній та експериментальній групах після другого констатувального зрізу	50
3.7. Алгоритм консультування військовослужбовців що знаходяться в реактивних психічних станах	65
<b>Висновки до третього розділу</b>	<b>73</b>
<b>ВИСНОВКИ</b>	<b>78</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b>	<b>84</b>
<b>ДОДАТКИ</b>	<b>92</b>

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ**

БПТ	Бойова психічна травма
ВВ	Ветеран війни
ВІЛ	Вірус імунодефіциту людини
ВНЗ	Вищий навчальний заклад
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ЗВО	Заклад вищої освіти
ЗСУ	Збройні сили України
МКХ – 10	Міжнародна класифікація хвороб 10 перегляду
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
ООН	Організація об'єднаних націй
ПАР	Психоактивні речовини
ПТСР	Посттравматичний стресовий розлад
УБД	Учасник бойових дій
ЦНС	Центральна нервова система
ШПОТ	Шкала реактивної і особистісної тривожності
BDI	Beck's Depression Inventory
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, fifth edition
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
PCL-5	PTSD Checklist for DSM-5
PTSD	Post Traumatic Stress Disorder
STAI	State-Trait Anxiety Inventory

## ВСТУП

Через широкомасштабне вторгнення військ РФ на територію України виникла необхідність провести загальну мобілізацію. До лав ЗСУ була мобілізована велика кількість чоловіків та жінок різного віку, професій та різним рівнем нервово-психічної стійкості. Внаслідок інтенсивних бойових дій більшість військовослужбовців зазнає вплив бойового стресу на їх психічний апарат, а це, у свою чергу, призводить до виникнення реактивних психічних станів, таких як гостра реакція на стрес та, як наслідок, розвиток посттравматичного стресового розладу. Масштаби мобілізації та очікувана кількість осіб, що потребуватимуть екстреної психологічної допомоги вимагає від практичного психолога вироблення алгоритму консультування військовослужбовців, що знаходяться в гострих психологічних станах.

Вивченням питань супроводу та реабілітації військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, займались: Н. Агаєв, О. Алієв, В. Алещенко, В. Заїка, Ю. Калагін, О. Кокун, В. Лебедев, Г. Ломакін, О. Лугова, Л. Певень, Є. Страшко, А. Чернов, В. Ягупов та ін. Ними визначено суттєві фактори, які впливають на розлади психоемоційної сфери учасників бойових дій, особливості прояву посттравматичного стресового розладу, методи та шляхи реабілітації та реадптації таких осіб.

**Актуальність** дослідження полягає в необхідності виявлення специфіки міжособистісної взаємодії психолога з військовослужбовцями, що знаходяться в реактивних психологічних станах.

**Мета дослідження** – вироблення алгоритму консультування військовослужбовців що знаходяться в реактивних психічних станах.

### **Завдання дослідження:**

1. Проаналізувати теоретичні підходи до розуміння особливостей міжособистісної взаємодії психолога з військовослужбовцями.
2. Теоретично обґрунтувати методичну процедуру дослідження впливу бойового стресу на емоційно-вольову сферу військовослужбовця, і

підібрати комплекс відповідних психодіагностичних методик.

3. За допомогою емпіричного дослідження виявити специфіку впливу бойового стресу на психіку військовослужбовця.

4. Виробити алгоритм консультування військовослужбовців, що знаходяться в реактивних психічних станах.

**Об'єктом дослідження** є емоційна вольова-сфера особистості військовослужбовців.

**Предмет дослідження:** особливості міжособистісної взаємодії психолога з військовослужбовцями, що знаходяться в реактивних психічних станах.

**Гіпотеза дослідження:** бойовий стрес впливає на емоційно-вольову сферу військовослужбовців. Відповідно вони часто знаходяться в реактивних психологічних станах та потребують специфічного ставлення та корекції емоційно-вольової сфери в процесі міжособистісної взаємодії психолога та військовослужбовця.

**Теоретико-методологічною основою дослідження** стали загальнотеоретичні положення наукової психології про сутність особистості, закономірності її становлення та розвитку (Л. Виготський, Л. Божович, О. Дусавицький, Г. Костюк, С. Максименко, В. Моргун, В. Рибалка, С. Рубінштейн, К. Седих, В. Татенко, Т. Яценко); принцип детермінації психічних явищ (С. Рубінштейн, Г. Костюк), принцип єдності свідомості і діяльності (С. Рубінштейн, О. Леонт'єв), гуманістичний підхід до особистості, її зростання та розвитку (Дж. Джендлін, С. Максименко, А. Маслоу, К. Роджерс, Е. Фром, В. Франкл).

**Методи дослідження.** Для розв'язання поставлених завдань, досягнення мети, перевірки гіпотези використано загальнонаукові методи теоретичного рівня (аналіз, синтез, порівняння, систематизація, узагальнення науково-теоретичних та емпіричних даних), методи емпіричного дослідження (соціометрія, анкетування, тестування) та методи статистичної обробки даних (t-критерій Стьюдента).

Для здійснення експериментального дослідження нами було використано

такі *тестові методики*, як: Госпітальна шкала тривожності і депресії (HADS), Шкала депресії А. Бека, Опитувальник посттравматичного стресового розладу (PCL-5), Опитувальник ситуативної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна.

**Емпірична база дослідження.** Дослідження виконувалось на базі військової частини А7044 м. Полтави та в Полтавському казенному експериментальному протезно-ортопедичному підприємстві. Перший зріз був проведений у вересні-жовтні 2022 року, а другий у вересні-жовтні 2023 року. У дослідженні брали участь 100 військовослужбовців віком від 25 до 56 років (50 осіб контрольної групи – військові забезпечення та логістики, які не мали статусу учасників бойових дій та 50 осіб експериментальної групи – військові розвідки та контрдиверсійної боротьби, які мали статус учасників бойових дій).

**Наукова новизна роботи:** подальшого розвитку набуло питання умов впливу бойового стресу на емоційно-вольову сферу військовослужбовців; обґрунтовано необхідність визначення детермінант виникнення посттравматичного стресового розладу, орієнтуючись на особливості соціальної ситуації розвитку особистості військових; обґрунтовано необхідність виявлення цілісної системи соціально-психологічних факторів, що визначають розвиток психоемоційної сфери військових та особливостей їх психологічного консультування в реактивних станах свідомості.

**Теоретичне значення роботи** полягає у теоретичному поглибленні змісту феномена посттравматичного стресового розладу особистості в умовах бойового стресу, в уточненні розуміння загальних закономірностей формування психоемоційних розладів військовослужбовців, в обґрунтуванні необхідності визначення детермінант виникнення реактивних станів свідомості особистості з урахуванням її соціальної ситуації розвитку, а також необхідності аналізу цілісної системи соціально-психологічних факторів, що зумовлює вплив на особистість військовослужбовців в умовах бойового стресу та особливості їх консультування.

**Практичне значення роботи** визначається виявленням детермінант, що формують особливості впливу умов бойового стресу на психоемоційний стан військовослужбовців та допомагає виробити алгоритм консультативної роботи з метою допомоги подолання вказаних розладів. Теоретичні положення, емпіричний матеріал та висновки дають можливість психологам, вчасно справити психологічний вплив на особистість військових з метою уникнення негативних наслідків бойового стресу на психіку військових.

**Апробація.** Основні ідеї та результати дослідження були представлені на: Всеукраїнській науково-практичній інтернет-конференції «Вітчизняна наука на зламі епох: проблеми та перспективи розвитку» (18 жовтня 2023 року, м. Переяслав) та V Всеукраїнській науково-практичній конференції «Правові, економічні та соціокультурні засади регулювання суспільних відносин: сучасні реалії та виклики часу» (5 грудня 2023 року, м. Полтава).

Зміст роботи відображений у публікації: Малородна О. Специфіка міжособистісної взаємодії психолога з військовослужбовцями звільненими в запас. *Матеріали Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції «Вітчизняна наука на зламі епох: проблеми та перспективи розвитку»*: зб. наук. праць. Переяслав, 2023. Вип. 91. С. 69-73.

**Структура та обсяг роботи.** Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, що нараховує 60 найменування (56 українською і 4 англійською мовами) та 4 додатків. Робота викладена на 105 сторінках друкованого тексту, вміщує 3 таблиці та 26 рисунків.

## РОЗДІЛ 1.

### ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ СПЕЦИФІКИ МІЖОСОБИСТІСНОЇ ВЗАЄМОДІЇ ПСИХОЛОГА З ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМИ

В даному розділі подано теоретичні аспекти дослідження специфіки міжособистісної взаємодії психолога з військовослужбовцями, що знаходяться в реактивних психологічних станах. Проаналізовано психологічні характеристики особистості військовослужбовців. Розглянуто особливості прояву реактивних психологічних станів військовослужбовців, зокрема ПТСР. Простежено специфіку міжособистісної взаємодії психолога з військовослужбовцями.

#### **1.1. Психологічна характеристика особистості військовослужбовців**

Збройна агресія проти України, яка розпочалась у 2014 році та повномасштабне вторгнення в 2022 році, зумовили потребу у створенні системи психологічної реабілітації та модернізації психосоціальної підтримки військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, їх родин та родин загиблих, а також цивільного населення, яке постраждало внаслідок воєнних дій. Всі вони пройшли через пекло війни, були поранені чи перебували в полоні. Повернення їх до мирного життя потребує від держави та суспільства проведення першочергових заходів із соціально-психологічної адаптації таких осіб, матеріального забезпечення ветеранів та їх сімей, медико-соціальної реабілітації та інших невідкладних заходів з полегшення їх адаптації до реалій звичайного життя [48].

Так, учасниками бойових дій (УБД) вважаються усі громадяни, які беруть (брали) безпосередню участь у виконанні бойових завдань по захисту Батьківщини у складі військових підрозділів, з'єднань, об'єднань всіх видів і родів військ Збройних Сил діючої армії (флоту) [9].

Згідно із п. 19 ст. 6 Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту», до осіб, які належать до учасників бойових дій, віднесено: військовослужбовців Збройних Сил України, Національної гвардії України, Служби безпеки України, Служби зовнішньої розвідки України, Державної прикордонної служби України, особи рядового, начальницького складу і військовослужбовців Міністерства внутрішніх справ України, інших утворених відповідно до законів України військових формувань, які захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України, а також брали участь в антитерористичній операції. Згідно зі ст. 6 Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» до ветеранів війни віднесено такі категорії, як: учасники бойових дій, інваліди війни, учасники війни.

На офіційних учасників бойових дій та членів їх сімей поширюється дія законів та підзаконних актів, якими окреслюється соціальне забезпечення даних категорій. До таких нормативно-правових актів належать: Закон України «Про боротьбу з тероризмом», Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту», Закон України «Про військовий обов'язок і військову службу», Закон України «Про Збройні Сили України», Закон України «Про Національну Гвардію України», Закон України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців і членів їх сімей», Закон України «Про пенсійне забезпечення осіб, звільнених з військової служби, та деяких інших осіб», Закон України «Про державну Прикордонну Службу», Кодекс цивільного захисту України, Постанова Кабінету Міністрів України від 25 грудня 2013 р. № 975 «Про затвердження Порядку призначення і виплати одноразової грошової допомоги у разі загибелі (смерті), інвалідності або часткової втрати працездатності без встановлення інвалідності військовослужбовців, військовозобов'язаних та резервістів, які були призвані на навчальні (або перевірочні) та спеціальні збори чи для проходження служби у військовому резерві» тощо [4].

Питання соціального забезпечення учасників бойових дій ще якось виконується. Але під час аналізу вищевказаних документів виявлено, що проблеми психологічної реабілітації чи психосоціальної підтримки Українським законодавством напряду не регулюється. Адекватне визначення психологічної чи психосоціальної реабілітації відсутнє. У законодавстві України щодо соціальних послуг, фізичної та психологічної реабілітації людей з інвалідністю містяться звужені трактування цього поняття. Наприклад, психотерапевтична практика розуміється як різновид медичної діяльності, для здійснення якої потрібна вища медична освіта, хоча по факту в нашій країні нею займається будь-хто, хто просто закінчив приватні курси з будь-якого напряду психотерапії та отримав сертифікат (найчастіше, навіть не державного зразка) і немає відповідної кваліфікації та ліцензії на право проведення психотерапевтичного лікування.

Водночас якщо УБД були госпіталізовані у спеціалізований заклад для психологічної реабілітації, то на них поширюються норми Закону України «Про психіатричну допомогу». Надалі особи, які пройшли так звану психологічну «реабілітацію», можуть зіткнутися з проблемами, пов'язаними з постановкою осіб, які її проходили, на диспансерний чи консультативний облік у психоневрологічному диспансері із заведенням картки історії хвороби, що в подальшому несе за собою такі негативні наслідки як, наприклад, обмеження у виборі професії (у зв'язку з перебуванням на обліку), проблеми з отриманням сертифікату від психіатра для оформлення водійського посвідчення, дозволу на зброю чи певний вид діяльності тощо. Саме тому такі «стигматизуючі» норми надання психологічної та психіатричної допомоги не сприяють популярності реабілітаційної допомоги серед комбатантів, які її намагаються уникати.

Варто додати, що Закони України є здебільшого рамковими, не є законодавством прямої дії. До законів ухвалюються численні підзаконні нормативно-правові акти (зокрема підвідомчі інструкції, методичні

рекомендації, протоколи тощо), які часто є недоступними широкому загалу громадян.

Все це призводить до ряду проблем у наданні якісної психосоціальної підтримки учасникам бойових дій: наявна складна, розгалужена й непрозора регулятивна база; підтримка держави орієнтована на (пост)радянську традицію надання пільг за певним визначеним статусом, вона поширилась і на нові групи – тих, кого зачепив збройний конфлікт; не всі визначені законодавством послуги і пільги отримують фінансування в повному обсязі; відсутнє унормування питань надання психосоціальної підтримки.

Тому проблема соціально-психологічної адаптації учасників бойових дій та ветеранів війни в умовах мирного життя потребує комплексного вирішення з урахуванням соціально-психологічних, правових та професійних аспектів їх адаптації. Будь-яка людина, яка повернулася (прибула) із зони збройного конфлікту, може мати небажані спогади про війну, мати проблеми з адаптацією до мирного життя [15]. Однак фахівці визначають низку факторів бойової ситуації, в якій перебували комбатанти, що мають особливий вплив на психіку людини, зумовлюючи «виснаження» центральної нервової системи та появу так званої «бойової психічної травми» (БПТ): 1) почуття загрози життю, так званий біологічний страх смерті, поранення, болю, інвалідизації; 2) потужний та довготривалий стрес, що виникає у безпосереднього учасника бою, поряд з яким виникає психоемоційний стрес, пов'язаний із загибеллю побратимів або з необхідністю вбивати; 3) вплив специфічних чинників бойової обстановки (дефіцит часу, прискорення темпу дій, раптовість, невизначеність, новизна); 4) депривація основних потреб людини (брак повноцінного сну, дефіцит води і їжі, чистого одягу та медикаментів, відсутність спілкування з рідними); 5) незвичайний для учасника війни клімат і рельєф місцевості бойових дій (гіпоксія, надмірні спека або холод, підвищена інсоляція тощо) [15; 16]. Після травматичних подій у тих, хто їх пережив, можуть виникати симптоми гострого стресу. Проте стан, який потребує клінічного втручання, може не розвинути, особливо у разі своєчасного

надання екстреної або невідкладної психологічної допомоги та психосоціальної підтримки.

За оцінкою Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), переживання травматичних подій може зумовити розвиток таких станів, як: депресивний розлад, психоз, поведінкові розлади, зловживання алкоголем або наркотиками, самоушкодження/самогубство та інші значні емоційні, або незрозумілі з медичної точки зору скарги, тривала реакція горя або симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР) [24].

Нині дуже гостро стоїть проблема соціально-психологічної адаптації бійців та бійців, які повернулися на батьківщину.

1) матеріально-фінансова підтримка звільнених із запасу (низька заробітна плата, пенсія, допомога по інвалідності, деякі не мають власного житла тощо);

2) професії, отримані в навчальних закладах, не відповідають потребам сучасного ринку праці, втрата професійних навичок у цивільних професіях, їх відсутність. Як наслідок – зайнятість на низькокваліфікованих, низькооплачуваних роботах, пошук випадкового заробітку;

3) психологічна та соціальна адаптація осіб віком 30-45 років, які здатні працювати в суспільстві з нестабільною ринковою економікою, не звикли до неї, через це не вміють обирати місце та рід діяльності;

4) раптове (швидке) звільнення з посади є психологічним ударом, особливо якщо посада була фактором соціального захисту людини. Як наслідок – загальний стрес, погіршення самопочуття та фізичного стану після звільнення, особливо у військовослужбовців;

5) наявність посттравматичного стресового розладу після екстремальних виробничих умов, що потребують психологічної реабілітації;

6) травми та професійні захворювання, що потребують психологічної та медичної реабілітації (лікування за кордоном, інвалідність, протезування);

7) професійні вади, що потребують психологічної корекції (агресія, депресія, алкоголізм і наркоманія, суїцидальні прояви, невротичні розлади)

тощо [24].

Оптимальна модель соціально-психологічної адаптації військовослужбовців в умовах мирного життя – це комплексний психологічний вплив, який має складатися із взаємопов'язаних компонентів:

- діагностика соціально-психологічних проблем;
- надання психологічних консультацій щодо успішної соціально-психологічної адаптації до роботи, вирішення особистих та сімейних проблем;
- психіко-корекційна та психотерапевтична робота;
- психологічна реабілітація;
- професійно-психологічна підготовка, яка включає декілька необхідних курсів (профорієнтація, спілкування та впевненість у собі, спеціальне навчання).

Згідно чинного законодавства України, яке регулює питання надання психосоціальної підтримки таким групам населення, вирішуються проблеми [42]:

- 1) соціального забезпечення (переважно шляхом встановлення певних пільг на основі того чи іншого статусу для тієї чи іншої групи населення),
- 2) порядок, умови, процедури надання медичних і соціальних послуг для даних категорій населення.

Відповідно перед суспільством та державою щодо учасників бойових дій на сході України постають виклики, які ще чекають свого вирішення, а саме: 1) відсутність належних статистичних даних щодо осіб, які потребують психосоціальної допомоги; 2) недостатній системний збір та аналіз інформації, зокрема, щодо виявів розладів психічного здоров'я у кризових груп населення, соціальних проблем військових, ветеранів війни або внутрішньо переміщених осіб; 3) брак діагностичних стандартизованих критеріїв для розуміння основ впливу психотравмуючих подій збройного конфлікту на психіку людини та виявлення основних груп розладів; 4) не доступна для загалу інформація про запити та потреби ветеранів війни та тих, кого зачепив збройний конфлікт;

5) не достатньо вивчені та систематизовані гендерні особливості соціально-психологічної адаптації ветеранів війни до умов мирного життя; 6) контроль та моніторинг за наданням якісної кваліфікованої соціально-психологічної допомоги ветеранам війни та ін.

## **1.2. Особливості прояву реактивних психологічних станів військовослужбовців**

Травмуючий вплив різних несприятливих факторів, що виникають в небезпечних для життя умовах, на психічну діяльність людини поділяються на непатологічні психоемоційні (певною мірою фізіологічні) реакції і патологічні стани – психогенії (*реактивні психічні стани*). Для перших характерна психологічна зрозумілість реакції, її пряма залежність від ситуації і, як правило, невелика тривалість. При непатологічних реакціях зазвичай зберігається працездатність (хоча вона і знижена), можливість спілкування з оточуючими і критичного аналізу своєї поведінки. Типовими для людини, що опинилася в катастрофічній ситуації, є почуття тривоги, страху, пригніченості, занепокоєння за долю рідних і близьких, прагнення з'ясувати справжні розміри катастрофи (стихійного лиха). Такі реакції також позначаються як стан стресу, психічної напруженості, афективні реакції та ін.

*Реактивні психічні стани* – це психогенні, тимчасові, зворотні психічні розлади, які виникають під впливом психічної травми. Від неврозів, які входять у загальну групу психогенних або реактивних станів вони відрізняються гостротою і більшою вагою психічних травм і більш важкими, глибокими психічними розладами переходячи в психотичні синдроми з продуктивною симптоматикою. Реактивні стани легше виникають у психопатичних особистостей, а також на ґрунті перенесених інфекційних захворювань, травм голови, судинних захворювань, переломів, тривалого безсоння [56].

Реактивні психічні стани досліджували українські та зарубіжні науковці: Ф. Березін, З. Ганзер, В. Жмуров, В. Зунг, О. Кокун, І. Котеньов, Р. Лазарус, Н. Лозінська, Р. Лоньє, М. Макфолл, С. Миронець, К. Надер, Р. Пінос, І. Пішко, Д. Розелл, Б. Ротбаув, Ч. Спілбергер, Н. Тарабріна, О. Тімченко, Л. Фербенкс, Е. Фoa, Р. Чарльз та ін.

Науковець І. Левенець зазначає, що реактивними станами (реакції на важкий стрес і розлади адаптації – F- 44.00) або психогенними станами називаються тимчасові, такі, які минають, зворотні психічні розлади, що виникають як реакція у відповідь на вплив психогенної травми. *Реактивні стани складають дві основні підгрупи – неврози та реактивні (психогенні) психози.* Основною клінічною ознакою другої групи є продуктивна психотична симптоматика, яка відсутня при неврозах [30].

Залежно від характеру психічної травми, темпу її впливу і вихідного функціонального стану організму і, перш за все – ЦНС, виділяють *три типи течії реактивних психічних станів*: гострі шоківі, підгострі реактивні психози, і затяжні реактивні психози.

Так, гострі шоківі реактивні психози виникають в умовах раптового впливу найбільш важких, руйнівних психічних травм, вказуючих зазвичай на масові скупчення людей. Найбільш типові тут такі стихійні лиха як землетрус, зсуви, повені, залізничні катастрофи, морські катастрофи, пожежі в закритих приміщеннях при великому скупченні людей. Втім, такий психоз може виникнути і при інших приголомшливих психічних травмах. Виділяються дві клінічні форми гострих шоківих реактивних психозів: психомоторна загальмованість з мутизмом і психогенне рухове порушення. Психомоторна загальмованість з мутизмом проявляється повною відсутністю рухів хворого і його нездатністю до мовного контакту. Зазвичай такий хворий не може зробити навіть невеликого елементарного руху ні рукою, ні ногою, яке могло б забезпечити його в цій страшній ситуації, що загрожує йому загибеллю; він не може вимовити жодного звуку або призову на допомогу. Коротка тривалість – від 15-30 хвилин до декількох годин; вихід в стан психічного

здоров'я також гострий і через коротку астенію. Психогенне рухове порушення, яке гостро виникає в умовах раптових приголомшливих психічних травм. Воно проявляється загальним психомоторним порушенням, коли людина швидко безцільно бігає в замкнутому просторі. Період короткий, вихід гострий з відновленням орієнтування, але з амнезією на період психозу.

При підгострих реактивних психозах відбувається формування патодинамічної структури, багато в чому визначає особливості хворобливої симптоматики. Реактивна депресія – найчастіша форма цієї великої групи станів. Виявляється пригніченим настроєм з вираженим афектом туги. Хворі втрачають інтерес до навколишнього, малорухливі, всі стимули, включаючи інстинктивні потреби, у них пригнічені. У міру поглиблення депресії з'являється депресивне марення – ідеї самозвинувачення, самознищення (рідко) та ідеї винності. Важливим симптомом реактивної депресії є фіксація хворих на психотравмуючих думках і уявленнях. У цей період з'являються і суїцидні думки, які (як, втім, і туга і депресивні маячні ідеї) хворі мотивують подіями психічної травми.

Затяжні реактивні психози з збереженням структури підгострих форм. Клінічний досвід показав, що в багатьох випадках дійсно мова йде про надзвичайну тривалість (більше 1 /2-2 міс) реактивного психозу, хоча форма його зберігається. Так, хворі психогенним ступором втрачають колишнє напруження мускулатури, отримують можливість деяких рухів, можуть самі приймати їжу. При маревної формі хворобливі ідеї втрачають подальший розвиток і афективну зарядженість; при реактивній депресії слабшає депресивний афект і фіксація хворих на психотравмуючих переживаннях, від яких вони на час вже можуть відвернутися. Стан таких хворих можна оцінити як людини, яка замикалась на довгий час певний етап зворотнього розвитку вихідного реактивного синдрому. Це найсприятливіший варіант затяжних реактивних психозів, який спостерігається у преморбідно здорових осіб і завершується виходом в повне здоров'я [52].

Участь у бойових діях впливає на свідомість людини і призводить до

серйозних якісних змін. Посттравматичні стресові розлади сприяють створенню певних сімейних відносин і особливих життєвих ситуацій, можуть вплинути на подальше життя людини в цілому.

На відміну від гострих стресових реакцій, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) виникає не в момент травми, а у віддаленому майбутньому – після того, як людина вийшла з екстремальної стресової ситуації. Прихований період, як правило, становить 2-6 місяців після психологічної травми.

Психологічні зміни в людей, які зазнали цього та інших особливих умов, вперше описав Да Коста в 1871 році на солдатах під час громадянської війни в США, і він назвав це «синдромом солдатського серця». У 1941 році А. Кардінер назвав це явище «хронічним військовим неврозом» і показав, що військовий невроз має фізіологічні та психологічні особливості. Він вперше дав детальний опис симптомів: дратівливість і знервованість; плавно реагувати на раптові подразники; визначити обставини травмуючої події; дистанція від реальності; схильність до агресивної реакції без контролю.

Фундаментальні дослідження ПТСР проф. Н. Тарабріна та її колеги показали, що «після психологічного стресу бойової травми воїни повинні фактично відновити структуру свого суб'єктивного життєвого простору, включаючи структуру самооцінки, власної гідності та осмисленої життєвої орієнтації» про мирне життя» [54; 55].

Вона також розробила метод діагностики глибини та небезпеки цих розладів.

У 1980 р. М. Горовиць запропонував виділити його як самостійний синдром і назвав «посттравматичний стресовий розлад». Пізніше група авторів під керівництвом М. Горовиця розробила діагностичні критерії ПТСР, які були затверджені в класифікації психічних захворювань США (DSM-III та DSM-III-R), а згодом і в МКХ-10 для ПТСР. Коротко це описано в таблиці F 44.88. Відповідно до МКХ-10, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) виникає після травматичної події, що виходить за рамки нормального досвіду людини, що призводить до патологічних змін особистості учасників бойових

дій та часткової або повної адаптації до умов мирного часу [13; 14; 17; 18; 37].

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це відстрочена неспсихотична реакція на травматичний стрес, яка викликає ряд психічних і поведінкових розладів. Щоб розвинути посттравматичний стресовий розлад, людина повинна пережити стрес, який виходить за рамки нормального людського досвіду і здатний викликати депресію.

Основними симптомами синдрому ПТСР є: порушення сну; патологічні спогади (психічні спогади); нездатність запам'ятовувати – амнезія щодо певних подій (уникнення); гіперчутливість (підвищена пильність); гіперзбудливість (недостатня гіперактивність). До вторинних симптомів ПТСР належать депресія, тривога, імпульсивна поведінка, алкоголізм, соматичні проблеми та дисфункція его.

Психологічні наслідки участі у війні включають підвищення справедливості в мирний час, підвищену тривожність, «вибухову» реакцію на будь-який подразник, депресію, порушення соціальних стосунків між ветеранами. виникають сімейні конфлікти і проблеми з працевлаштуванням. Такі люди втрачають інтерес до суспільного життя, стають менш активними у вирішенні життєво важливих проблем.

Єдиної теорії патогенезу посттравматичного стресового розладу не існує. Причина цього полягає не тільки в складності посттравматичного стресу, а й у тому, що в його багатогранній природі протікають різноманітні адаптаційні та адаптаційні процеси. Тому багато дослідників і лікарів пропонують різні психологічні та інші моделі, засновані на різних припущеннях: психодинамічних, когнітивних, психосоціальних, психобіологічних, умовно-рефлекторних, а також багатофакторну модель ПТСР, що виникла в останні роки.

Аналізуючи ПТСР, Е. Александров спирається на диференціацію цілісної картини стресу, що склалася в середині 80-х років ХХ століття, на субсиндроми: емоційно-психологічний, вегетативний, когнітивний і соціально-психологічний. Психоаналіз, теорія трансу та дисоціативна теорія,

гіпотеза сліду травми та теорія формування асоціативної емоційної мережі патології є цікавими підходами до розуміння природи ПТСР [37].

Таким чином, об'єднавши основні підходи, було розроблено психосоціальний підхід, який представив вплив зовнішнього середовища на розвиток ПТСР. Ця модель реакції на травму також є багатофакторною, враховуючи вагу кожного фактора в розвитку реакції на стрес. Наголошено на соціальних факторах, які впливають на успішну адаптацію постраждалих від психічної травми: відсутність фізичних наслідків травми, фінансова спроможність, збереження колишнього соціального статусу, фактори соціальної підтримки з боку суспільства, важливі фактори впливу близьких людей.

Синдром посттравматичного стресового розладу – міжнародна назва [68]. Основними симптомами ПТСР [37] є:

- повторювані та нав'язливі спогади про подію, включаючи образи, думки та почуття – повторне переживання травматичної події знову і знову. Люди намагаються забути досвід, але спогади постійно формуються без будь-яких зовнішніх подразників. Є відчуття реальності події. Вони можуть виникати під час неспання, відразу після пробудження від сну, в стані алкогольного або наркотичного сп'яніння;

- сни про подію, що сталася, вона повторюється і викликає тривогу - сон створює глибоке переживання травмуючої події з відчуттям реальності;

- такі дії та відчуття, ніби психотравмуюча подія повторюється – відчуття повторного переживання пережитого: ілюзії, галюцинації, дисоціація. Може виникнути стан дезорієнтації, який триває від хвилин до годин або днів, і людина здається знову учасником травматичної події;

- серйозний психологічний стрес під впливом зовнішніх або внутрішніх подразників, які символізують або нагадують про якийсь аспект травмуючої події. У деяких випадках може виникнути психоемоційна напруга або гострий стрес при зіткненні з чимось, що нагадує про травматичну подію. Наприклад, реакція жертв нацистських концтаборів на відсічення, телевізійні трансляції

учасників бойових дій;

- фізіологічна реактивність під впливом зовнішніх і внутрішніх подразників, які вказують або нагадують про один аспект травмуючої події – фізіологічні реакції проявляються при зіткненні з ситуаціями, схожими на психологічну травму: пітливість, оніміння ніг, відчуття слабкості, відчуття тиску в горлі та ін.;

- намагайтеся уникати думок, почуттів і розмов, пов'язаних з травмою – намагайтеся уникати дій, місць і людей, які викликають спогади про травму. Людина наполегливо уникає всього, що нагадує їй про травму;

- часткова або повна амнезія важливих аспектів травми – людина не може згадати якусь частину того, що з ним сталося;

- втрата інтересу до раніше важливих занять, або участі в них – людина байдужа до всього, чим цікавився раніше;

- почуття ізольованості від оточуючих – виникає відчуття самотності навіть у колі родини, дітей, рідних і друзів;

- звуження діапазону афективних реакцій – поганий настрій, постійне невдоволення собою та оточуючими, дратівливість, апатія, відсутність інтересу до навколишньої дійсності, зниження реакції на сенсорні подразники;

- нездатність орієнтуватися на довгострокову перспективу життя – формується коротка перспектива життя, людина планує своє життя на короткий проміжок часу, виникає відчуття «майбутнього без жалю»;

- труднощі з засипанням, порушення тривалості сну – кошмари, страх заснути, сни, що відображають психологічну травму, нервозність, тривога, неможливість розслабитися, фізичний та емоційний біль;

- дратівливість і гнів – сильна реакція агресії при переживанні учасниками бойових дій найменшої несподіваної події, схожої на травматичну ситуацію бойових дій (різкі звуки, крики, шум). Людина стає конфліктною і застосовує насильство в суперечках;

- труднощі з концентрацією – людина не може зосередитися на тому, що їй потрібно запам'ятати. У деяких випадках концентрація уваги може бути

достатньою, але здатність до концентрації втрачається, як тільки виникає стресовий фактор;

- невмотивована настороженість – людина відчуває небезпеку і спостерігає за всім, що відбувається. Але ця небезпека не зовнішня, а внутрішня, яка зазвичай полягає в постійній напрузі організму, готового в будь-який момент дати відсіч зовнішній загрозі або подолати внутрішню. Поведінка таких людей відображає характер психічної травми. Наприклад, воїни зазвичай відмовляються сидіти спиною до дверей, вибираючи місце, де вони можуть спостерігати за всіма присутніми. Стрес не дає людині відпочити і розслабитися, вимагає великих енергетичних витрат;

- підвищена реакція страху – найменший шум або стукіт змушує людину бігти і голосно кричати. Різні звуки, запахи або ситуації можуть легко викликати спогади про травму, безпорадність або незахищеність.

А. Бланк виділив чотири типи повторних відчуттів:

- 1) яскраві сни та кошмари;
- 2) яскраві сновидіння, в яких людина прокидається з відчуттям реальності подій і дій, що здійснюються під впливом спогадів;
- 3) свідомі пам'ять – переживання яскравої картини травмуючої події з зоровим, слуховим і нюховим компонентами. При цьому контакт з реальністю може бути втрачений;
- 4) несвідомі спогади – раптові, абстрактні переживання, що супроводжуються конкретними діями та образами.

Клінічна картина часто включає додаткові симптоми ПТСР:

- 1) поведінка, спалахи, дратівливість, схильність до фізичного насильства;
- 2) зловживання алкоголем і наркотиками, особливо для усунення напруги і «гостроти» переживань;
- 3) антигромадська поведінка та протиправні дії;
- 4) депресія, суїцидальні думки, суїцидальні спроби;
- 5) високий рівень психічної нестійкості;
- 6) неспецифічні соматичні скарги (наприклад, головний біль). Люди з ПТСР

часто мають соматичні та психосоматичні проблеми, включаючи хронічну м'язову напругу, втому, виразку шлунка, коліт, біль у серці та респіраторні симптоми.

Перебування військовослужбовця в умовах воєнного стану означає особливу ситуацію, коли людина постійно перебуває в сильному емоційному напруженні і долає його силою волі. Все це має високу ціну. Майже кожен воїн певною мірою змінює свій фізичний і психічний стан.

### **1.3. Специфіка міжособистісної взаємодії психолога з військовослужбовцями**

Розглянемо основні методи психологічної корекції та психотерапії ПТСР. На сьогоднішній день немає усталеної думки щодо результатів психологічної корекції ПТСР. Деякі дослідники вважають, що посттравматичний стресовий розлад піддається лікуванню, тоді як інші вважають, що його симптоми неможливо повністю подолати. ПТСР часто заважає соціальній, професійній, сімейній та іншим важливим сферам життя. Ясно одне: психологічна корекція посттравматичних стресових розладів – це тривалий процес, який триває від кількох місяців до кількох років [56].

Дослідники виділяють наступні чотири основні напрямки психологічної підтримки учасників бойових дій із ПТСР [2].

1. Сфера освіти. Це і інформаційна підтримка, і обговорення книг і статей, і ознайомлення з основними поняттями фізіології та психології. Наприклад, просте ознайомлення клієнта з діагностичними симптомами ПТСР допомагає клієнту зрозуміти, що досвід і труднощі воїна не є унікальними, а скоріше нормальною реакцією людини на ненормальну ситуацію. Це дозволяє їм контролювати ситуацію та обирати засоби та методи, яких можна досягти відновлення.

2. Єдиний напрямок. Друга група методів є частиною цілісного підходу до здоров'я. Фахівці з розвитку здорового способу життя справедливо

відзначають, що фізична активність, правильне харчування, духовність і розвинене почуття гумору значною мірою сприяють оздоровленню людини в цілому. Практик, який привертає увагу клієнтів до цих аспектів інтегрованої істоти, часто виявляє та активує потенціал відродження особистості, який був прихований від них. Здоровий спосіб життя – адекватна фізична активність, правильне харчування, відсутність надмірного вживання алкоголю, наркотиків, стимуляторів (наприклад, кофеїну), а також здатність з гумором ставитися до багатьох подій нашого життя є основою відновлення після серйозних травм. закладає основу. події та сприяти відновленню якості життя.

3. Соціальний напрям. Це методи, спрямовані на формування та підвищення соціальної підтримки та соціальної згуртованості бійців. Це включає розвиток міжособистісних мереж самопомоги, а також створення офіційних громадських організацій, які надають підтримку людям з ПТСР. Дуже важливо правильно оцінити соціальні навички, тренувати ці навички, зменшити безпідставні страхи та подолати ризики формування нових стосунків. До цієї категорії належать організаційні форми соціальної роботи, що сприяють процесу реабілітації.

4. Напрямок лікування – психологічна корекція та психотерапія, спрямована на переробку травматичного досвіду, а також доцільне використання медикаментозної терапії для усунення окремих симптомів ПТСР.

Давайте докладніше розглянемо особливості лікування. Взагалі психологічна корекція та психотерапія спрямовані на посилення захисного фактору, оскільки це призводить до переосмислення того, що сталося та посилення адаптаційних механізмів. Мета психологічної корекції та психотерапії для клієнтів з посттравматичним стресовим розладом полягає в тому, щоб звільнити їх від спогадів про минуле, інтерпретувати наступні емоційні переживання як нагадування про травму та дозволити клієнту брати активну та відповідальну участь у сьогоденні. Для цього йому необхідно переоцінити свої емоційні реакції та знайти правильне місце для травматичної

події в загальній часовій перспективі його життя та особистої історії. Ключовим моментом у психотерапії клієнта з ПТСР є інтеграція далеких, неприйнятних, жахливих і незрозумілих речей, що з ним сталися, в його Я-концепцію («Я-концепцію») [17].

У зв'язку з цим С. Н. Єніколопов виділяє чотири терапевтичні стратегії, що дозволяють досягти поставленої мети: 1) підтримка адаптації «Я» (одним з найважливіших аспектів тут є створення позитивного ставлення до лікування); 2) розвиток позитивного ставлення до симптомів (сенс цієї стратегії полягає в тому, щоб навчити клієнта розглядати свої розлади як нормальні по відношенню до ситуації, в якій він перебуває, і таким чином запобігти його подальше роздратування через наявність цих розлади); 3) зменшити уникання (оскільки бажання клієнта уникнути всього, що пов'язано з психічною травмою, заважає йому переробити свій досвід); 4) і, нарешті, зміна відношення значення (мета цієї стратегії – змінити значення, яке клієнт надає психічній травмі, і таким чином створити у клієнта відчуття «контролю над травмою») [12].

Концепції та методи психотерапії ПТСР досить різноманітні: 1) причини та механізми ПТСР пояснюються клієнту за допомогою раціональних психотерапевтичних методів; 2) методи психічної саморегуляції (аутотренінг, поступове розслаблення м'язів, активна візуалізація позитивних образів) сприяють зняттю симптомів напруги і тривоги; 3) методи когнітивної психотерапії допомагають переосмислити дезадаптивні думки та змінити негативні установки; 4) індивідуально-орієнтовані методи лікування дозволяють змінити ставлення потерпілого до ситуації психологічної травми, а також відповідають за ставлення до нього, якщо не за нього; 5) позитивні терапевтичні методи та гештальт-методи дозволяють реалізувати приховані можливості та ресурси кожної людини у подоланні ПТСР.

Деякі форми психотерапії залишаються вибором для більшості постраждалих. Адже травма руйнує когнітивну «Я-схему» та світогляд жертви, тому відтворення знищених людей є досить болісним.

Тому ефективними формами роботи можуть бути багато рівнів психотерапії: слухання, консультування, короткочасна динамічна психотерапія, нейролінгвістичне програмування, гіпноаналіз тощо.

Найпоширенішою формою терапії для клієнтів із травматичним досвідом є групова терапія. Часто використовується в комплексі з різними видами індивідуальної терапії. При цьому конкретних рекомендацій щодо вибору оптимальної форми групової терапії немає. Тут можна використовувати групи різного спрямування: з одного боку, групи відкритого типу, спрямовані на вирішення навчальних завдань або організацію травматичних спогадів (робота «тут і потім»); з іншого боку, групи із заданою структурою орієнтовані на виконання конкретних завдань, розвиток навичок подолання та роботу з міжособистісною динамікою (робота «тут-зараз»).

Який би метод групової терапії не використовувався при роботі з клієнтами з посттравматичним стресовим розладом, ця діяльність спрямована на досягнення конкретних терапевтичних цілей, які можна коротко визначити так: 1) повторне переживання та обмін психологічною травмою в безпечному просторі групи підтримки. цей досвід спілкування з терапевтом і групою (при цьому терапевт не повинен форсувати процес); 2) групове спілкування з людьми зі схожим травматичним досвідом, що зменшує відчуття ізоляції, відчуженості та сорому, незалежно від травматичного досвіду кожного члена, і дозволяє посилити почуття причетності, відповідності та солідарності. група; 3) можливість спостерігати, як інші люди переживають сильні афективні сплески завдяки соціальній підтримці терапевтів і членів групи; 4) спільне навчання методам боротьби з наслідками травм; 5) можливість зіграти роль людини, яка допомагає (надає допомогу, вселяє впевненість у собі, повертає почуття власної гідності) («Мені нема чого запропонувати іншим»), зосереджуючись на таких думках, які стосуються підтримки інших, особиста ізоляція, негативні негативні думки («деякі з тих, хто є, страждають більше, ніж я»); 6) набуття нового комунікативного досвіду, який допомагає учасникам групи по-іншому, більш адаптивно сприймати стресові події [24].

Пояснимо етапи професійної допомоги при роботі з ПТСР.

Першим етапом будь-якої психологічної допомоги є психологічна діагностика. Воно може проходити у формі експерименту або у формі бесіди, під час якої фахівець знайомиться з деталями проблемної ситуації та досвідом того, хто звернувся за допомогою.

Другий етап – укладення так званого «психотерапевтичного контракту». Як правило, цей договір не має форми офіційного юридичного документа. Це просто чітка домовленість між фахівцем і клієнтом про послідовність спільної роботи (які проблеми стоять перед роботою, скільки вона триватиме, з яких етапів складатиметься, які будуть очікувані результати).

Третій етап – початок розв'язання проблеми. Найважливішим спільним досягненням терапевта і клієнта на цьому етапі є створення, розширення і зміцнення психологічних ресурсів, які допомагають впоратися з травматичним досвідом. Подолання психологічної травми потребує психологічної та духовної сили. Підготовка і «вирощування» цих сил визначає успіх подальших корекційних заходів.

Четвертий етап – опрацювання травматичного досвіду. Цей етап роботи починається, коли накопичуються сили і постраждала особа готова зіткнутися зі спогадами та переживаннями події, яка спричинила психологічну проблему. На цьому етапі людина відчуває і приймає травматичну ситуацію. Коли ми використовуємо слово «досвід», ми припускаємо, що подія стає частиною особистого досвіду людини в минулому, тоді як ПТСР передбачає, що психологічно реальний стан індивіда існує і продовжує діяти. Повторне переживання отриманої людиною психологічної травми, яка стає частиною її особистого минулого, є невід'ємним етапом одужання. Постраждалі люди розуміють, що ця ситуація дала їм і чого вона їх навчила (наприклад, «ця ситуація зробила мене сильнішим», «ця ситуація показала мені, що у мене є справжні друзі» тощо).

П'ятий етап психологічної корекції посттравматичних стресових розладів – це етап, який фахівці називають «контроль середовища». На цьому

етапі людина намагається жити новим досвідом, отриманим під час психологічної корекції та психотерапії. Цей етап необхідний для того, щоб травматичний досвід не повернувся знову. Адже часто людина звикає до своїх проблем, звикають і оточуючі люди. У цей період людина розповідає фахівцю про зміни в своєму житті через роботу, пов'язану з травмою. Таким чином, саме життя є перевіркою того, наскільки добре людина справляється з посттравматичним стресовим розладом [27].

### **Висновки до першого розділу**

Психологічна характеристика особистості військовослужбовців має свої особливості, які потрібно враховувати під час надання їм психологічної допомоги. Фахівці визначають низку факторів бойової ситуації, в якій перебували військові, що мають особливий вплив на психіку людини, зумовлюючи «виснаження» центральної нервової системи та появу так званої «бойової психічної травми»: 1) почуття загрози життю, так званий біологічний страх смерті, поранення, болю, інвалідизації; 2) потужний та довготривалий стрес, що виникає у безпосереднього учасника бою, поряд з яким виникає психоемоційний стрес, пов'язаний із загибеллю побратимів або з необхідністю вбивати; 3) вплив специфічних чинників бойової обстановки (дефіцит часу, прискорення темпу дій, раптовість, невизначеність, новизна); 4) депривація основних потреб людини (брак повноцінного сну, дефіцит води і їжі, чистого одягу та медикаментів, відсутність спілкування з рідними); 5) незвичайний для учасника війни клімат і рельєф місцевості бойових дій (гіпоксія, надмірні спека або холод, підвищена інсоляція) тощо.

Особливості прояву реактивних психологічних станів військовослужбовців відіграють значну роль на їх психічний та фізичний стан. Реактивні психічні стани – це психогенні, тимчасові, зворотні психічні розлади, які виникають під впливом психічної травми. Основними симптомами можуть бути: порушення сну; патологічні спогади (психічні спогади); нездатність запам'ятовувати – амнезія щодо певних подій

(уникнення); гіперчутливість (підвищена пильність); гіперзбудливість (недостатня гіперактивність). До вторинних симптомів належать: депресія, тривога, імпульсивна поведінка, алкоголізм, соматичні проблеми та дисфункція еґо. Психологічні наслідки участі у війні включають підвищення справедливості в мирний час, підвищену тривожність, «вибухову» реакцію на будь-який подразник, депресію, порушення соціальних стосунків між ветеранами. виникають сімейні конфлікти і проблеми з працевлаштуванням. Такі люди часто втрачають інтерес до суспільного життя, стають менш активними у вирішенні життєво важливих проблем, саме тому потребують надання своєчасної психологічної допомоги.

Специфіка міжособистісної взаємодії психолога з військовослужбовцями має дуже важливі моменти, котрі потрібно враховувати під час консультативної взаємодії. Дослідники виділяють наступні чотири основні напрямки психологічної підтримки учасників бойових дій: сфера освіти – навчання навичкам самопомоги та само підтримки, соціальний напрям – це методи, спрямовані на формування та підвищення соціальної підтримки та соціальної згуртованості бійців, напрямок психологічний – психологічна корекція та психотерапія, фізичний напрям – фізична активність, правильне харчування, духовність і розвинене почуття гумору тощо. Вчені виділяють певні етапи професійної психологічної допомоги при роботі з військовослужбовцями: психологічна діагностика, укладення так званого «психотерапевтичного контракту», початок розв'язання проблеми, опрацювання травматичного досвіду, «контроль середовища».

## **РОЗДІЛ 2.**

### **МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ СПЕЦИФІКИ МІЖОСОБИСТІСНОЇ ВЗАЄМОДІЇ ПСИХОЛОГА З ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМИ, ЩО ЗНАХОДЯТЬСЯ В РЕАКТИВНИХ ПСИХОЛОГІЧНИХ СТАНАХ**

У цьому розділі подано опис методичних засад дослідження специфіки міжособистісної взаємодії психолога з військовослужбовцями, що знаходяться в реактивних психологічних станах, а саме: організації емпіричного дослідження та аналіз обраних методик для психологічних вимірювань. Охарактеризовані такі методики: Госпітальна шкала тривожності і депресії (HADS), Шкала депресії А. Бека, Опитувальник посттравматичного стресового розладу (PCL-5), Опитувальник ситуативної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна.

#### **2.1. Організація емпіричного дослідження**

Для проведення дослідження специфіки міжособистісної взаємодії психолога з військовослужбовцями, що знаходяться в реактивних психологічних станах ми виділили три основних діагностичних підходи.

Перший – застосування тестових процедур. Тест є психодіагностичним методом, провідним моментом організації є використання стандартизованих питань і завдань (тестів), що мають певну цінність. Метод тестування дає змогу з певною ймовірністю визначити поточний рівень розвитку необхідних умінь, знань, особистісних властивостей людини. Методику тестування можна поділити на три етапи: 1) відбір тесту (визначається метою тесту, ступенем надійності та валідності тесту); 2) його функціонування (визначається експериментальною інструкцією); 3) інтерпретація результатів (визначається системою теоретичних положень, пов'язаних з предметом експерименту).

Експериментування є невід'ємним чинником особистісного менеджменту

і вимагає від дослідника (і, в принципі, будь-якого учасника навчального процесу) систематичного самоусвідомлення та самооцінки своєї самостійної діяльності у сфері формування та розвитку якостей, необхідних для дослідницької діяльності. Використання експериментів допомагає дослідникам у наступному:

- об'єктивна оцінка особистих і ділових якостей, стосунків з колегами та іншими людьми;
- подолати хибні стереотипи про себе та інших;
- коригування поведінки в напрямку успішної реалізації особистих і професійних цілей;
- робити раціональний професійний вибір і реально визначати можливості професійного зростання.

Другий діагностичний прийом – використання методу спостереження. Спостереження – метод вивчення поведінки та особистості людини, особливостей її мікросередовища за допомогою цілеспрямованого сприйняття, фіксації та аналізу об'єктивних їх проявів. Спостереження за досліджуваним може відбуватися під час бесіди з ним та за умов середовища його життєдіяльності (у сім'ї, у навчальному закладі, на робочому місці тощо). Предметом спостереження та фіксації можуть бути поведінкові акти клієнта, особливості його мови, невербальні прояви емоцій. Спостереження дає можливість перевірити відвертість особи, результати психодіагностики, доповнити інформацію, отриману під час бесід та інтерв'ю. Якість спостереження залежить від чітко поставленої мети та завдань (Яку саме інформацію необхідно отримати? Що дослідити?), вибору ознак, які фіксуватимуться, від об'єктивної позиції спостерігача.

Розрізняють такі види спостереження: пряме (безпосереднє); непрямий (непрямий); самоаналіз.

Під час безпосереднього спостереження дослідник безпосередньо бере участь у дослідницькому процесі та співпрацює з учасниками дослідження. Залежно від завдання дослідження створюється система зв'язку між

спостерігачем та іншими учасниками дослідження. За допомогою цього методу більш детально вивчаються зовнішні прояви почуттів і поведінки в процесі навчання і виховання дітей.

Непряме спостереження не передбачає безпосередньої участі дослідника в досліджуваному процесі. Воно ефективніше прямого спостереження, тому що не дає можливості зафіксувати природну поведінку дітей або впливати на вчителя.

Самоспостереження – це вивчення внутрішніх психічних процесів і одночасне спостереження за їх зовнішніми проявами. Цей своєрідний спосіб «проникнення» в психічні процеси і явища пов'язаний з певними труднощами, оскільки дані самоспостереження не потребують інтерпретації, але необхідний порядок, у якому вони відбуваються. Спостереження включає елементи теоретичного мислення (методологічні прийоми розуміння і моніторингу ідей і результатів), а також кількісні та якісні методи їх аналізу.

Третій підхід до дослідження специфіки міжособистісної взаємодії психолога з військовослужбовцями прямо пов'язаний з динамічним розумінням цього феномена. Вивчати міжособистісну взаємодію – це одночасно створювати умови для прояву особистісних якостей під час взаємодії, даючи особі зрозуміти власний досвід роботи над собою і, спостерігаючи за змінами, що відбуваються, вміня робити певні висновки. Суть третього підходу – створення взаємодії у значущій для людини сфері життя, будь-то сім'я, робота, побут чи відпочинок.

Отже, для здійснення експериментального дослідження нами було використано такі *тестові методики*, як: Госпітальна шкала тривожності і депресії (HADS), Шкала депресії А. Бека, Опитувальник посттравматичного стресового розладу (PCL-5), Опитувальник ситуативної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна.

Описання цих методик та їх застосування в емпіричному дослідженні специфіки міжособистісної взаємодії психолога з військовослужбовцями, що знаходяться в реактивних психологічних станах, буде проводитись у вище

зазначеній послідовності, яка буде збережена і при подальшому описанні отриманих результатів експериментального дослідження.

## 2.2. Госпітальна шкала тривожності і депресії (HADS)

Дана шкала призначена для скринінгу тривоги депресії у соматичних пацієнтів. Вона була розроблена А.С. Зігмундом та Р.П. Снайтом у 1983 році. При створенні шкали HADS автори виключили симптоми тривоги та депресії, які можна трактувати як прояви соматичних захворювань (наприклад, запаморочення, головний біль тощо). Субшкала депресії була обрана зі списку скарг і симптомів, які часто присутні і в основному відображають ангедонічний компонент депресивних розладів. Пункти субшкали тривоги складаються на основі відповідної частини стандартизованого розділу клінічного інтерв'ю.

Інструкції: «Ігноруйте цифри та літери в лівій частині анкети. Уважно прочитайте кожне твердження та обведіть відповідну цифру ліворуч поряд із варіантом відповіді, який найбільше відповідає вашим почуттям за минулий тиждень. Не думайте надто довго про кожне твердження. Перша відповідь, яка спадає вам на думку, завжди буде правильнішою. Час виконання 20-30 хвилин».

Сама методика містить «Ключ», яким є субшкала T – «тривожність»: непарні пункти 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13. Субшкала D – «депресія»: парні 2, 4 пункти, 6, 8, 10, 12, 14. Результати обробляються за таким принципом: якщо пацієнт пропустив певні пункти, перервав наповнення ваги на значний проміжок часу (кілька годин) або не відповідає встановленим вимогам, . Через деякий час тест рекомендується повторити, використовуючи новий бланк. Ця шкала складається з 14 пунктів, які поділяються на «тривога» (непарні пункти – 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) і «депресія» (парні пункти – 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14). Кожне твердження відповідає чотирьом варіантам відповіді, що відображають ступінь тяжкості симптомів, кодованих відповідно до тяжкості симптомів від

0 (відсутній) до 3 (максимальна тяжкість). Обробка результатів передбачає обчислення підсумків для кожної шкали. Інтерпретація результатів від 0 до 7 – в нормі (немає симптомів тривоги або депресії); 8-10 – субклінічна тривога / депресія; 11 і більше – клінічна тривога/депресія.

### **2.3. Шкала депресії А. Бека**

Шкала депресії Бека використовується для самодіагностики тяжкості депресії та складається з 21 питання. Цей метод дає можливість виявити депресивний стан і ступінь тяжкості депресії. Вони відображають певні симптоми та негативні думки в людей з депресією – депресія, песимізм, неадекватність, незадоволення, почуття провини, відчуття, що я буду покараний, ненависть до себе, самозвинувачення, суїцидальні думки, плаксивість.

Шкала депресії Бека – це опитувальник, який заповнюється 1-2 рази на тиждень. Він показує загальний рівень депресії і людина може порівняти сама, як змінюються з часом інтенсивність депресії та її окремі симптоми.

Обробка результатів: За відповіді нараховується: “а” – 0 балів, “б” – 1 бал, “в” – 3 бали, “г” – 4 бали. Підраховується загальна кількість отриманих балів (якщо респондент обрав не одне, а кілька тверджень для окремої позиції, вони також зараховуються). Інтерпретація результатів: ступінь депресії: 0-4 бали – депресії немає; 5-7 балів – легка депресія; 8-15 балів – середній ступінь депресії; 16 і більше балів – високий рівень депресії.

### **2.4. Опитувальник посттравматичного стресового розладу (PCL-5)**

Методика посттравматичного стресового розладу (PCL-5) – це інструмент самооцінки посттравматичного стресового розладу (ПТСР) на основі діагностичних критеріїв DSM-5.

Це 20-пунктова шкала самооцінки симптомів посттравматичного

стресового розладу та тяжкості. Питання PCL-5 відповідають критеріям DSM-5 для ПТСР. PCL-5 призначений для вирішення різноманітних клінічних питань, зокрема: підраховувати та відстежувати симптоми протягом тривалого часу, виявляти людей з ПТСР, допомогти у встановленні попереднього діагнозу посттравматичний стресовий розлад.

PCL-5 – це інструмент для самооцінки, який можна заповнити за 5-10 хвилин. Його розробив Національний центр США з ПТСР. PCL-5 не слід використовувати як окремий діагностичний інструмент. Для встановлення діагнозу слід використовувати навички проведення клінічних інтерв'ю та рекомендовані структуровані інтерв'ю (наприклад, шкала посттравматичних стресових розладів, призначена лікарем DSM-5, CAPS-5).

Інструкції: Нижче наведено реакції, які іноді виникають після травматичного досвіду. Уважно прочитайте кожен пункт і виберіть відповідь, яка показує, наскільки ця проблема вас турбувала протягом останнього місяця.

Анкета PCL-5 складається з 20 запитань, кожне з яких оцінюється від 0 до 4 балів залежно від тяжкості симптомів. Ця анкета часто використовується для виявлення посттравматичного стресового розладу. Питання цієї шкали відображають відповідні кластери симптомів ПТСР за класифікацією DSM-5.

- Критерій А – опис травматичної події.
- Критерій В, симптоми нападу – питання 1-5.
- Критерій С, симптоми уникнення – питання 6 і 7.
- Критерій D, негативні думки та емоції - 8-14 питань.
- Критерій Е, симптоми гіперреактивності - 15-20 питань.

Мінімальний можливий бал – 0, а максимальний – 80. Діагноз посттравматичний стресовий розлад вимагає впливу травматичної події. Дані PCL-5 показують, що оцінка 5 є найнижчим порогом для визначення того, чи відреагувала особа на лікування, а оцінка 10 є найнижчим порогом

для визначення того, чи відбулося у людини клінічне покращення.

Скринінговий тест на ПТСР вважається позитивним, якщо оцінка перевищує 33.

## **2.5. Тест ситуативної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна**

Хоча підвищена тривожність є ключовим механізмом дезадаптивної поведінки, певний рівень тривожності є природною і неминучою особливістю продуктивного функціонування людини. У кожного свої турботи і тривоги. Самоконтроль і самооцінка цього стану є важливою складовою адаптивної саморегуляції, оскільки підвищення рівня тривожності є провідним «обов'язковим механізмом» дезадаптації.

Особистісна тривожність – це стійка особистісна характеристика людини, яка визначає схильність сприймати певні ситуації як загрозливі та небезпечні для самооцінки та самоцінки.

Ситуаційна реактивна тривога характеризується суб'єктивно пережитими емоціями: напругою, тривогою, занепокоєнням, фрустрацією. Цей стан є емоційною реакцією на стресові ситуації.

Люди з високою тривожністю схильні реагувати на тривогу, відчуваючи загрози своїй самооцінці та життю. Якщо за результатами тесту виявлено високий рівень особистісної тривожності, це є підставою для прогнозування виникнення тривожності в різних ситуаціях, пов'язаних з оцінкою компетентності та репутації.

### Шкала ситуаційної тривожності (ST)

Інструкції. Уважно прочитайте кожне з наведених нижче речень і впишіть число у відповідне поле праворуч, залежно від того, що ви зараз відчуваєте. Немає правильних чи неправильних відповідей, тому не думайте довго над запитанням.

### Шкала особистої тривожності (OT)

Інструкції. Уважно прочитайте кожне з наступних речень і позначте цифру у відповідному стовпчику праворуч відповідно до того, що ви відчуваєте в цей момент. Не думайте довго над запитаннями, тому що правильних чи неправильних відповідей немає.

Аналізуючи результати самозвітів, слід зазначити, що загальна підсумкова оцінка за шкалами ситуативної та особистісної тривожності може коливатися від 20 до 80 балів. При цьому чим вищий підсумковий бал, тим вищий рівень тривожності (ситуативної чи особистісної).

Орієнтовні оцінки рівня тривожності: від 0 до 30 балів – низька тривожність; від 31 до 44 балів – помірна тривожність; від 45 і більше – висока тривожність.

### **Висновки до другого розділу**

Таким чином, нами було з'ясовано, що дослідження специфіки міжособистісної взаємодії психолога з військовослужбовцями, що знаходяться в реактивних психологічних станах, повинно відбуватися із застосуванням емпіричних методів дослідження, які використовуються в психологічній науці.

Проаналізувавши різні підходи та методики до наукових психологічних досліджень, ми зупинилися на наступних: Госпітальна шкала тривожності і депресії (HADS), Шкала депресії А. Бека, Опитувальник посттравматичного стресового розладу (PCL-5), Опитувальник ситуативної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна.

Спочатку нам потрібно оцінити психоемоційний стан досліджуваних відібраних двох груп: контрольної (на котру не будуть впливати умови участі в бойових діях) та експериментальної (на котру буде здійснюватися вплив умов участі в бойових діях) до впливу змінних. Згодом через деякий час ми проведемо другий зріз констатуючого експерименту на двох групах досліджуваних, але уже з умовами впливу бойових дій на психоемоційний стан досліджуваних експериментальної групи та порівняти отримані дані.

### РОЗДІЛ 3.

## ХІД І РЕЗУЛЬТАТИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ СПЕЦИФІКИ МІЖОСОБИСТІСНОЇ ВЗАЄМОДІЇ ПСИХОЛОГА З ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМИ, ЩО ЗНАХОДЯТЬСЯ В РЕАКТИВНИХ ПСИХОЛОГІЧНИХ СТАНАХ

В даному емпіричному розділі представлено результати діагностики досліджуваних двох груп військових: контрольної та експериментальної. Згідно мети нашого дослідження, а саме специфіки міжособистісної взаємодії психолога з військовослужбовцями, що знаходяться в реактивних психологічних станах, нами проведено два зрізи констатувального емпіричного дослідження за вказаними методиками: Госпітальна шкала тривожності і депресії (HADS), Шкала депресії А. Бека, Опитувальник посттравматичного стресового розладу (PCL-5), Опитувальник ситуативної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна. Кількісний та якісний аналіз отриманих результатів представлено у вигляді діаграм, гістограм та таблиць.

### 3.1. Організація емпіричного дослідження

Дослідження виконувалось на базі військової частини А7044 м. Полтави та в Полтавському казенному експериментальному протезно-ортопедичному підприємстві. Перший зріз був проведений у вересні-жовтні 2022 року, а другий у вересні-жовтні 2023 року. У дослідженні брали участь 100 військовослужбовців віком від 25 до 56 років (50 осіб контрольної групи – військові забезпечення та логістики, які не мали статусу учасників бойових дій та 50 осіб експериментальної групи – військові розвідки та контрдиверсійної боротьби, які мали статус учасників бойових дій).

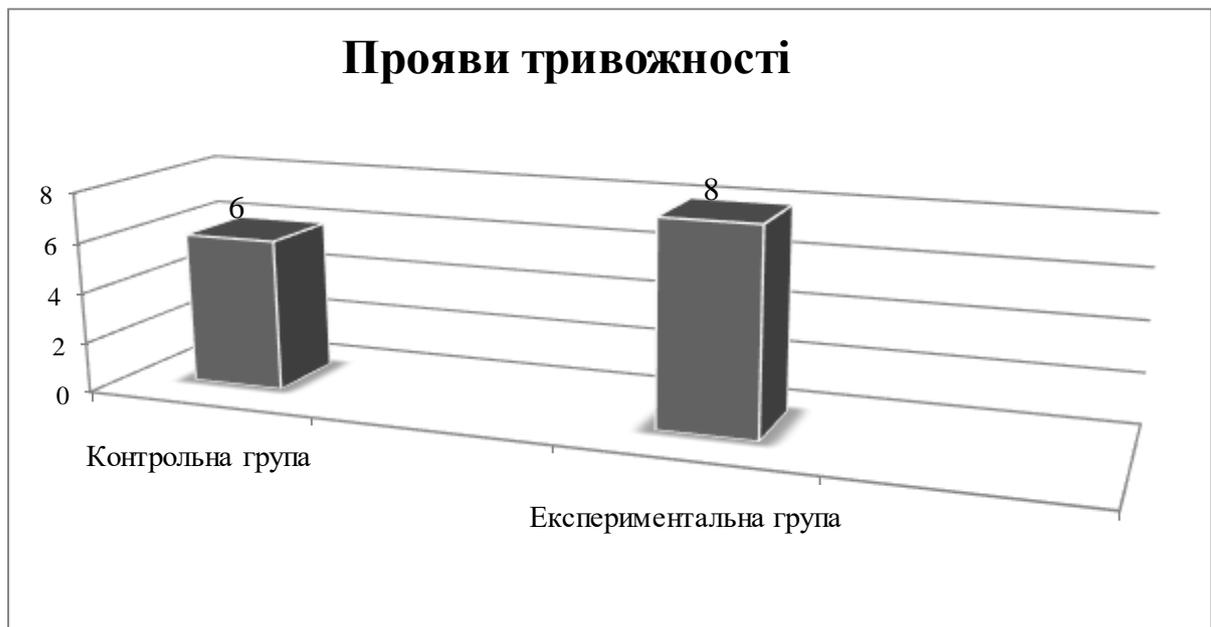
Для здійснення експериментального дослідження нами було використано такі *тестові методики*, як: Госпітальна шкала тривожності і депресії (HADS), Шкала депресії А. Бека, Опитувальник посттравматичного стресового розладу

(PCL-5), Опитувальник ситуативної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна.

### **3.2. Характеристика проявів депресії та тривожності військовослужбовців**

Першим кроком констатуючого етапу дослідження стало вивчення особливостей прояву тривожності та депресії у військовослужбовців за допомогою методики Госпітальна шкала тривожності і депресії (HADS).

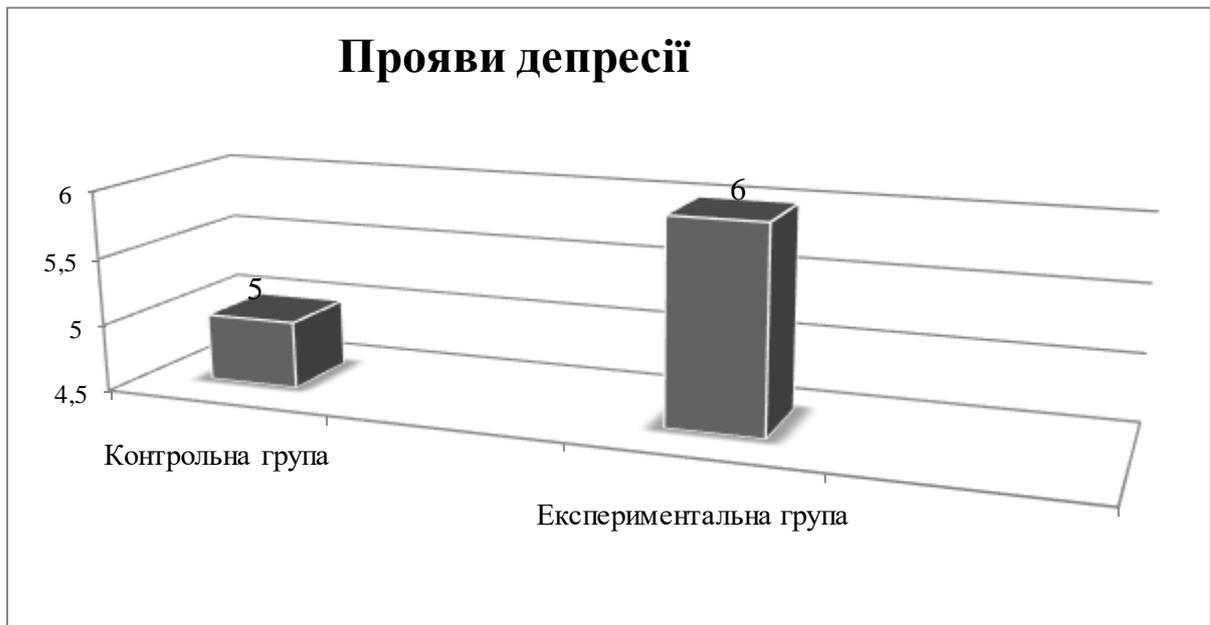
Інтерпретація результатів відбувається за допомогою отриманих балів за таким розподіленням: 0-7 – норма (відсутність достовірно виражених симптомів тривоги і депресії); 8-10 – субклінічно виражена тривога/депресія; 11 і вище - клінічно виражена тривога/депресія.



**Рис.3.1. Показник прояву тривожності в експериментальній та контрольній групах за Госпітальною шкалою тривожності і депресії (HADS)**

Відповідно, було з'ясовано, що в експериментальній групі в першому зрізі була субклінічно виражена тривога, адже середній показник по групі

досліджуваних отримав показник 8 балів. А в контрольній групі була відсутність достовірно виражених симптомів тривоги з середнім показником 6 балів.



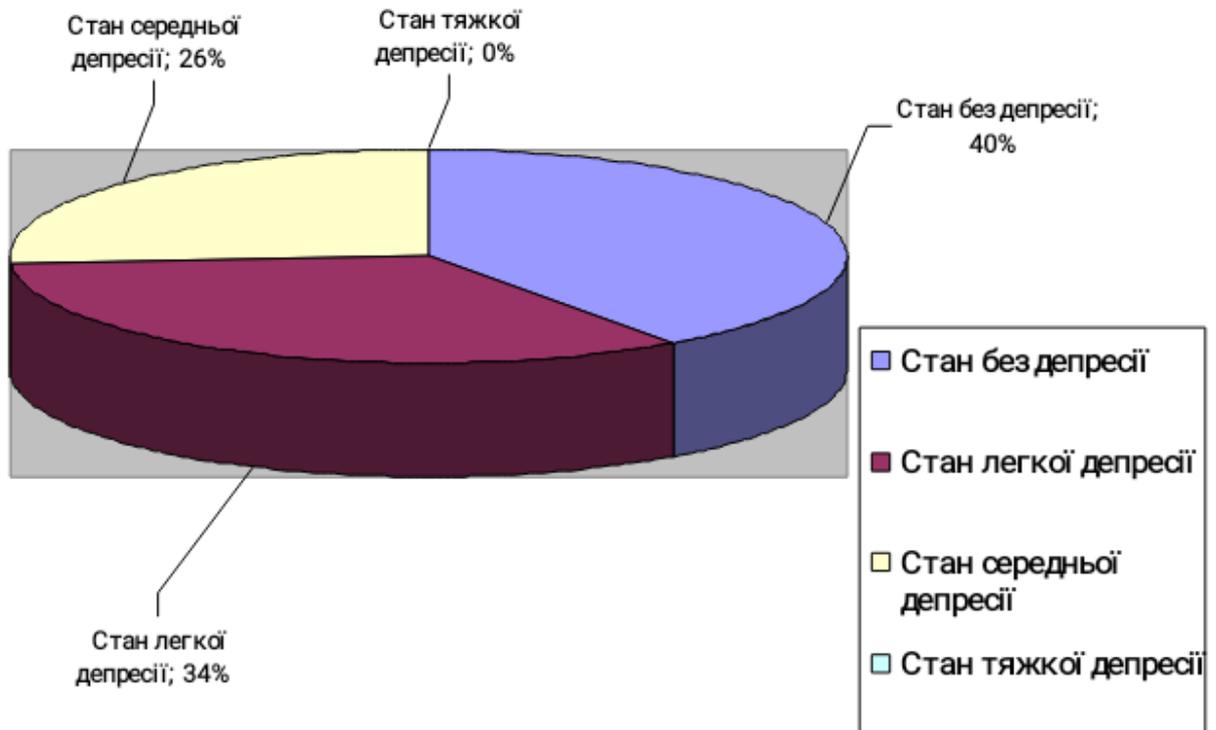
**Рис.3.2. Показник прояву депресії в експериментальній та контрольній групах за Госпітальною шкалою тривожності і депресії (HADS)**

Прояви депресії в обох групах, і в контрольній (5 балів), і в експериментальній (6 балів) лежать в межах норми (0-7 балів – норма), що говорить про відсутність достовірно виражених симптомів депресії.

### **3.3. Аналіз особливостей ступеня прояву депресії у досліджуваних**

Наступним етапом нашого дослідження стало вивчення особливостей прояву депресивних реакцій за Шкалою депресії А. Бека у військовослужбовців контрольної та експериментальної груп в рамках першого констатувального зрізу.

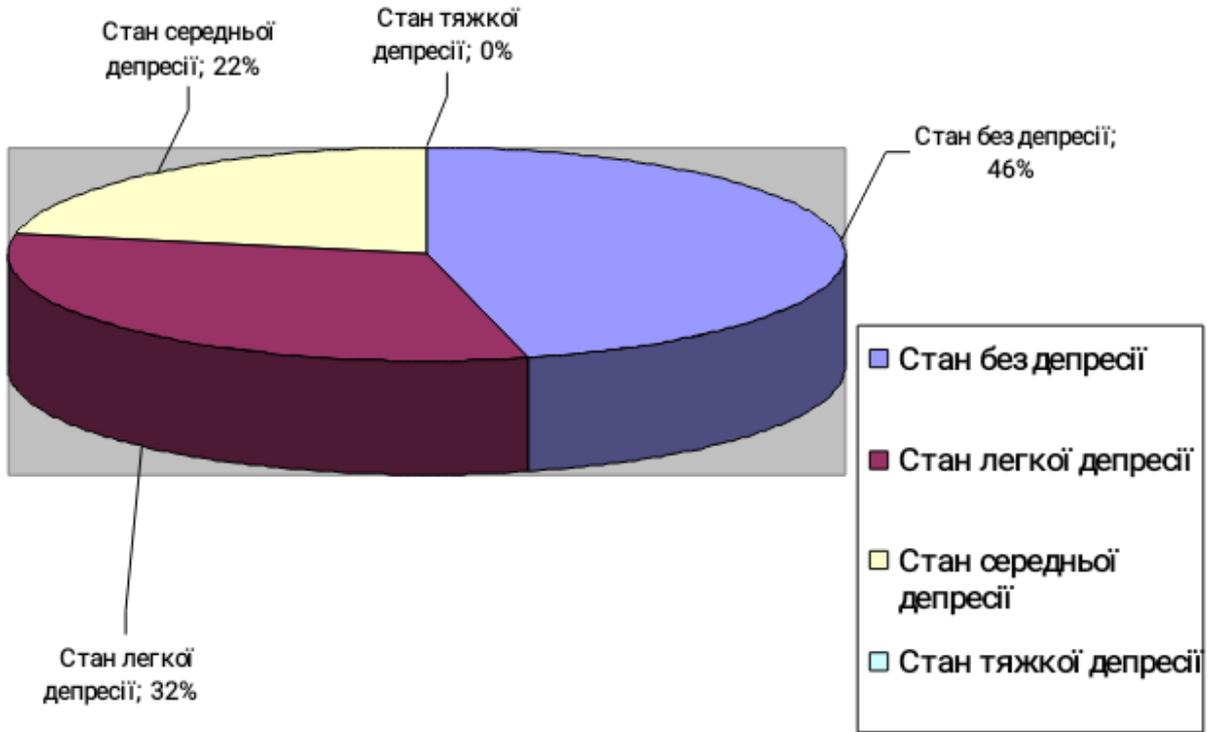
За методикою ступінь депресії визначається за такими показниками: 0-4 бали – депресія відсутня; 5-7 бали – легкий ступінь депресії; 8-15 бали – середній ступінь депресії; 16 і більше балів – високий рівень депресії.



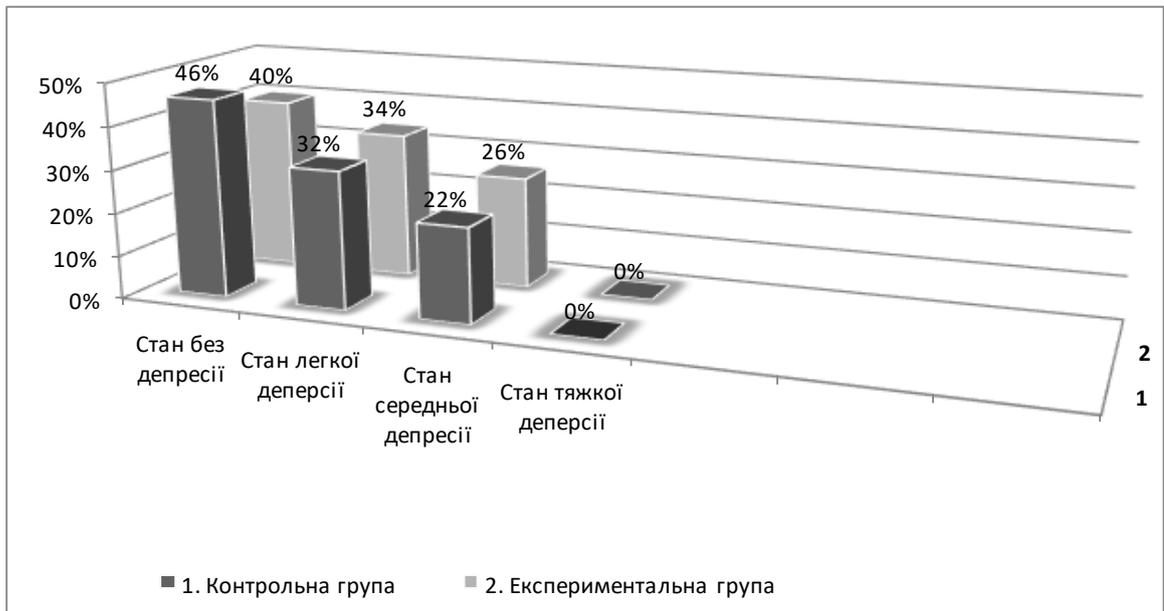
**Рис. 3.3. Аналіз результатів, отриманих в експериментальній групі за допомогою методики Шкала депресії А. Бека**

Так, в експериментальній групі найбільша кількість досліджуваних, а це 40% мали стан без депресії, 34% – знаходились в стані легкої депресії, 26% – в стані середнього прояву депресії і в жодного не було виявлено стану тяжкої депресії.

У контрольній групі показники мали трохи інші дані, хоча у загальній сукупності не суттєво відрізнялися від показників експериментальної групи за першим констатувальним зрізом: 46% мали стан без депресії, 32% – знаходились в стані легкої депресії, 22% в стані середнього прояву депресії і в жодного не було виявлено стану тяжкої депресії.



**Рис. 3.4. Аналіз результатів, отриманих в контрольній групі за допомогою методики Шкала депресії А. Бека**



**Рис.3.5. Порівняння показників прояву депресії досліджуваних в контрольній та експериментальній групах після першого констатувального зрізу за методикою Шкала депресії А. Бека**

### **3.4. Специфіка особливостей посттравматичного стресового розладу військових**

За Опитувальником посттравматичного стресового розладу (PCL-5) були з'ясовані основні показники прояву ПТСР у військовослужбовців контрольної та експериментальної груп: симптоми інтрузії – від 1 по 5-те запитання, симптоми уникнення – 6 та 7 запитання, негативні думки та емоцій – від 8 по 14 запитання, симптоми надмірної реактивності – від 15 по 20 запитання.

Симптоми інтрузії включають в себе – це фізіологічна реакція на нав'язливі спогади, нічні жахи, дисоціативні реакції (флешбеки), психологічний дистрес і нагадування про травматичні події (тригери).

Так, у військовослужбовців контрольної та експериментальної груп були виявлені наступні показники проявів симптомів інтрузії в такому поєднанні: нав'язливі спогади (22%:30%), страшні сни (18%:34%), дисоціативні реакції (флешбеки) (12%:26%), психологічний дистрес (8%:16%).

Симптомами уникнення будуть: дисоціативна амнезія – нездатність запам'ятовувати частини травмуючої події; почуття відсторонення або відчуження від раніше близьких людей; уникнення розмов і думок про травматичну подію; уникнення асоціацій: думок, почуттів, речей, людей, місць, пов'язаних із травматичною подією; відчуття постійної потреби щось робити; вживати алкоголь або наркотики, щоб уникнути спогадів; емоційні почуття та почуття, відірвані від почуттів.

У військовослужбовців контрольної та експериментальної груп були виявлені наступні показники проявів симптомів уникнення в такому поєднанні: дисоціативна амнезія (12%:24%), почуття відсторонення або відчуження (8%:22%), уникнення розмов і думок про травматичну подію (32%:56%), відчуття постійної потреби щось робити (14%:32%), вживання алкоголю або наркотиків (10%:16%), почуття емоційного заціпеніння або

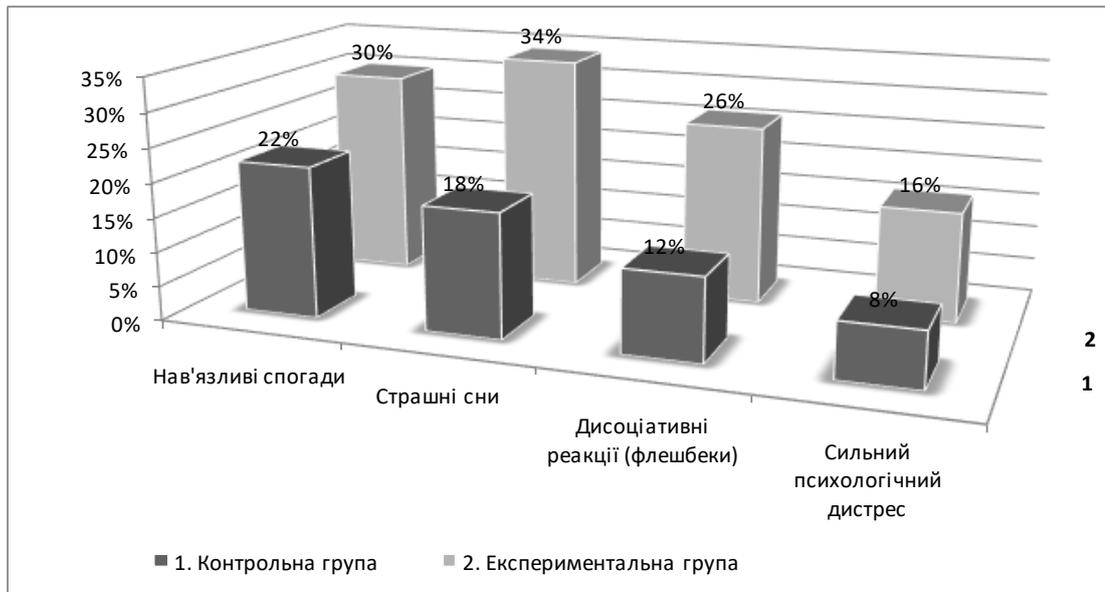
відірваності від своїх почуттів (4%:8%).

До негативних думок та емоцій при ПТСР відносять: негативні переконання та очікування: шкідливі думки про себе, інших або світ; звинувачення себе та інших у причині травми та її наслідках; відчуття неможливості нікому довіряти; негативні емоції: постійне переживання страху, жахіть, гніву, провини або сорому; втрата інтересу до занять, які раніше подобалися; нездатність переживати позитивні емоції, навіть легку радість (ангедонія).

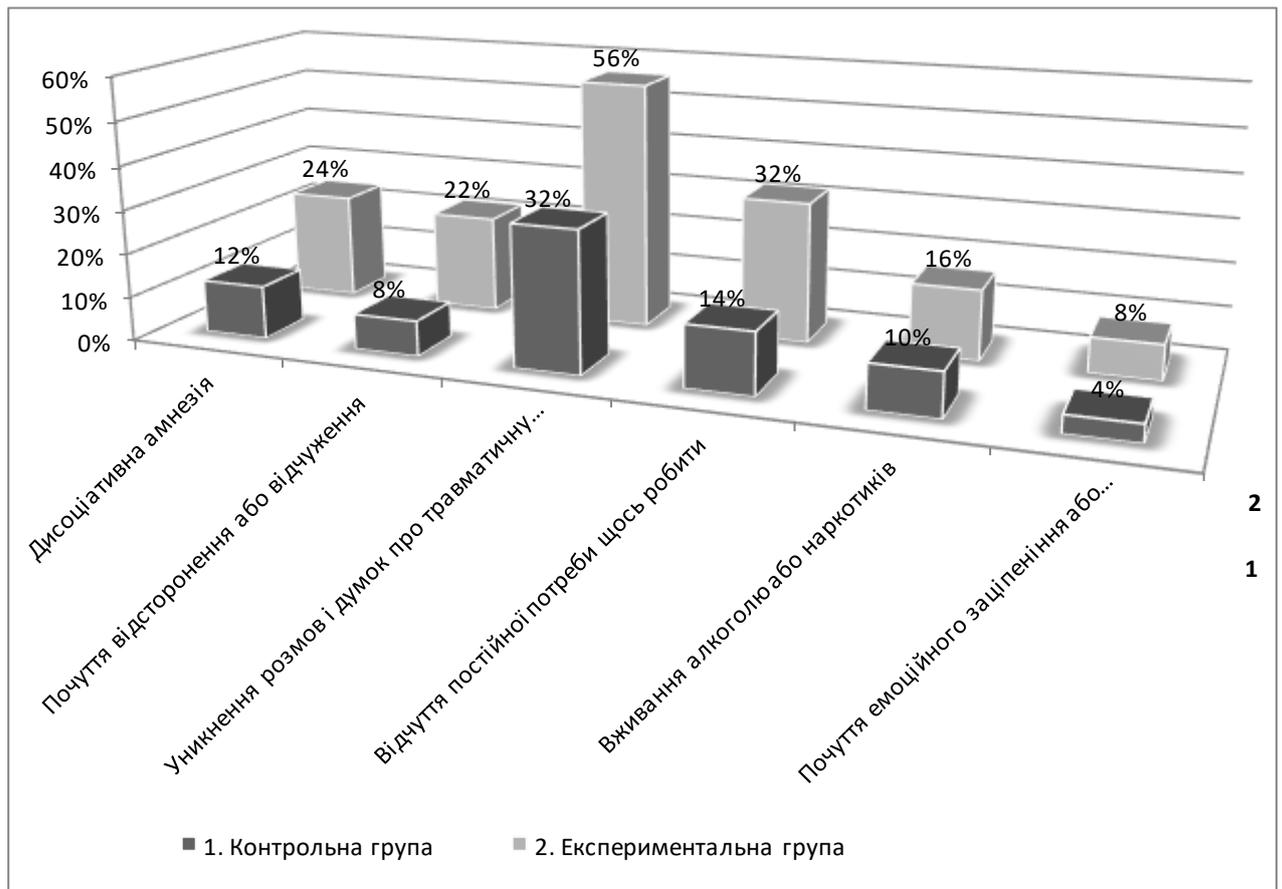
У військовослужбовців контрольної та експериментальної груп були виявлені наступні показники проявів негативних думок та емоцій в такому поєднанні: негативні переконання та очікування (22%:34%), шкідливі думки про себе (8%:12%), звинувачення себе та інших у причині травми (12%:24%), відчуття неможливості нікому довіряти (18%:28%), постійне переживання страху (10%:26%), постійне переживання гніву (6%:14%), постійне переживання провини або сорому (5%:8%), втрата інтересу (8%:10%), ангедонія (6%:12%).

До симптомів надмірної реактивності при ПТСР відносять: гіперпильність, лякливість, проблеми з концентрацією уваги, проблеми зі сном та пробудженням, панічні атаки, дратівливість, нерозсудливість.

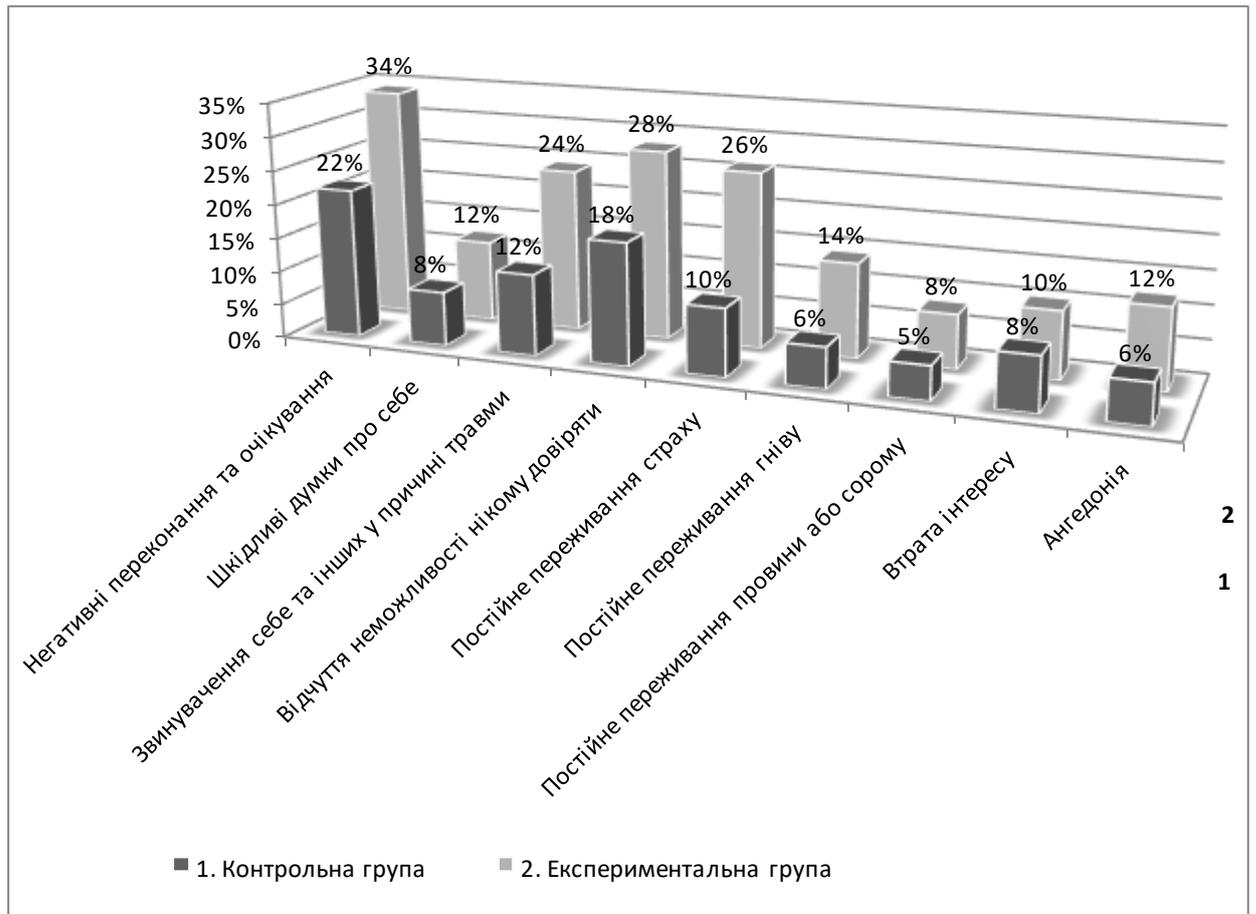
У військовослужбовців контрольної та експериментальної груп були виявлені наступні показники проявів надмірної реактивності в такому поєднанні: гіперпильність (6%:8%), лякливість (4%:6%), проблеми з концентрацією уваги (10%:18%), проблеми зі сном (18%:26%), панічні атаки (4%:6%), дратівливість (5%:7%), нерозсудливість (4%:6%).



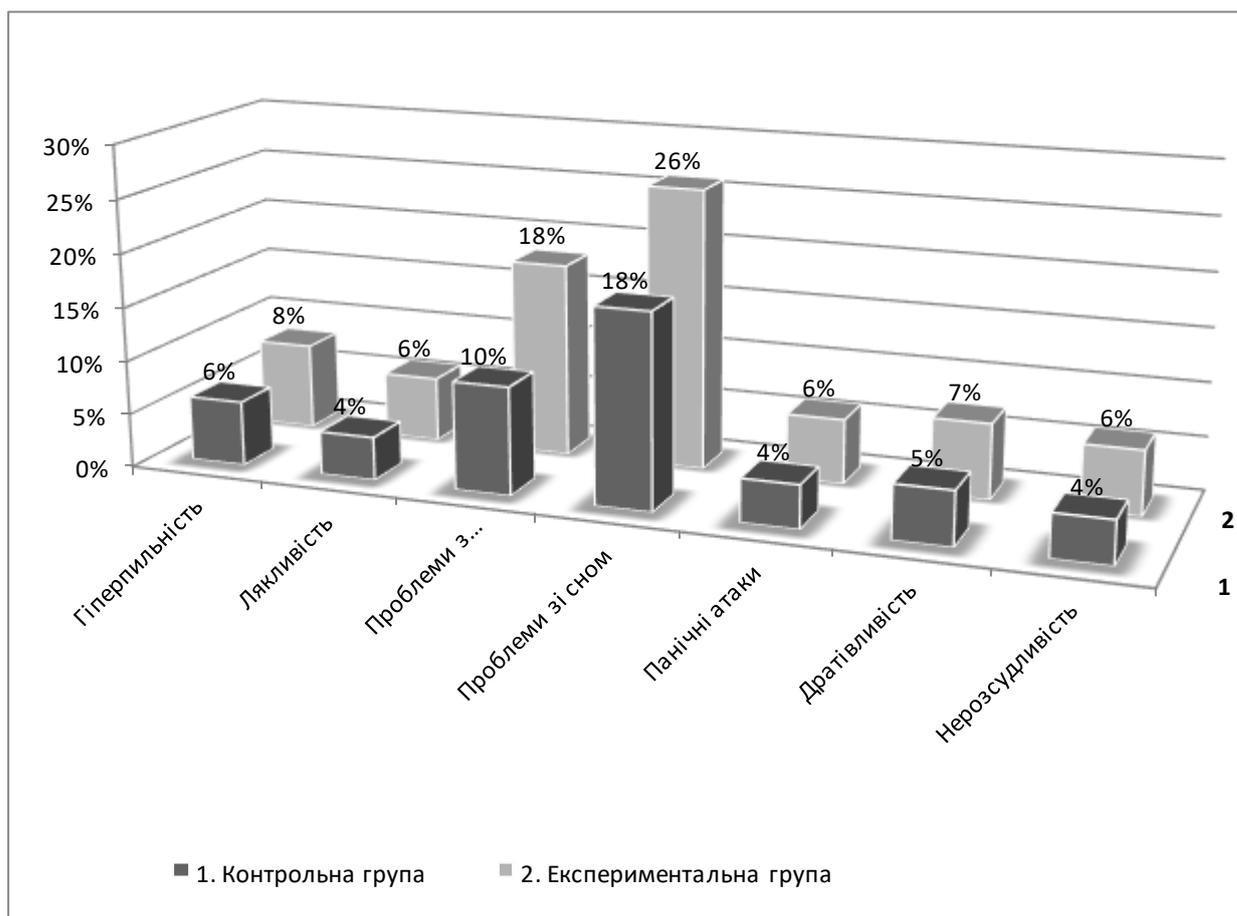
**Рис.3.6. Показники прояву симптомів інтрузії при посттравматичному стресовому розладі у військових в контрольній та експериментальній групах після першого констатувального зрізу за Опитувальником посттравматичного стресового розладу (PCL-5)**



**Рис.3.7. Показники прояву симптомів уникання при посттравматичному стресовому розладі у військових в контрольній та експериментальній групах після першого констатувального зрізу за Опитувальником посттравматичного стресового розладу (PCL-5)**



**Рис.3.8. Показники прояву негативних думок та емоцій при посттравматичному стресовому розладі у військових в контрольній та експериментальній групах після першого констатувального зрізу за Опитувальником посттравматичного стресового розладу (PCL-5)**



**Рис.3.9. Показники прояву надмірної реактивності при посттравматичному стресовому розладі у військових в контрольній та експериментальній групах після першого констатувального зрізу за Опитувальником посттравматичного стресового розладу (PCL-5)**

### **3.5. Особливості прояву ситуативної та особистісної тривожності**

Наступним кроком констатуючого етапу дослідження стало вивчення особливостей прояву ситуативної та особистісної тривожності у військовослужбовців за допомогою методики «Дослідження особистісної та ситуативної тривожності Спілбергера-Ханіна».

Для кращого розуміння особистісної та ситуативної тривожності Спілбергер позначив першу як «Т – властивість», а другу – як «Т – стан». Особистісна тривожність є більш стійкою категорією і характеризується вищим типом нервової системи, темпераментом,

особистістю, вихованням і набутими стратегіями реагування на зовнішні фактори. Ситуаційна тривожність більше залежить від поточних проблем і переживань – так, у більшості людей перед відповідальною подією вона набагато вище, ніж у звичайному житті. Як правило, показники особистісної та ситуативної тривожності пов'язані між собою: люди з високим показником особистісної тривожності виявляють більше ситуативної тривожності в подібних ситуаціях. Цей зв'язок особливо яскраво виявляється в ситуаціях, коли самооцінка особистості знаходиться під загрозою, прикладом чого може бути ситуація участі в бойових діях.

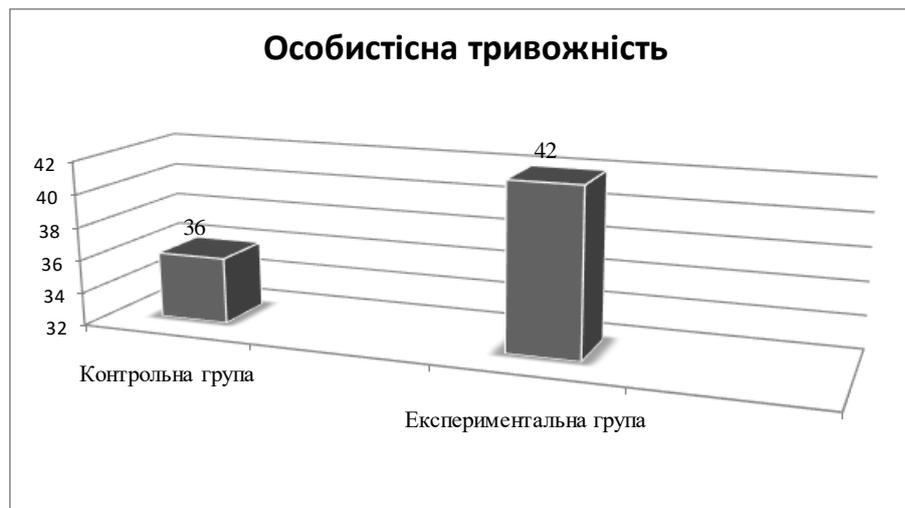
Отримані результати рівнів особистісної та ситуативної тривожності військовослужбовців представлені на рис. 3.10. та 3.11. Під час аналізу результатів самооцінки тривожності треба мати на увазі, що загальний підсумковий показник за шкалами ситуативної й особистісної тривожності може знаходитися в діапазоні від 20 до 80 балів. При цьому чим вищий підсумковий показник, тим вищий рівень тривожності (ситуативної чи особистісної).

Дані дозволяють свідчити, що ситуативна тривожність найбільш виражена у військовослужбовців експериментальної групи в порівнянні з контрольною групою. При чому в контрольній групі вона висока 52 (показник від 45 і більше), а в експериментальній – 54 (показник від 45 і більше), низький (при нормі 0-30 балів) та середній рівень тривожності (показник 31-44) не був притаманним жодній із груп досліджуваних.



**Рис.3.10. Показник прояву ситуативної тривожності в експериментальній та контрольній групах за допомогою методики «Дослідження особистісної та ситуативної тривожності Спілбергера-Ханіна»**

Далі ми порівняємо показники особистісної тривожності військовослужбовців. Встановлено, що особистісна тривожність найбільш виражена у військовослужбовців експериментальної групи в порівнянні з контрольною групою. При чому в контрольній групі вона менша 36 (показник 31-44), а в експериментальній – 42 (показник 31-44). Низький рівень та високий прояви тривожності не був притаманним жодній із груп досліджуваних військовослужбовців.



**Рис.3.11. Показник прояву особистісної тривожності в експериментальних та контрольній групах за допомогою методики «Дослідження особистісної та ситуативної тривожності Спілбергера-Ханіна»**

Хоча підвищена тривожність є ключовим механізмом дезадаптивної поведінки, певний рівень тривожності є природною та неминучою особливістю продуктивного функціонування людини. У кожного свої турботи і тривоги. Самоконтроль і самооцінка даної ситуації є важливою складовою адаптаційної саморегуляції, оскільки підвищення рівня тривожності є провідним «обов'язковим механізмом» адаптаційних розладів, що свідчить про наявність у суб'єктів стресу.

Особистісна тривожність – це стійка особистісна характеристика людини, яка визначає схильність сприймати ті чи інші ситуації як загрозливі, що загрожують самоповазі та самоповазі.

Ситуаційна реактивна тривога характеризується суб'єктивно пережитими емоціями: напругою, тривогою, занепокоєнням, фрустрацією. Цей стан є емоційною реакцією на стресові ситуації, такі як війна.

Люди з високою тривожністю схильні реагувати на тривогу, відчуваючи загрози своїй самооцінці та життю. Якщо за результатами тесту виявлено високий рівень особистісної тривожності, це є підставою для прогнозування розвитку тривожності в різних ситуаціях, пов'язаних з оцінкою компетентності та репутації, що ми підтверджуємо умовами проведення нашого експерименту в групах військовослужбовців в умовах воєнного стану.

### **3.6. Порівняння показників емоційно-вольової сфери досліджуваних в контрольній та експериментальній групах після другого констатувального зрізу**

Другий зріз констатувального експерименту проводився у вересні-жовтні 2023 року. У дослідженні брали участь 100 військовослужбовців віком від 25 до 56 років (50 осіб контрольної групи – військові забезпечення та логістики, які не мали статусу учасників бойових дій та 50 осіб експериментальної групи – військові розвідки та контрдиверсійної боротьби, які мали статус учасників бойових дій) майже через рік після початку

повномасштабного вторгнення росії проти України. Контрольна група досліджуваних так і не брала участі в активних бойових діях, а експериментальна група приймала безпосередню участь в зоні бойових дій на першій лінії оборони.

Використовувались наступні психологічні методики: Госпітальна шкала тривожності і депресії (HADS), Шкала депресії А. Бека, Опитувальник посттравматичного стресового розладу (PCL-5), Опитувальник ситуативної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна.

Так, було з'ясовано, що в контрольній групі маємо показники збільшення проявів тривожності з 6 середнього значення до 7, проявів депресії з 5 середнього значення до 6, досліджуваних у стані легкої депресії з 32% до 42%, у стані середньої депресії з 22% до 28%, з'явилося 2% досліджуваних у стані тяжкої депресії, збільшилась ситуативна тривожність досліджуваних з 52% до 54%, а також особистісна тривожність з 36% до 44%. Зменшилась кількість досліджуваних у стані без депресії з 46% до 42%. Все це говорить про погіршення показників емоційно-вольової сфери досліджуваних в контрольній групі, пов'язаних з тривалими стресовими умовами військової служби, хоча вона і не була пов'язана з прямою участю у бойових діях.



**Рис.3.12. Порівняння показників прояву емоційно-вольової сфери досліджуваних в контрольній групі після першого та другого констатувальних зрізів**

В експериментальній групі також були помічені зрушення у бік погіршення психоемоційного стану досліджуваних, але у значно вищих показниках: збільшення проявів тривожності з 8 середнього значення до 10, проявів депресії з 6 середнього значення до 8, досліджуваних у стані середньої депресії з 26% до 32%, з'явилося 12% досліджуваних у стані тяжкої депресії, збільшилась ситуативна тривожність досліджуваних з 54% до 68%, а також особистісна тривожність з 42% до 56%. Зменшилась кількість досліджуваних у стані без депресії з 40% до 34% та в стані легкої депресії з 34% до 22%, що також вказує на значні психоемоційні навантаження на військовослужбовців в умовах участі в бойових діях та перенесений бойовий стрес.



**Рис.3.13. Порівняння показників прояву емоційно-вольової сфери досліджуваних в експериментальній групі після першого та другого констатувальних зрізів**

Порівняння показників прояву емоційно-вольової сфери досліджуваних в контрольній та експериментальній групі після другого зрізу констатувального дослідження дало нам уявлення щодо значної різниці в психоемоційному стані обох груп досліджуваних. Так, було помічено, що в

контрольній групі досліджуваних в порівнянні з експериментальною значно менші показники прояву тривожності 7 та 10 середнього значення, показників депресії 6 та 8 середнього значення, в контрольній групі в порівнянні з експериментальною значно більше досліджуваних в стані без депресії 42% та 34%, в стані легкої депресії 42% та 22%. А всі інші показники переважають в досліджуваних експериментальної групи у порівнянні з контрольною: у стані середньої депресії 32% та 28%, у стані тяжкої депресії 12% та 2%, ситуативна тривожність 68% до 54%, а також особистісна тривожність 56% та 44%. Що також говорить про участь у бойових діях на психоемоційну сферу військовослужбовців.

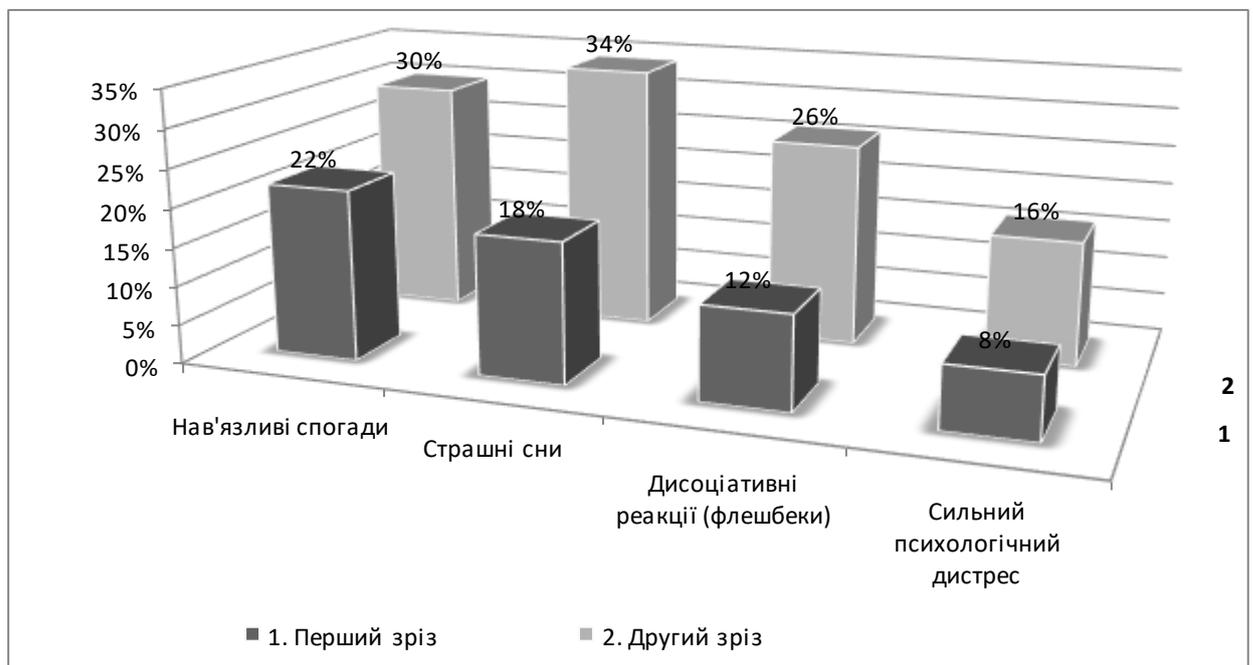


**Рис.3.14. Порівняння показників прояву емоційно-вольової сфери досліджуваних в контрольній та експериментальній групі після другого констатувального зрізу**

За Опитувальником посттравматичного стресового розладу (PCL-5) були з'ясовані основні показники прояву ПТСР у військовослужбовців контрольної та експериментальної груп на початку війни та майже через рік її активної фази. При чому досліджувані контрольної групи не брали безпосередньої участі в активних бойових діях, а забезпечували матеріально-

технічний стан військ, а досліджувані експериментальної групи приймали безпосередню участь в активних бойових діях на різних ділянках фронту.

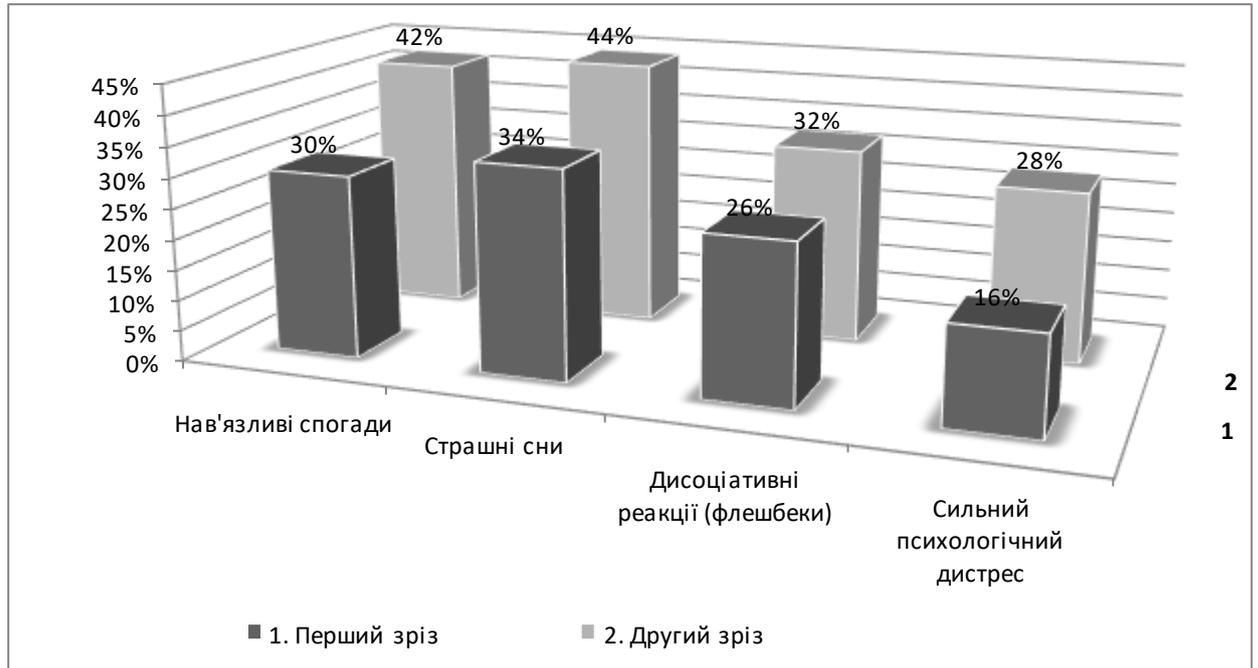
Так, за наслідками другого зрізу констатувального дослідження були виявлені наступні показники проявів симптомів інтрузії при посттравматичному стресовому розладі у військових в контрольній групі після першого та другого констатувальних зрізів в такому поєднанні до та після року служби з тенденцією до збільшення: нав'язливі спогади (22%:30%), страшні сни (18%:34%), дисоціативні реакції (флешбеки) (12%:26%), психологічний дистрес (8%:16%).



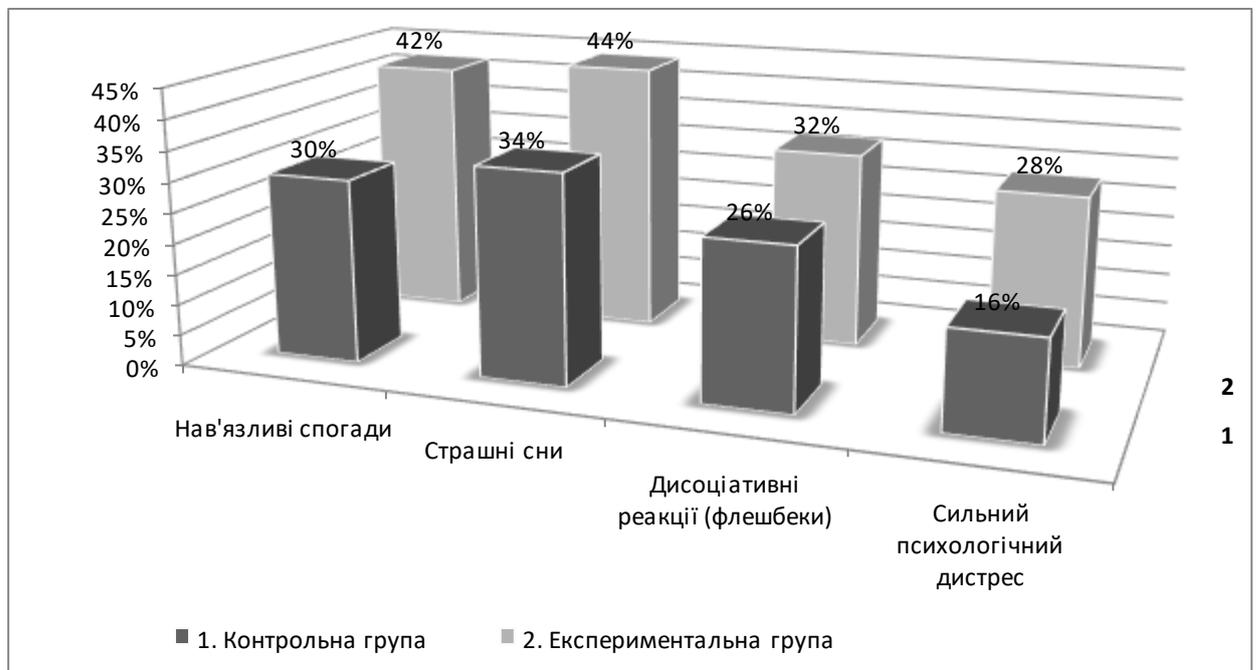
**Рис.3.15. Показники прояву симптомів інтрузії при посттравматичному стресовому розладі у військових в контрольній групі після першого та другого констатувальних зрізів за Опитувальником посттравматичного стресового розладу (PCL-5)**

За наслідками другого зрізу констатувального дослідження були виявлені наступні показники проявів симптомів інтрузії при посттравматичному стресовому розладі у військових в експериментальній групі після першого та другого констатувальних зрізів в такому поєднанні до та після року служби з тенденцією до збільшення: нав'язливі спогади

(30%:42%), страшні сни (34%:44%), дисоціативні реакції (флешбеки) (26%:32%), психологічний дистрес (16%:28%).

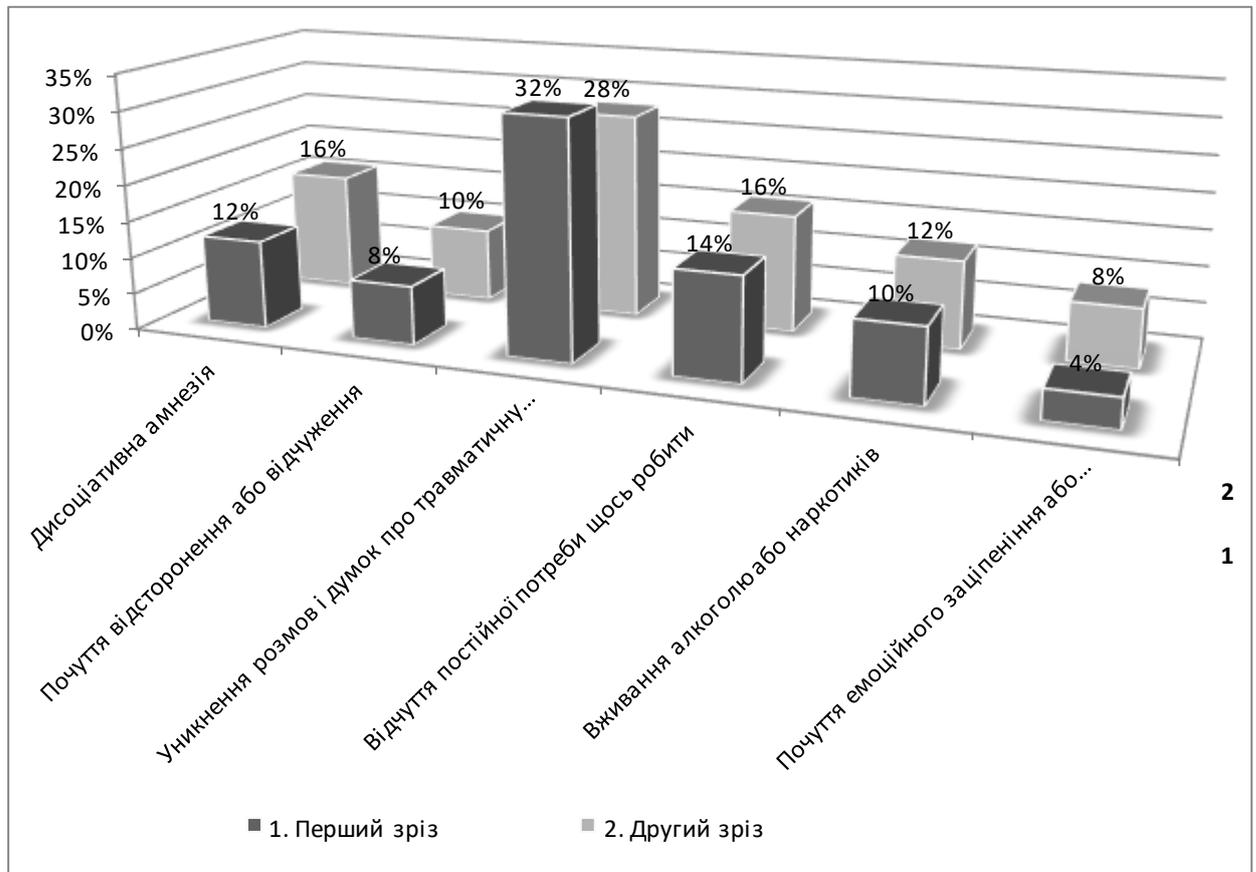


**Рис.3.16. Показники прояву симптомів інтрузії при посттравматичному стресовому розладі у військових в експериментальній групі після першого та другого констатувальних зрізів за Опитувальником посттравматичного стресового розладу (PCL-5)**



**Рис.3.17. Показники прояву симптомів інтрузії при посттравматичному стресовому розладі у військових в контрольній та експериментальній групі після другого констатувального зрізу за Опитувальником посттравматичного стресового розладу (PCL-5)**

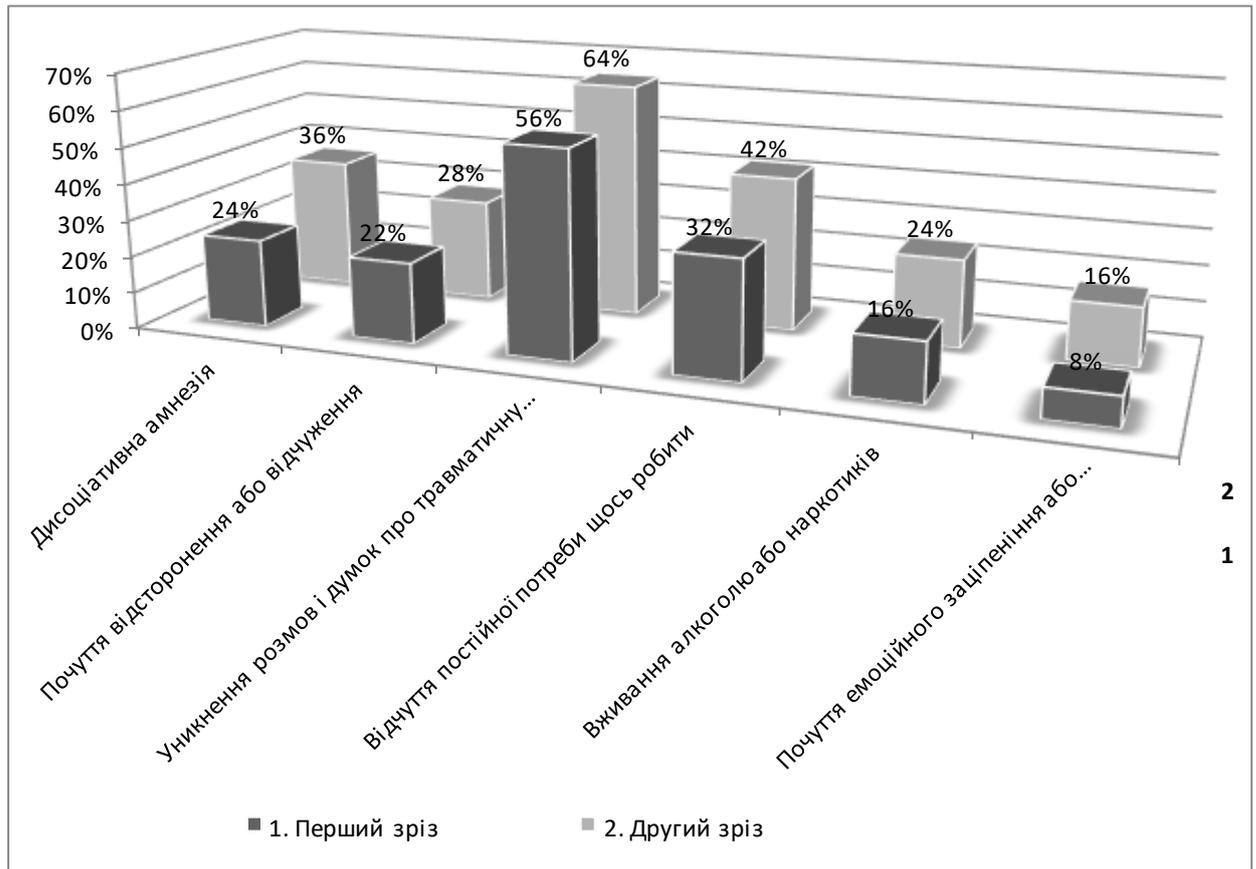
Порівняння показників проявів симптомів інтрузії при посттравматичному стресовому розладі у військових в контрольній та експериментальній групі після другого констатувального зрізу має такі особливості: нав'язливі спогади (30%:42%), страшні сни (34%:44%), дисоціативні реакції (флешбеки) (26%:32%), психологічний дистрес (16%:28%), що говорить про більш виражені симптоми ПТСР саме у військових, які брали участь у бойових діях.



**Рис.3.18. Показники прояву симптомів уникання при посттравматичному стресовому розладі у військових в контрольній групі після першого та другого констатувальних зрізів за Опитувальником посттравматичного стресового розладу (PCL-5)**

В контрольній групі були виявлені наступні показники проявів симптомів уникнення при ПТСР в першому та другому зрізах

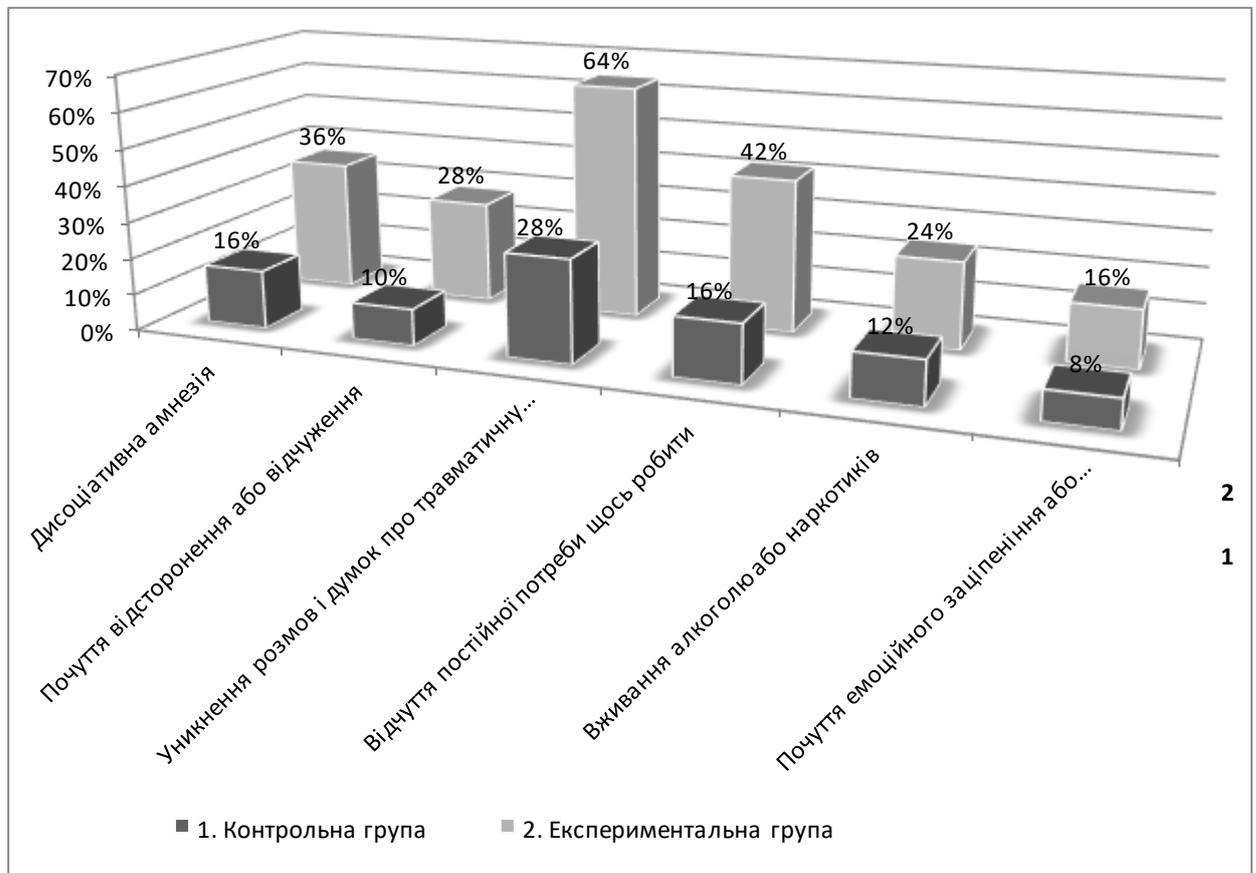
констатувального дослідження в такому поєднанні: дисоціативна амнезія (12%:16%), почуття відсторонення або відчуження (8%:10%), уникнення розмов і думок про травматичну подію (32%:28%), відчуття постійної потреби щось робити (14%:16%), вживання алкоголю або наркотиків (10%:12%), почуття емоційного заціпеніння або відірваності від своїх почуттів (4%:8%).



**Рис.3.19. Показники прояву симптомів уникання при посттравматичному стресовому розладі у військових в експериментальній групі після першого та другого констатувальних зрізів за Опитувальником посттравматичного стресового розладу (PCL-5)**

В експериментальній групі були виявлені наступні показники проявів симптомів уникнення при ПТСР в першому та другому зрізах констатувального дослідження в такому поєднанні: дисоціативна амнезія (24%:36%), почуття відсторонення або відчуження (22%:28%), уникнення

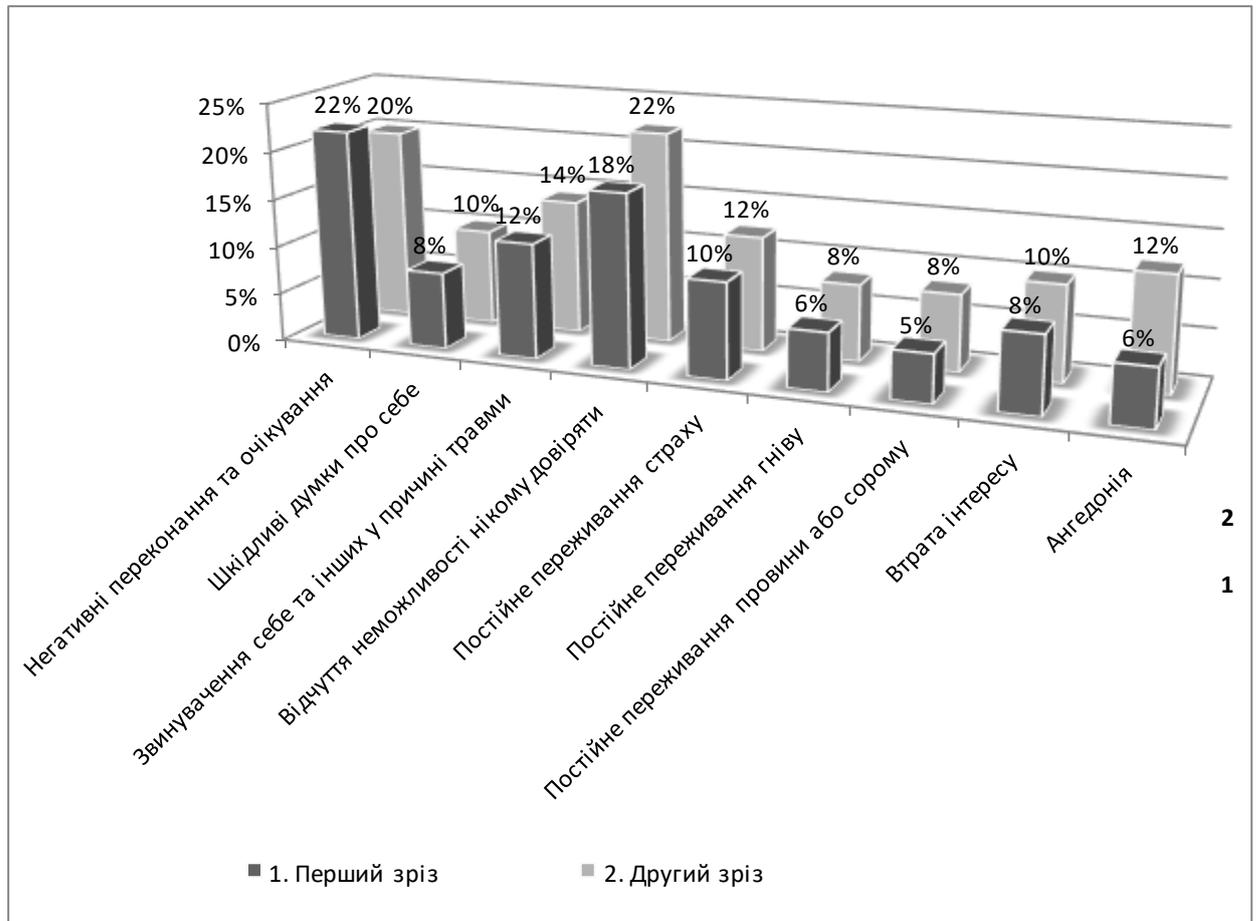
розмов і думок про травматичну подію (56%:68%), відчуття постійної потреби щось робити (32%:42%), вживання алкоголю або наркотиків (16%:24%), почуття емоційного заціпеніння або відірваності від своїх почуттів (8%:16%).



**Рис.3.20. Показники прояву симптомів уникання при посттравматичному стресовому розладі у військових в контрольній та експериментальній групі після другого констатувального зрізу за Опитувальником посттравматичного стресового розладу (PCL-5)**

Порівняння показників проявів симптомів уникнення при посттравматичному стресовому розладі у військових в контрольній та експериментальній групі після другого констатувального зрізу має такі особливості: дисоціативна амнезія (16%:36%), почуття відсторонення або відчуження (10%:28%), уникнення розмов і думок про травматичну подію (28%:64%), відчуття постійної потреби щось робити (16%:42%), вживання алкоголю або наркотиків (12%:24%), почуття емоційного заціпеніння або

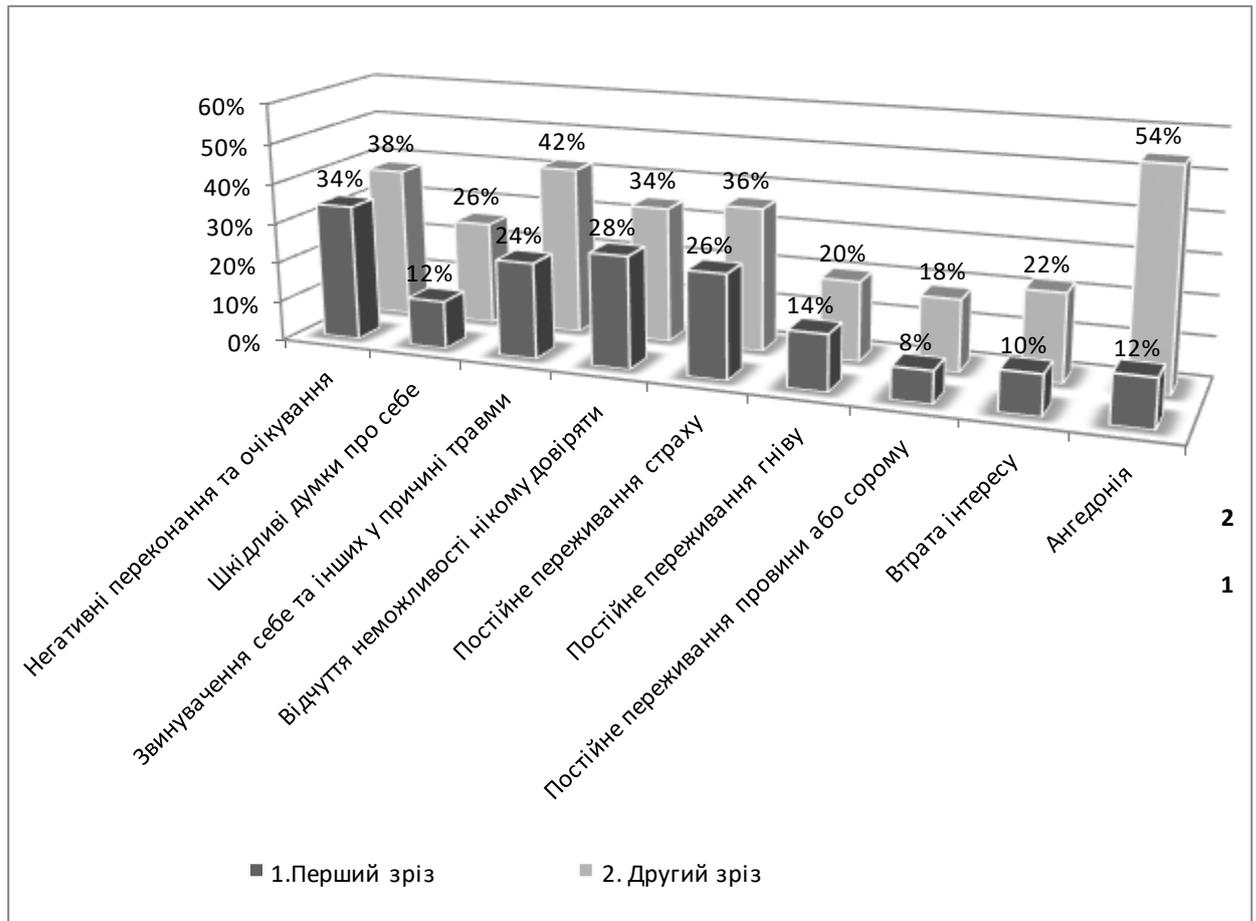
відірваності від своїх почуттів (8%:16%), що також свідчить про значно сильні травматичні події, які пережили учасники активних бойових дій.



**Рис.3.21. Показники прояву негативних думок та емоцій при посттравматичному стресовому розладі у військових в контрольній групі після першого та другого констатувальних зрізів за Опитувальником посттравматичного стресового розладу (PCL-5)**

Показники прояву негативних думок та емоцій при посттравматичному стресовому розладі у військових в контрольній групі після першого та другого констатувальних зрізів за Опитувальником посттравматичного стресового розладу (PCL-5) мають такі особливості прояву: негативні переконання та очікування (22%:20%), шкідливі думки про себе (8%:10%), звинувачення себе та інших у причині травми (12%:14%), відчуття неможливості нікому довіряти (18%:22%), постійне переживання страху (10%:12%), постійне переживання

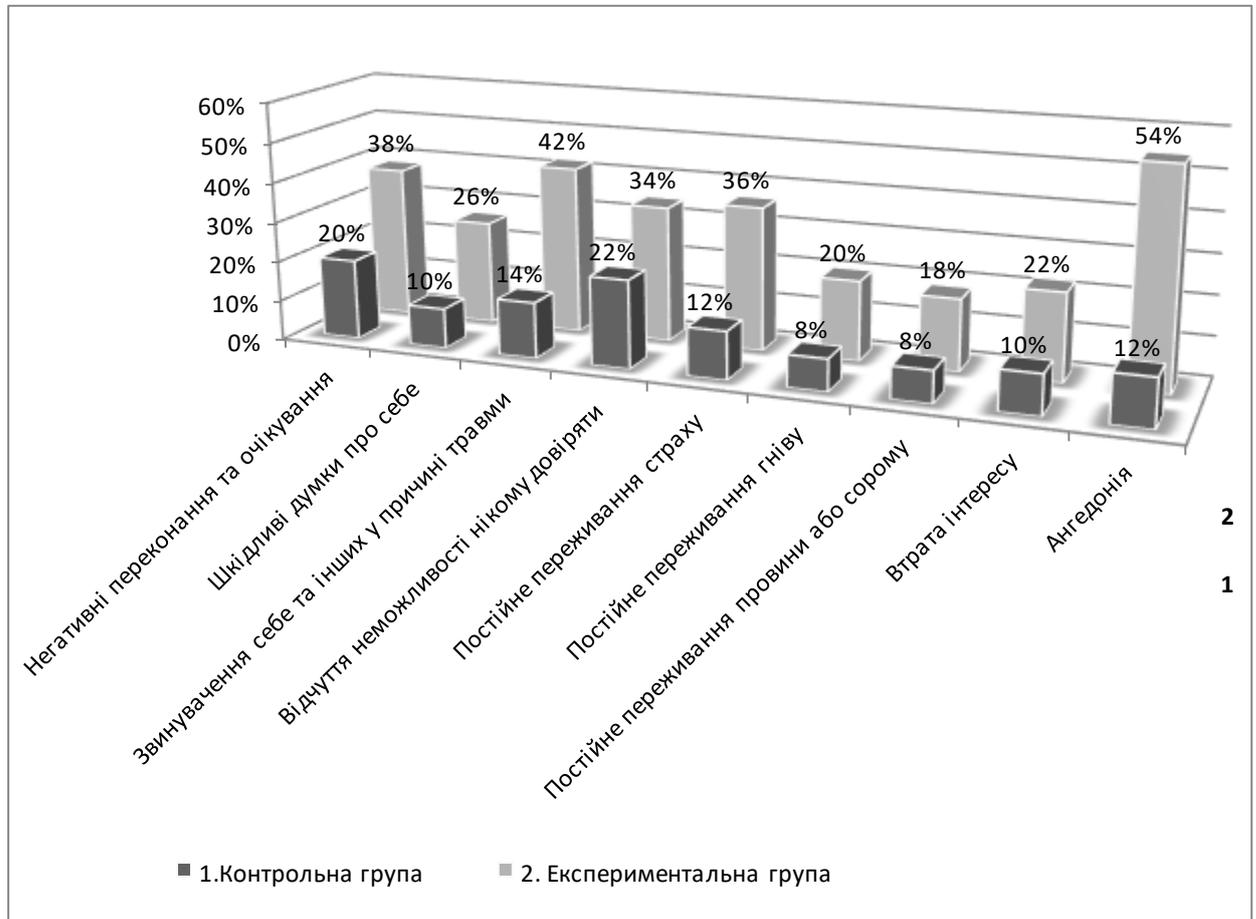
гніву (6%:8%), постійне переживання провини або сорому (5%:8%), втрата інтересу (8%:10%), ангедонія (6%:12%).



**Рис.3.22. Показники прояву негативних думок та емоцій при посттравматичному стресовому розладі у військових в експериментальній групі після першого та другого констатувальних зрізів за Опитувальником посттравматичного стресового розладу (PCL-5)**

Показники прояву негативних думок та емоцій при посттравматичному стресовому розладі у військових в експериментальній групі після першого та другого констатувальних зрізів за Опитувальником посттравматичного стресового розладу (PCL-5) мають такі особливості прояву: негативні переконання та очікування (34%:38%), шкідливі думки про себе (32%:26%), звинувачення себе та інших у причині травми (24%:42%), відчуття неможливості нікому довіряти (28%:34%), постійне переживання страху

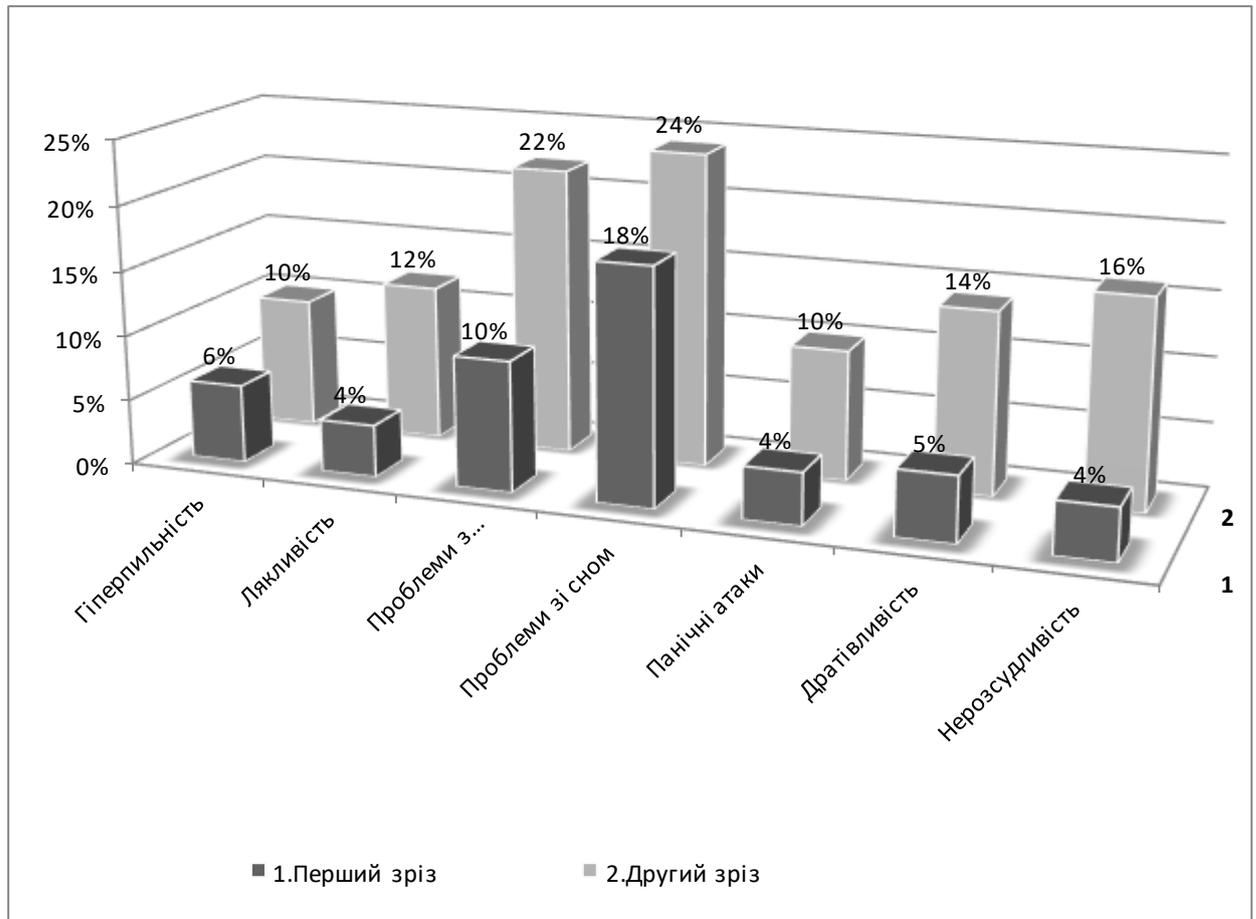
(26%:36%), постійне переживання гніву (14%:20%), постійне переживання провини або сорому (8%:18%), втрата інтересу (10%:22%), ангедонія (12%:54%).



**Рис.3.23. Показники прояву негативних думок та емоцій при посттравматичному стресовому розладі у військових в контрольній та експериментальній групі після другого констатувального зрізу за Опитувальником посттравматичного стресового розладу (PCL-5)**

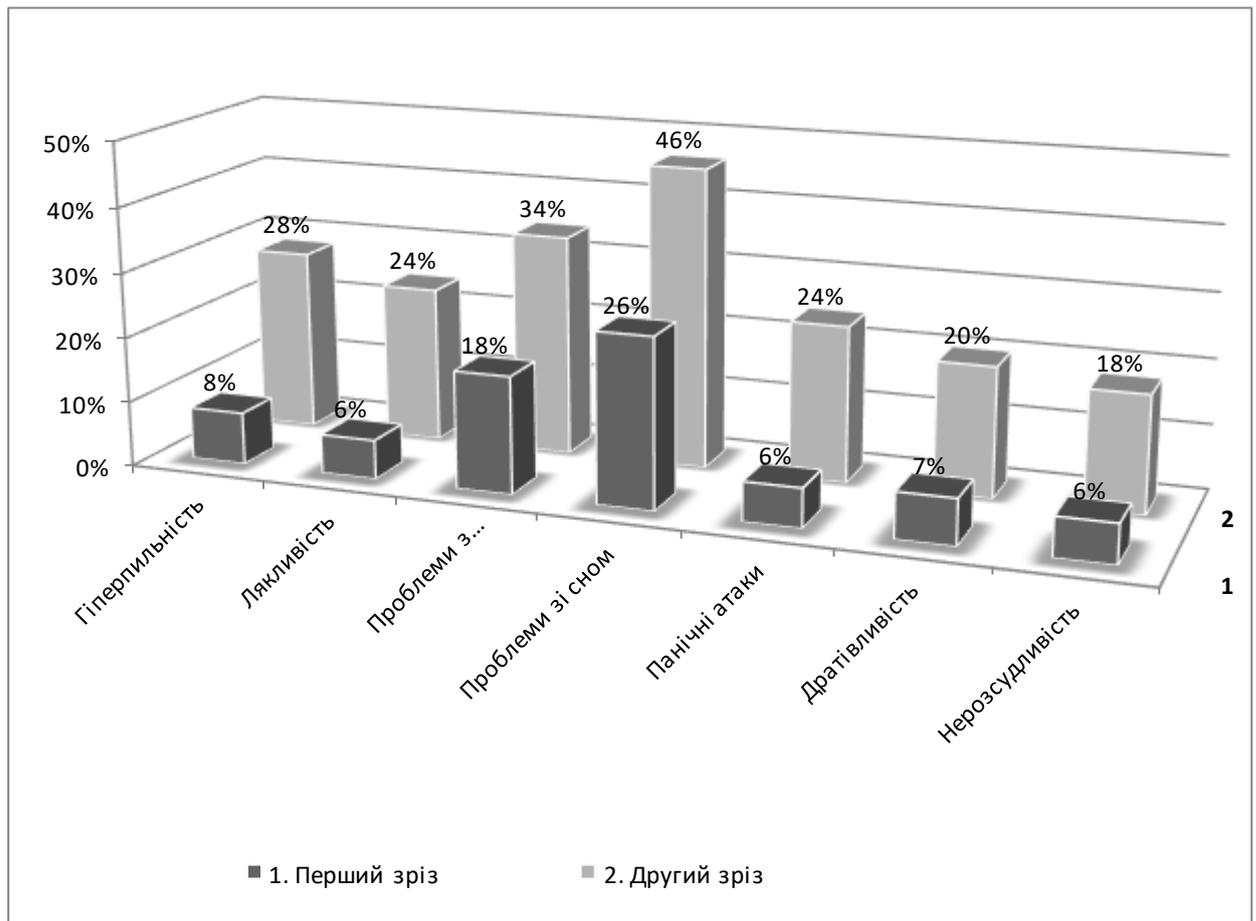
Показники прояву негативних думок та емоцій при посттравматичному стресовому розладі у військових в контрольній та експериментальній групі після другого констатувального зрізу за Опитувальником посттравматичного стресового розладу (PCL-5) мають наступні показники: негативні переконання та очікування (20%:38%), шкідливі думки про себе (10%:26%), звинувачення себе та інших у причині травми (14%:42%), відчуття неможливості нікому довіряти (22%:34%), постійне переживання страху (12%:36%), постійне

переживання гніву (8%:20%), постійне переживання провини або сорому (8%:18%), втрата інтересу (10%:22%), ангедонія (12%:54%).



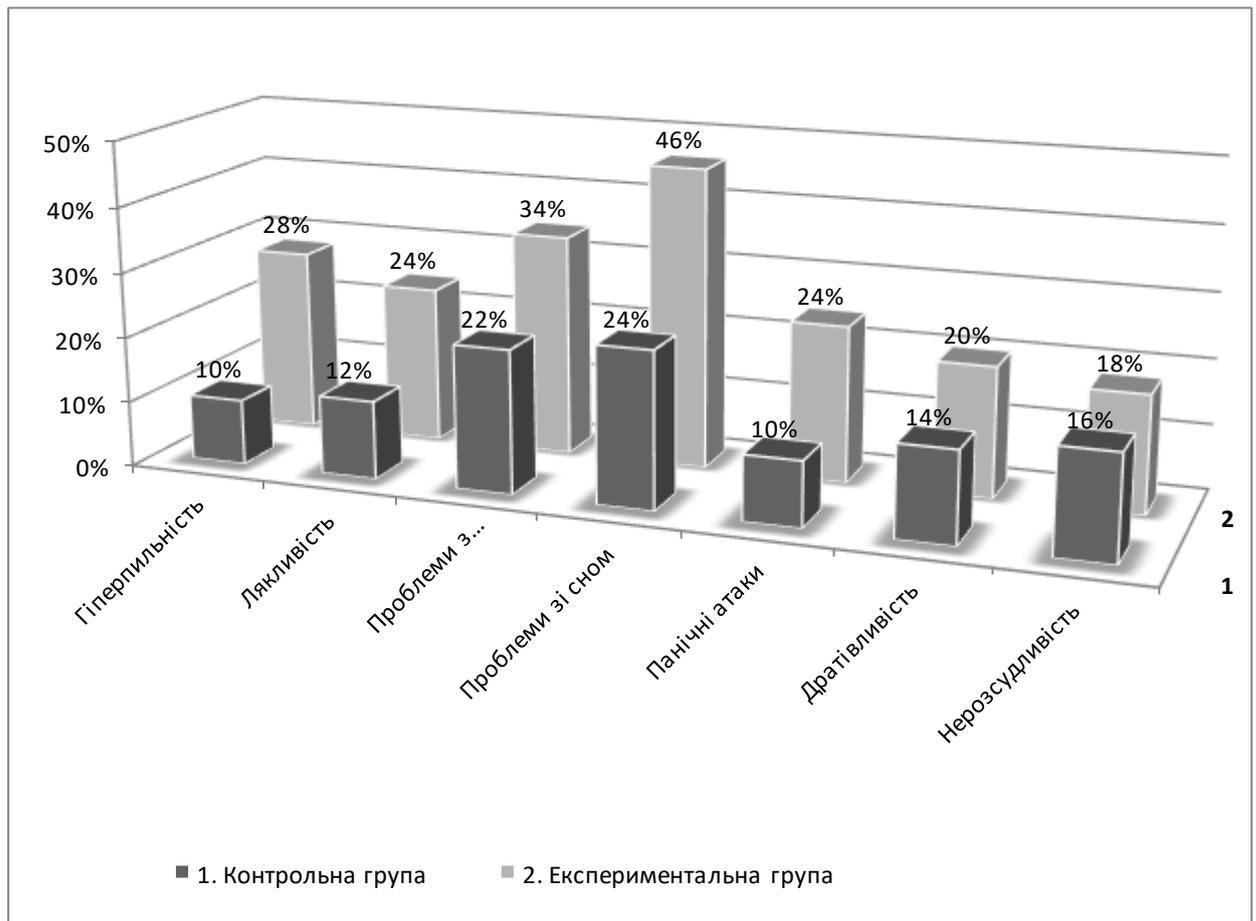
**Рис.3.24. Показники прояву надмірної реактивності при посттравматичному стресовому розладі у військових в контрольній групі після першого та другого констатувальних зрізів за Опитувальником посттравматичного стресового розладу (PCL-5)**

Показники прояву надмірної реактивності при посттравматичному стресовому розладі у військових в контрольній групі після першого та другого констатувальних зрізів за Опитувальником посттравматичного стресового розладу (PCL-5) мають такі особливості, які свідчать про збільшення стресу: гіперпильність (6%:10%), лякливність (4%:12%), проблеми з концентрацією уваги (10%:22%), проблеми зі сном (18%:24%), панічні атаки (4%:10%), дратівливість (5%:14%), нерозсудливість (4%:16%).



**Рис.3.25. Показники прояву надмірної реактивності при посттравматичному стресовому розладі у військових в експериментальній групі після першого та другого констатувальних зрізів за Опитувальником посттравматичного стресового розладу (PCL-5)**

Показники прояву надмірної реактивності при посттравматичному стресовому розладі у військових в експериментальній групі після першого та другого констатувальних зрізів за Опитувальником посттравматичного стресового розладу (PCL-5) мають такі особливості, які свідчать про збільшення стресу: гіперпильність (8%:28%), лякливість (6%:24%), проблеми з концентрацією уваги (18%:34%), проблеми зі сном (26%:46%), панічні атаки (6%:24%), дратівливість (7%:20%), нерозсудливість (6%:18%).



**Рис.3.26. Показники прояву надмірної реактивності при посттравматичному стресовому розладі у військових в контрольній та експериментальній групі після другого констатувального зрізу за Опитувальником посттравматичного стресового розладу (PCL-5)**

Показники прояву надмірної реактивності при посттравматичному стресовому розладі у військових в контрольній та експериментальній групі після другого констатувального зрізу за Опитувальником посттравматичного стресового розладу (PCL-5) мають такі особливості, які свідчать про збільшення стресу: гіперпильність (10%:28%), лякливість (12%:24%), проблеми з концентрацією уваги (22%:34%), проблеми зі сном (24%:46%), панічні атаки (10%:24%), дратівливість (14%:20%), нерозсудливість (16%:18%).

### **3.7. Алгоритм консультування військовослужбовців що знаходяться в реактивних психічних станах**

Плануючи основний консультативний процес, практичний психолог загальної практики, повинен мати загальні явлення про клієнта, допомогу якому, він збирається надавати. Так, спираючись на власний досвід роботи, ми умовно можемо розділити всіх клієнтів на три категорії, серед яких:

- 1) військовослужбовці, які звільнені в запас та не мають досвіду бойових дій,
- 2) військовослужбовці, які звільнені в запас та мають досвід бойових дій, але не мають ПТСР,
- 3) військовослужбовці звільнені в запас, які мають досвід бойових дій та внаслідок отриманого стресу страждають від ПТСР.

Важливим акцентом, на якому ми наголошуємо, є той, що не всі військовослужбовці, які мають досвід бойових дій страждають постстресовим розладом. Але всі військовослужбовці, які мають досвід бойових дій, знаходилися під впливом бойового стресу та зазнали психологічних змін внаслідок його дії. Бойовий стрес методично відокремлений від звичайного стресу, оскільки він характеризується сильною інтенсивністю, в багатьох випадках призводить до психопатологічних змін в особистості військовослужбовця, але при належній підготовці особового складу та при певних психосоціальних факторах, може минути безслідно. Серед цих факторів виділяють добровільну згоду на військову службу, знання основ першої психологічної допомоги при ознаках інтенсивного бойового стресу, пройдений психологічний відбір до бойових підрозділів. При виконанні цих умов, знижується ризик інвалідизації військовослужбовців, адже, як правило, військовослужбовець лише тоді успішно інтегрується в цивільне життя. Звичайно ж, бувають випадки депресій та дезадаптацій, пов'язані скоріше з індивідуальними психологічними характеристиками військовослужбовців, ніж з наслідками пережитого бойового стресу.

Щодо військовослужбовців, які не мають бойового досвіду, але звільнені в запас через стан здоров'я, то їх запити в основному нічим не

відрізняються від запитів звичайних клієнтів і тут психологічне консультування не має якось окремої специфіки. Окрім тієї, що витікає з самого армійського життя, зокрема у військовослужбовця щохвилинно розписаний час, який регламентований його вищим керівництвом. Саме тому, при поверненні в цивільне середовище, першою реакцією у нього може бути розгубленість. Тому позицію, що він тепер керує сам своїм життям і сам його регламентує необхідно повернути військовослужбовцю.

Ще одним важливим аспектом, який призводить до психічних змін в особистості військовослужбовця після повернення зі служби, є той, що він звик погоджувати всі свої дії з вищим командуванням. При звільненні цей стереотип поведінки втрачається, тому буває, що цю функцію військовослужбовець делегує дружині, яка не завжди погоджується з роллю командира. Запит на вирішення такого непорозуміння теж надходив до нашого консультативного пункту. Окремою категорією звернень є стосунки військовослужбовців з оточуючими, оскільки комунікація в армії є регламентованою, має певний ритуальний характер та пов'язана з військовим етикетом. Так, були звернення пов'язані з проблемами в комунікації: «Мене не розуміють» або «Я не розумію». Узагальнимо всі звернення військовослужбовців, які проходили військову службу та були звільнені в запас по стану здоров'я та не мають досвіду бойових дій в таблиці 1. В таблиці ми свідомо не вказуємо гендерні та вікові відмінності клієнтів, оскільки праць, які розкривають ці аспекти проблеми на даний час достатньо.

Таблиця 3.1.

**Розподіл звернень військовослужбовців за проблематикою, які звільнені в запас та не мають досвіду бойових дій**

<b>Проблематика звернень</b>	<b>Кількість клієнтів</b>
Повернення керуючої позиції	5
Делегування функцій командира	3
Проблеми з комунікацією	10
Загальна психологічна проблематика тотожна з цивільними	12
Всього військовослужбовців звільнених в запас, які не брали участі у бойових діях	30

Алгоритм консультування даної категорії передбачає формування терапевтичного альянсу з клієнтом, становлення цілей психологічного консультування, обговорення кількості сесій з психологом, відбір психодіагностичного інструментарію (за потребою, або якщо він потрібен), добір психологічних технік та вибір психологічного напрямку, в якому доцільно працювати. З нашого досвіду роботи випливає, що це може бути або когнітивно-поведінкова терапія, або гуманістично-орієнтована терапія, направлені на задоволення потреб, розвиток саморефлексії та переоцінку себе та свого місця у суспільстві. Також з клієнтами потрібно обов'язково робити підведення підсумків та обговорення отриманих результатів консультування. Рекомендуємо також на всіх етапах роботи використовувати домашні завдання.

Наступною категорією для консультування є військовослужбовці, які мають досвід бойових дій, але не мають постстресового психічного розладу. Як зазначалося вище, досвід бойових дій призводить до змін у психіці всіх військовослужбовців. Всі зміни можна умовно поділити на адаптивні, які сприяють виживанню індивідуума та з часом проходять самі собою або вимагають не тривалого періоду декомпресії та можуть викликати незначні проблеми дезадаптації в цивільному житті і реактивні психічні зміни, які викликані стресом та призводять або до загострення окремих рис характеру тобто акцентуацій або до виникнення дезадаптаційних змін у психіці, наприклад, неврозів. І тут постає проблема диференційної діагностики психічних змін, відокремлення патологічних від індивідуальних, психологічних від психіатричних.

Практичний психолог загальної практики не має кваліфікації лікувати та діагностувати психічний розлад, тому важливою стороною роботи є перенаправлення клієнта до компетентного спеціаліста. Але для початку необхідною умовою є встановлення ознак психічного розладу. Тому важливим моментом є хоча б загальна обізнаність спеціаліста з приводу нормального та патологічного функціонування психіки. Як правило, патологічні зміни слабо

контролюються психікою клієнта, часто ушкодження зазнають базові фізіологічні потреби. Так, військовослужбовець втрачає сон, виглядає постійно напруженим, втрачає базове відчуття безпеки, з'являються нав'язливі спогади, військовослужбовець відкрито говорить про свої суїцидальні наміри. Також може виникнути «синдром вцілілого», який характеризується відчуттям неадекватної провини, раптовими нападами паніки, або періодами затьмарення свідомості. В таких випадках необхідна консультація лікаря психіатра. При умові, якщо лікар надав свою консультацію, військовослужбовець не потребує стаціонарного лікування, психологу можна продовжувати роботу з клієнтом.

Оскільки дане дослідження стосується лише консультативної роботи психолога, який не має диплому психотерапевта, лікування психічних розладів та усунення або корекція реактивних змін особистості не є предметом нашого огляду. Тому концентрація роботи психолога полягає у роботі з сім'єю клієнта, або в розвитку його компенсаторних можливостей для згладжування наслідків акцентуацій характеру. Іноді є необхідним навчити клієнта навичкам першої психологічної допомоги при нападах паніки, тривоги чи раптового страху та навичкам розслаблення. Окреме місце посідає депресивний розлад в практиці консультування клієнтів, які перенесли наслідки дії бойового стресу та отримали патологічні зміни в особистості. Після проходження стаціонарного лікування, як правило, клієнту необхідно віднайти нові сенси в житті та адаптуватися до повсякденної діяльності.

Так, нами було проконсультовано 20 військовослужбовців, які мали досвід бойових дій, але не мали клінічно встановленого діагнозу Посттравматичний стресовий розлад, які представлено в таблиці 2. До таблиці не потрапили випадки алкоголізації суб'єктів, тому що у нас не було консультанта відповідного профілю.

Таблиця 3.2.

**Проблематика звернень військовослужбовців за проблематикою, які мали досвід бойових дій, але не мали ПТСР**

<b>Проблематика звернень</b>	<b>Кількість клієнтів</b>
«Синдром вцілілого»	3
Необхідність формування нових життєвих сенсів	2
Перша психологічна допомога при боротьбі з негативною симптоматикою (паніка, нав'язливі стани та ін.)	5
Формування або згладжування рис особистості	1
Сімейні проблеми, які викликані наслідком бойового стресу	3
Загально психологічні проблеми не пов'язані з наслідками переживання бойового стресу	6
Всього кількість звернень військовослужбовців	20

Клієнти-військовослужбовці, які мають досвід бойових дій, достатньо закрита категорія, яка може звернутися за психологічною допомогою. Саме тому у безпосередній роботі з ними одразу виникають бар'єри спілкування побудовані на тому, що сам психолог не має досвіду бойових дій та не може зрозуміти військовослужбовця. Такий бар'єр долається за допомогою того прикладу, що нарколог або акушер не може не мати досвіду народження дитини чи перебування в залежності, але успішно виконує свої професійні завдання. Щодо питання індивідуальності переживань, то тут психолог має наголосити на феноменологічному принципі, в основі якого є уявлення про те, що переживання кожного індивіда є неповторними та унікальними, тому ми апріорі їх не можемо зрозуміти, але ми можемо їх вислухати та поспівчувати людині, яка пережила негативний досвід. На наше переконання, такі бар'єри є штучними і утворилися внаслідок роботи захисних механізмів психіки клієнтів, які здійснюють супротив втручанню, без якого вони, на їхню думку,

можуть обійтися. В таких випадках, частіш за все, йдеться про невмотивованого клієнта, про допомогу якому, звернулася його близька особа. В цілому клієнт, який самостійно звернувся за допомогою є вмотивованим до роботи і не витрачає час на зайві дискусії.

Алгоритмом надання консультативної допомоги з такими клієнтами є формування психологічного альянсу, диференційна діагностика та визначення меж компетентності практичного психолога, формування цілей роботи з клієнтом, визначення часових меж та розподіл обов'язків та обов'язань між клієнтом та психологом. Безпосередня психологічна робота з клієнтом полягає у тому, що час від часу, потрібно оцінювати роботу та змінювати, або зміст, або цілі роботи, виходячи з нових реалій (це і зміна життєвої ситуації клієнта і його психологічний прогрес у роботі). В кінці консультування обов'язково робиться підбиття підсумків.

Останньою категорією клієнтів, які звертаються за психологічним консультуванням є військовослужбовці з посттравматичним стресовим розладом. Нагадуємо про той важливий аспект, що посттравматичний стресовий розлад є психіатричною хворобою, тому діагностувати та лікувати його повинен компетентний в цій сфері спеціаліст. Зазвичай, таким спеціалістом є лікар-психіатр. Так, за діагностичними критеріями посттравматичний стресовий розлад настає через час після перебування особи в зоні бойових дій і всі інші патологічні психічні прояви, які виникли одразу за діагностичними критеріями визначають, як реактивні психічні зміни, які мають інший лікарський протокол надання допомоги. Посттравматичний стресовий розлад має 4 кластери симптомів, тому для диференційної діагностики важливо відокремити ПТСР від депресії та неврозів нав'язливих станів. Диференціація відбувається за визначеною симптоматикою, враховуючи рекомендації ВОЗ, та керуючись критеріями зазначеними в переліку психічних хвороб. Нагадуємо, практичний психолог не лікує посттравматичний розлад але він може супроводжувати військовослужбовця з даним психічним захворюванням в межах своєї компетенції.

Практичний психолог в даному випадку може полегшувати симптоматику у співпраці з працівником медичної установи або усувати вторинні наслідки психічної травматизації. В даному випадку ми маємо на увазі замкнутість та відстороненість, як наслідок втрату друзів, в деяких випадках втрату сенсу життя, проблеми дезадаптації, надмірної дратівливості. При неможливості розслабитися, при перебуванні в постійному хронічному напруженні практичний психолог може навчити військовослужбовця застосовувати аутотренінг, при дратівливості та надмірному відчутті несправедливості корисно знизити рівень фіксованості установок стосовно себе та оточуючих. При ПТСР, як при будь-якому психічному захворюванні, страждає соціальне життя військовослужбовця. Втрата всіх соціальних зв'язків призводить до ізоляції, іноді до випадків завершеного суїциду. Враховуючи широкий спектр симптоматики посттравматичного розладу консультативна робота психолога будується навколо зниження шкоди від наслідків психічного захворювання. Основною метою, яку потрібно тримати на контролі є кількість і якість соціальних зав'язків військовослужбовця.

Особливого сенсу набуває робота з сім'єю військовослужбовця, який має посттравматичний стресовий розлад. Так, перегляду потребує внутрішньо сімейна комунікація між всіма членами родини, іноді змін потребує режим дня та повсякденний розклад сім'ї. Дружині чи матері військовослужбовця, який страждає на постстресовий розлад також необхідна підтримка. Психологу бажано встановити контакт зі всіма членами родини та бути в курсі сімейних справ в міру того, як сама родина військовослужбовця готова співпрацювати з психологом.

Окремим рядком ми хотіли б виділити особливості проведення процедури декомпресії після повернення військовослужбовця з зони виконання бойових завдань. На нашу думку, така процедура повинна бути обов'язковою для всього особового складу та тривати не менше місяця, а при необхідності продовжена за рекомендацією військового психолога. І тут не може бути компромісів! Рання діагностика та первинна психологічна

допомога повертає людину до цивільного життя, служить засобом профілактики алкоголізації військовослужбовця та потенційно може допомогти уникнути психічних захворювань. Як правило, до нас зверталися військовослужбовці з посттравматичним стресовим розладом, які потребували госпіталізації та психіатричного втручання. Тому суттю допомоги в таких випадках було перенаправлення клієнта до лікаря-психіатра та надання підтримуючого родинного консультування. Стан первинної психологічної допомоги та процедура декомпресії для таких військовослужбовців на даний час залишає бажати кращого. Станом на сьогодні бойові дії не є завершеними, після їх завершення при відсутності комплексних державних програм реабілітації військовослужбовців нас чекає соціальна криза. Традиційно подаємо проблематику звернень військовослужбовців, які страждають на посттравматичний розлад, загальною кількістю 10 осіб, в таблиці 3.

Таблиця 3.3.

**Проблематика звернень військовослужбовців за проблематикою, які мали досвід бойових дій та страждають на ПТСР**

<b>Проблематика звернень</b>	<b>Кількість клієнтів</b>
Перенаправлення до лікаря-психіатра, підтримка родини	6
Відновлення соціального функціонування після повернення з лікування	4
Всього кількість звернень військовослужбовців	10

Алгоритмом консультування військовослужбовців, які мають досвід бойових дій та мають посттравматичний розлад, є в першу чергу формування терапевтичного альянсу, перенаправлення до спеціаліста або, якщо вони вже пройшли лікування, уточнення запиту, залучення до співпраці родини військовослужбовців, безпосередня психологічна робота, пропозиції щодо підтримуючого консультування (наприклад, дзвінки психологу раз на місяць після завершення основної роботи) та підбиття підсумків. Консультування

часто відбувається в аутогенному режимі, ми намагаємося не перенапружувати психіку клієнта, уникаємо надмірної кількості технік, тримаємо на контролі якість контакту з клієнтом та його родиною, що є єдиною запорукою того, що робота буде успішною.

### **Висновки до третього розділу**

Таким чином, в третьому емпіричному розділі, нами було проаналізовано хід проведення дослідження специфіки міжособистісної взаємодії психолога з військовослужбовцями, що знаходяться в реактивних психологічних станах. Для цього було відібрано дві групи військовослужбовців: контрольну та експериментальну. Використовувались наступні психологічні методики дослідження: Госпітальна шкала тривожності і депресії (HADS), Шкала депресії А. Бека, Опитувальник посттравматичного стресового розладу (PCL-5), Опитувальник ситуативної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна.

За наслідками дослідження під час першого констатувального зрізу було з'ясовано, що в експериментальній групі була субклінічно виражена тривога, адже середній показник по групі досліджуваних отримав показник 8 балів. А в контрольній групі була відсутність достовірно виражених симптомів тривоги з середнім показником 6 балів.

Прояви депресії в обох групах, і в контрольній (5 балів), і в експериментальній (6 балів) лежать в межах норми (0-7 балів – норма), що говорить про відсутність достовірно виражених симптомів депресії.

В експериментальній групі найбільша кількість досліджуваних, а це 40% мали стан без депресії, 34% – знаходились в стані легкої депресії, 26% – в стані середнього прояву депресії і в жодного не було виявлено стану тяжкої депресії.

У контрольній групі показники мали трохи інші дані, хоча у загальній сукупності не суттєво відрізнялися від показників експериментальної групи за першим констатувальним зрізом: 46% мали стан без депресії, 32% –

знаходились в стані легкої депресії, 22% – в стані середнього прояву депресії і в жодного не було виявлено стану тяжкої депресії.

Так, у військовослужбовців контрольної та експериментальної груп були виявлені наступні показники проявів симптомів інтрузії як прояву ПТСР за Опитувальником посттравматичного стресового розладу (PCL-5) в такому поєднанні: нав'язливі спогади (22%:30%), страшні сни (18%:34%), дисоціативні реакції (флешбеки) (12%:26%), психологічний дистрес (8%:16%).

У військовослужбовців контрольної та експериментальної груп були виявлені наступні показники проявів симптомів уникнення в такому поєднанні: дисоціативна амнезія (12%:24%), почуття відсторонення або відчуження (8%:22%), уникнення розмов і думок про травматичну подію (32%:56%), відчуття постійної потреби щось робити (14%:32%), вживання алкоголю або наркотиків (10%:16%), почуття емоційного заціпеніння або відірваності від своїх почуттів (4%:8%).

У військовослужбовців контрольної та експериментальної груп були виявлені наступні показники проявів негативних думок та емоцій в такому поєднанні: негативні переконання та очікування (22%:34%), шкідливі думки про себе (8%:12%), звинувачення себе та інших у причині травми (12%:24%), відчуття неможливості нікому довіряти (18%:28%), постійне переживання страху (10%:26%), постійне переживання гніву (6%:14%), постійне переживання провини або сорому (5%:8%), втрата інтересу (8%:10%), ангедонія (6%:12%).

У військовослужбовців контрольної та експериментальної груп були виявлені наступні показники проявів надмірної реактивності в такому поєднанні: гіперпильність (6%:8%), лякливність (4%:6%), проблеми з концентрацією уваги (10%:18%), проблеми зі сном (18%:26%), панічні атаки (4%:6%), дратівливість (5%:7%), нерозсудливість (4%:6%).

Ситуативна тривожність найбільш виражена у військовослужбовців експериментальної групи в порівнянні з контрольною групою. При чому в

контрольній групі вона висока 52 (показник від 45 і більше), а в експериментальній – 54 (показник від 45 і більше), низький (при нормі 0-30 балів) та середній рівень тривожності (показник 31-44) не був притаманним жодній із груп досліджуваних.

Особистісна тривожність найбільш виражена у військовослужбовців експериментальної групи в порівнянні з контрольною групою. При чому в контрольній групі вона менша 36 (показник 31-44), а в експериментальній – 42 (показник 31-44). Низький рівень та високий прояви тривожності не був притаманним жодній із груп досліджуваних військовослужбовців.

Порівняння показників прояву емоційно-вольової сфери досліджуваних в контрольній та експериментальній групі після другого зрізу констатувального дослідження дало нам уявлення щодо значної різниці в психоемоційному стані обох груп досліджуваних. Так, було помічено, що в контрольній групі досліджуваних в порівнянні з експериментальною значно менші показники прояву тривожності 7 та 10 середнього значення, показників депресії 6 та 8 середнього значення, в контрольній групі в порівнянні з експериментальною значно більше досліджуваних в стані без депресії 42% та 34%, в стані легкої депресії 42% та 22%. А всі інші показники переважають в досліджуваних експериментальної групи у порівнянні з контрольною: у стані середньої депресії 32% та 28%, у стані тяжкої депресії 12% та 2%, ситуативна тривожність 68% до 54%, а також особистісна тривожність 56% та 44%. Що також говорить про участь у бойових діях на психоемоційну сферу військовослужбовців.

Порівняння показників проявів симптомів інтрузії при посттравматичному стресовому розладі у військових в контрольній та експериментальній групі після другого констатувального зрізу має такі особливості: нав'язливі спогади (30%:42%), страшні сни (34%:44%), дисоціативні реакції (флешбеки) (26%:32%), психологічний дистрес (16%:28%), що говорить про більш виражені симптоми ПТСР саме у військових, які брали участь у бойових діях.

Порівняння показників проявів симптомів уникнення при посттравматичному стресовому розладі у військових в контрольній та експериментальній групі після другого констатувального зрізу має такі особливості: дисоціативна амнезія (16%:36%), почуття відсторонення або відчуження (10%:28%), уникнення розмов і думок про травматичну подію (28%:64%), відчуття постійної потреби щось робити (16%:42%), вживання алкоголю або наркотиків (12%:24%), почуття емоційного заціпеніння або відірваності від своїх почуттів (8%:16%), що також свідчить про значно сильні травматичні події, які пережили учасники активних бойових дій.

Показники прояву негативних думок та емоцій при посттравматичному стресовому розладі у військових в контрольній та експериментальній групі після другого констатувального зрізу за Опитувальником посттравматичного стресового розладу (PCL-5) мають наступні показники: негативні переконання та очікування (20%:38%), шкідливі думки про себе (10%:26%), звинувачення себе та інших у причині травми (14%:42%), відчуття неможливості нікому довіряти (22%:34%), постійне переживання страху (12%:36%), постійне переживання гніву (8%:20%), постійне переживання провини або сорому (8%:18%), втрата інтересу (10%:22%), ангедонія (12%:54%).

Показники прояву надмірної реактивності при посттравматичному стресовому розладі у військових в контрольній та експериментальній групі після другого констатувального зрізу за Опитувальником посттравматичного стресового розладу (PCL-5) мають такі особливості, які свідчать про збільшення стресу: гіперпильність (10%:28%), лякливість (12%:24%), проблеми з концентрацією уваги (22%:34%), проблеми зі сном (24%:46%), панічні атаки (10%:24%), дратівливість (14%:20%), нерозсудливість (16%:18%).

Нами було вироблено алгоритм консультування військовослужбовців що знаходяться в реактивних психічних станах, за яким психологічна допомога надана військовослужбовцям має носити систематичний характер, охоплювати їх сімейне та соціальне життя. Надання психологічної допомоги

військовослужбовцям можливо лише в межах компетенції практичного психолога. Умовно ми поділили клієнтів з числа військовослужбовців на три категорії (військовослужбовці, які не мають досвіду бойових дій; військовослужбовці, які мали досвід бойових дій, але не мали ПТСР; військовослужбовці, які мали досвід бойових дій та страждають на ПТСР) та окреслили запити до психолога, які від них надходили, описали основні алгоритми психологічної роботи з кожною категорією клієнтів.

## ВИСНОВКИ

1. Психологічна характеристика особистості військовослужбовців має свої особливості, які потрібно враховувати під час надання їм психологічної допомоги. Фахівці визначають низку факторів бойової ситуації, в якій перебували військові, що мають особливий вплив на психіку людини, зумовлюючи «виснаження» центральної нервової системи та появу так званої «бойової психічної травми»: 1) почуття загрози життю, так званий біологічний страх смерті, поранення, болю, інвалідизації; 2) потужний та довготривалий стрес, що виникає у безпосереднього учасника бою, поряд з яким виникає психоемоційний стрес, пов'язаний із загибеллю побратимів або з необхідністю вбивати; 3) вплив специфічних чинників бойової обстановки (дефіцит часу, прискорення темпу дій, раптовість, невизначеність, новизна); 4) депривація основних потреб людини (брак повноцінного сну, дефіцит води і їжі, чистого одягу та медикаментів, відсутність спілкування з рідними); 5) незвичайний для учасника війни клімат і рельєф місцевості бойових дій (гіпоксія, надмірні спека або холод, підвищена інсоляція) тощо.

Реактивні психічні стани – це психогенні, тимчасові, зворотні психічні розлади, які виникають під впливом психічної травми. Особливості прояву реактивних психологічних станів військовослужбовців відіграють значну роль на їх психічний та фізичний стан. Основними симптомами можуть бути: порушення сну; патологічні спогади (психічні спогади); нездатність запам'ятовувати – амнезія щодо певних подій (уникнення); гіперчутливість (підвищена пильність); гіперзбудливість (недостатня гіперактивність). До вторинних симптомів належать: депресія, тривога, імпульсивна поведінка, алкоголізм, соматичні проблеми та дисфункція его. Психологічні наслідки участі у війні включають підвищення справедливості в мирний час, підвищену тривожність, «вибухову» реакцію на будь-який подразник, депресію, порушення соціальних стосунків між ветеранами. виникають сімейні конфлікти і проблеми з працевлаштуванням. Такі люди часто втрачають

інтерес до суспільного життя, стають менш активними у вирішенні життєво важливих проблем, саме тому потребують надання своєчасної психологічної допомоги.

Специфіка міжособистісної взаємодії психолога з військовослужбовцями має дуже важливі моменти, котрі потрібно враховувати під час консультативної взаємодії. Дослідники виділяють наступні чотири основні напрямки психологічної підтримки учасників бойових дій: сфера освіти – навчання навичкам самодопомоги та само підтримки, соціальний напрям – це методи, спрямовані на формування та підвищення соціальної підтримки та соціальної згуртованості бійців, напрямок психологічний – психологічна корекція та психотерапія, фізичний напрям – фізична активність, правильне харчування, духовність і розвинене почуття гумору тощо. Вчені виділяють певні етапи професійної психологічної допомоги при роботі з військовослужбовцями: психологічна діагностика, укладення так званого «психотерапевтичного контракту», початок розв'язання проблеми, опрацювання травматичного досвіду, «контроль середовища».

2. Проаналізувавши різні підходи та методики до наукових психологічних досліджень, ми зупинилися на наступних: Госпітальна шкала тривожності і депресії (HADS), Шкала депресії А. Бека, Опитувальник посттравматичного стресового розладу (PCL-5), Опитувальник ситуативної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна.

Спочатку нами було оцінено психоемоційний стан досліджуваних відібраних двох груп: контрольної (на котру не будуть впливати умови участі в бойових діях) та експериментальної (на котру буде здійснюватися вплив умов участі в бойових діях) до впливу змінних. Згодом через деякий час ми провели другий зріз констатуючого експерименту на двох групах досліджуваних, але уже з умовами впливу бойових дій на психоемоційний стан досліджуваних експериментальної групи та порівняли отримані дані.

3. Нами було проаналізовано хід проведення дослідження специфіки міжособистісної взаємодії психолога з військовослужбовцями, що

знаходяться в реактивних психологічних станах. Для цього було відібрано дві групи військовослужбовців: контрольну та експериментальну. Використовувались наступні психологічні методики дослідження: Госпітальна шкала тривожності і депресії (HADS), Шкала депресії А. Бека, Опитувальник посттравматичного стресового розладу (PCL-5), Опитувальник ситуативної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна.

За наслідками дослідження під час першого констатувального зрізу було з'ясовано, що в експериментальній групі була субклінічно виражена тривога, адже середній показник по групі досліджуваних отримав показник 8 балів. А в контрольній групі була відсутність достовірно виражених симптомів тривоги з середнім показником 6 балів.

Прояви депресії в обох групах, і в контрольній (5 балів), і в експериментальній (6 балів) лежать в межах норми (0-7 балів – норма), що говорить про відсутність достовірно виражених симптомів депресії.

В експериментальній групі найбільша кількість досліджуваних, а це 40% мали стан без депресії, 34% – знаходились в стані легкої депресії, 26% – в стані середнього прояву депресії і в жодного не було виявлено стану тяжкої депресії.

У контрольній групі показники мали трохи інші дані, хоча у загальній сукупності не суттєво відрізнялися від показників експериментальної групи за першим констатувальним зрізом: 46% мали стан без депресії, 32% – знаходились в стані легкої депресії, 22% – в стані середнього прояву депресії і в жодного не було виявлено стану тяжкої депресії.

Так, у військовослужбовців контрольної та експериментальної груп були виявлені наступні показники проявів симптомів інтрузії як прояву ПТСР за Опитувальником посттравматичного стресового розладу (PCL-5) в такому поєднанні: нав'язливі спогади (22%:30%), страшні сни (18%:34%), дисоціативні реакції (флешбеки) (12%:26%), психологічний дистрес (8%:16%).

У військовослужбовців контрольної та експериментальної груп були виявлені наступні показники проявів симптомів уникнення в такому

поєднанні: дисоціативна амнезія (12%:24%), почуття відсторонення або відчуження (8%:22%), уникнення розмов і думок про травматичну подію (32%:56%), відчуття постійної потреби щось робити (14%:32%), вживання алкоголю або наркотиків (10%:16%), почуття емоційного заціпеніння або відірваності від своїх почуттів (4%:8%).

У військовослужбовців контрольної та експериментальної груп були виявлені наступні показники проявів негативних думок та емоцій в такому поєднанні: негативні переконання та очікування (22%:34%), шкідливі думки про себе (8%:12%), звинувачення себе та інших у причині травми (12%:24%), відчуття неможливості нікому довіряти (18%:28%), постійне переживання страху (10%:26%), постійне переживання гніву (6%:14%), постійне переживання провини або сорому (5%:8%), втрата інтересу (8%:10%), ангедонія (6%:12%).

У військовослужбовців контрольної та експериментальної груп були виявлені наступні показники проявів надмірної реактивності в такому поєднанні: гіперпильність (6%:8%), лякливність (4%:6%), проблеми з концентрацією уваги (10%:18%), проблеми зі сном (18%:26%), панічні атаки (4%:6%), дратівливість (5%:7%), нерозсудливість (4%:6%).

Ситуативна тривожність найбільш виражена у військовослужбовців експериментальної групи в порівнянні з контрольною групою. При чому в контрольній групі вона висока 52 (показник від 45 і більше), а в експериментальній – 54 (показник від 45 і більше), низький (при нормі 0-30 балів) та середній рівень тривожності (показник 31-44) не був притаманним жодній із груп досліджуваних.

Особистісна тривожність найбільш виражена у військовослужбовців експериментальної групи в порівнянні з контрольною групою. При чому в контрольній групі вона менша 36 (показник 31-44), а в експериментальній – 42 (показник 31-44). Низький рівень та високий прояви тривожності не був притаманним жодній із груп досліджуваних військовослужбовців.

Порівняння показників прояву емоційно-вольової сфери досліджуваних

в контрольній та експериментальній групі після другого зрізу констатувального дослідження дало нам уявлення щодо значної різниці в психоемоційному стані обох груп досліджуваних. Так, було помічено, що в контрольній групі досліджуваних в порівнянні з експериментальною значно менші показники прояву тривожності 7 та 10 середнього значення, показників депресії 6 та 8 середнього значення, в контрольній групі в порівнянні з експериментальною значно більше досліджуваних в стані без депресії 42% та 34%, в стані легкої депресії 42% та 22%. А всі інші показники переважають в досліджуваних експериментальної групи у порівнянні з контрольною: у стані середньої депресії 32% та 28%, у стані тяжкої депресії 12% та 2%, ситуативна тривожність 68% до 54%, а також особистісна тривожність 56% та 44%. Що також говорить про участь у бойових діях на психоемоційну сферу військовослужбовців.

Порівняння показників проявів симптомів інтрузії при посттравматичному стресовому розладі у військових в контрольній та експериментальній групі після другого констатувального зрізу має такі особливості: нав'язливі спогади (30%:42%), страшні сни (34%:44%), дисоціативні реакції (флешбеки) (26%:32%), психологічний дистрес (16%:28%), що говорить про більш виражені симптоми ПТСР саме у військових, які брали участь у бойових діях.

Порівняння показників проявів симптомів уникнення при посттравматичному стресовому розладі у військових в контрольній та експериментальній групі після другого констатувального зрізу має такі особливості: дисоціативна амнезія (16%:36%), почуття відсторонення або відчуження (10%:28%), уникнення розмов і думок про травматичну подію (28%:64%), відчуття постійної потреби щось робити (16%:42%), вживання алкоголю або наркотиків (12%:24%), почуття емоційного заціпеніння або відірваності від своїх почуттів (8%:16%), що також свідчить про значно сильні травматичні події, які пережили учасники активних бойових дій.

Показники прояву негативних думок та емоцій при посттравматичному стресовому розладі у військових в контрольній та експериментальній групі після другого констатувального зрізу за Опитувальником посттравматичного стресового розладу (PCL-5) мають наступні показники: негативні переконання та очікування (20%:38%), шкідливі думки про себе (10%:26%), звинувачення себе та інших у причині травми (14%:42%), відчуття неможливості нікому довіряти (22%:34%), постійне переживання страху (12%:36%), постійне переживання гніву (8%:20%), постійне переживання провини або сорому (8%:18%), втрата інтересу (10%:22%), ангедонія (12%:54%).

Показники прояву надмірної реактивності при посттравматичному стресовому розладі у військових в контрольній та експериментальній групі після другого констатувального зрізу за Опитувальником посттравматичного стресового розладу (PCL-5) мають такі особливості, які свідчать про збільшення стресу: гіперпильність (10%:28%), лякливість (12%:24%), проблеми з концентрацією уваги (22%:34%), проблеми зі сном (24%:46%), панічні атаки (10%:24%), дратівливість (14%:20%), нерозсудливість (16%:18%).

4. Нами було вироблено алгоритм консультування військовослужбовців що знаходяться в реактивних психічних станах, за яким психологічна допомога надана військовослужбовцям має носити систематичний характер, охоплювати їх сімейне та соціальне життя. Надання психологічної допомоги військовослужбовцям можливо лише в межах компетенції практичного психолога. Умовно ми поділили клієнтів з числа військовослужбовців на три категорії (військовослужбовці, які не мають досвіду бойових дій; військовослужбовці, які мали досвід бойових дій, але не мали ПТСР; військовослужбовці, які мали досвід бойових дій та страждають на ПТСР) та окреслили запити до психолога, які від них надходили, описали основні алгоритми психологічної роботи з кожною категорією клієнтів.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаєв Н. А. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: методичний посібник. К. : НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.
2. Алещенко В. І. Психологічна реабілітація військовослужбовців з постстресовими психічними розладами: навчальний посібник. Харків : ХУПС. 2005. 84 с.
3. Алієв О. С., Заїка В. М. Комплексний підхід до соціально-психологічної адаптації учасників антитерористичної операції в Україні. *Соціальна робота в сучасному суспільстві: тенденції, виклики, перспективи: матеріали Всеукраїнської наук.-практ. конф., м. Полтава, 28 лютого 2017 р.* К. : Університет «Україна», 2017. С. 3-7.
4. Алієв О. С., Заїка В. М. Проблеми та перспективи захисту прав учасників бойових дій в Україні в рамках їх соціально-психологічної адаптації до умов мирного життя. *Матеріали Регіональної науково-практичної конференції «Права людини в Україні: сучасний стан та механізм реалізації»*, (м. Полтава, 7 грудня 2016 р.). Полтава. 2016. С. 425-431.
5. Архипова С. П. Методи та технології роботи соціального педагога. К. : Видавничий дім «Слово», 2011. 396 с.
6. Безпалько О. В. Організація соціально-педагогічної роботи з дітьми та молоддю у територіальній громаді: теоретико-методологічні основи: монографія; М-во освіти і науки України; Ін-т проблем виховання Академії педагогічних наук. К. : Наук. світ, 2006. 363 с.
7. Блінов О. А. Досвід психологічної реабілітації учасників АТО та членів їх сімей в умовах санаторію. *Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю.* Наукове видання. Київ: КНУ ім. Тараса Шевченка, 2016. С. 23-26.

8. Булах О. Ю. Основні напрями реформування системи медичного забезпечення Збройних Сил України в сучасних умовах. *Військова медицина України*. 2013. № 2. Т. 13 С. 20-27.
9. Жаховський В. О. Система управління медичним забезпеченням Збройних Сил України : потреба в удосконаленні. *Наука і оборона*. 2013. № 1. С. 23-27.
10. Заїка В. М., Алієв О. С. Гендерні особливості соціально-психологічної адаптації учасників бойових дій до умов мирного життя. *Соціальна робота в сучасному суспільстві: тенденції, виклики, перспективи*: матеріали II Всеукраїнської наук.-практ. конф., м. Полтава, 28 лютого 2018 р. К. : Університет «Україна», 2018. С. 157-173.
11. Заїка В. М., Алієв О. С. Соціально-психологічна адаптація учасників бойових дій до умов мирного життя: гендерний аспект. *Інноваційний потенціал та правове забезпечення соціально-економічного розвитку України: виклик глобального світу*: матеріали Міжн. наук.-практ. конф., м. Полтава, 16-17 травня 2018 р. : у 3 т. Т. 1. К.: Університет «Україна», 2018. С. 49-60.
12. Заїка В. М. Гендерний аспект соціально-психологічної адаптації учасників антитерористичної операції до умов мирного життя. *Психологічні виміри культури, економіки, управління* : науковий журнал / [відповідальний ред. О. М. Лозинський]. Львів. Випуск XII, 2018. С. 6-16.
13. Заїка В. М. До проблеми вивчення особливостей прояву посттравматичного стресового розладу учасників АТО в їх соціально-психологічній адаптації до умов мирного життя. *Соціальна робота в сучасному суспільстві: тенденції, виклики, перспективи*: матеріали III Всеукраїнської наук.-практ. конф., м. Полтава, 28 лютого 2019 р. К. : Університет «Україна», 2019. С. 118-121.
14. Заїка В. М. Особливості прояву посттравматичного стресового розладу учасників ООС. *Інклюзивне освітнє середовище: проблеми, перспективи та кращі практики*: тези доповідей XIX Міжнародної науково-практичної

конференції (м. Київ, 20-21 листопада 2019 р.). У 3-х частинах. Частина 1. К. : Університет «Україна», 2019. С. 49-52.

15. Заїка В. М., Перетятко Л. Г. Особливості трансформації особистості при подоланні кризових ситуацій у житті людини. *Наукові студії із соціальної та політичної психології*: зб. статей / АПН України, Ін-т соціальної та політичної психології; Редкол.: С. Д. Максименко, М. М. Слюсаревський та ін. Київ: Міленіум, 2007. Вип. 16 (19). С. 191-199.

16. Заїка В. М. Подолання кризових станів в умовах ініціювання особистісних трансформацій. *Соціальна психологія*. 2009. № 3. С. 101-110.

17. Заїка В. М. Посттравматичний стресовий розлад учасників АТО: проблеми комунікації та адаптації. *Актуальні проблеми сучасного дискурсу в теоретичній та прикладній лінгвістиці*: матеріали IV Регіон. наук.-практ. конф., м. Полтава, 5 грудня 2019 р. Полтава : Полтавський інститут економіки і права Університету «Україна», 2019. С. 295-298.

18. Заїка В. М. Проблема діагностики посттравматичного стресового розладу у осіб, які пережили складні життєві ситуації. *Інклюзивне освітнє середовище: проблеми, перспективи та кращі практики*. К. : ВМУРОЛ «Україна». 2023. 428 с.

19. Заїка В. М., Страшко Є. Ю., Лебедев В. А., Чернов А. А. Пілотний проект програми роботи оздоровчого табору (природо терапевтичної групи) із використанням методу «природотерапії» та «рекреації». *Матеріали III Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи»*, 8 вересня 2023 року. / [ред. кол.: В. М. Ждан, В. П. Лисак, І. А. Голованова та ін.]. Полтава, 2023. С. 90-93.

20. Заїка В. М., Чернов А. А., Лебедев В. А. Пілотний проект відновлення родинних зв'язків військовослужбовців звільнених в запас з їхніми сім'ями в межах рекреаційної програми «Природотерапія». *Матеріали I Міжнародної науково-практичної конференції «Прояви резилієнтності на різних рівнях системи: сім'я, освіта, суспільство під час війни»* (23 листопада 2023 року,

м. Полтава). Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка». 2023.

21. Калагін Ю. А. Стереотипи військовослужбовців-жінок про армію та військову службу. *Грані*. 2014. № 2. С. 112-117.

22. Калагін Ю. А. Гендерний аспект типологізації особистості військовослужбовців збройних сил України. *Український соціум*. 2013. № 3. С. 44-53.

23. Коваль Л. Г. Соціальна педагогіка : навч. посібник. К. : ІЗМН, 1997. 392 с.

24. Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій: методичний посібник. К. : НДЦ ГП ЗСУ, 2015. 170 с.

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

26. Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Остапчук В. В. Психологічна робота з військовослужбовцями – учасниками АТО на етапі відновлення: метод. посібник. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с.

27. Кокун О. М. Збірник методик для діагностики психологічної готовності військовослужбовців військової служби за контрактом до діяльності у складі миротворчих підрозділів: методичний посібник. К. : НДЦ ГП ЗСУ, 2011. 281 с.

28. Кондрюкова В. В., Слюсар І. М. Соціально-психологічна адаптація військовослужбовців силових структур, звільнених у запас : навч.-метод. посібник. Київ : Гнозіс, 2013. 116 с.

29. Лебедев В. А., Чернов А. А. Терапевтичний альянс з пацієнтом військовим для надання психологічної допомоги. Досвід центру реабілітаційної медицини. *Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Екстрена та невідкладна допомога в Україні: організаційні, правові, клінічні аспекти», 24 лютого 2023 року.* /

- [ред..кол.: В. М. Ждан, В. П., Лисак, І. А., Голованова та ін.]. Полтава, 2023. 168 с.
30. Левенець І. В. Судова психіатрія: навчальний посібник. Тернопіль : Економічна думка, 2005. 328 с. URL: <https://buklib.net/books/31207/>
31. Ляска О., Федірко П., Березкін О. Методичні аспекти соціально-психологічної роботи з військовослужбовцями,що звільняються з лав збройних сил. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології*. 2021. № 5 (109). С. 415.
32. Малородна О. Специфіка міжособистісної взаємодії психолога з військовослужбовцями звільненими в запас. *Матеріали Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції «Вітчизняна наука на зламі епох: проблеми та перспективи розвитку»*: зб. наук. праць. Переяслав, 2023. Вип. 91. С. 69-73.
33. Можаровський В. М. Збройні Сили України повинні відповідати сучасним вимогам. *Війська України*. 2012. № 1-2 (138). С. 6-11.
34. Невидимий батальйон: участь жінок у військових діях в АТО (соціологічне дослідження) / за заг. ред. Тамари Марценюк. Київ : ФОП Клименко, 2016. 80 с.
35. Неурова А., Романишин А. Психологія індивідуальної роботи з військовослужбовцями: навч.-метод. посібник. Київ, 2023. 335 с.
36. Певень Л. В. Стан і перспективи вирішення соціальних проблем військовослужбовців. *Соціологічні дослідження*. 2002. № 5. С. 76-92.
37. Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація : методичні рекомендації / уклад. : Волошин П. В., Шестопалова Л. Ф., Підкоритов В. С. та ін. Харків, 2002. 47 с.
38. Про перелік закладів і установ освіти, охорони здоров'я та соціального захисту і посад, робота яка дає право на пенсію за вислугу років : офіц. текст : за станом на 4 лист. 1993 р. / Постанова Кабінету Міністрів України. Офіц. вид. Київ : Парлам. вид-во, 2006. 21 с.

39. Протоколи надання першої психологічної допомоги військовослужбовцям Національної гвардії України в екстремальних умовах діяльності: посібник / О. С. Колесніченко, Я. В. Мацегора, І. І. Приходько / За заг. ред. проф. І. І. Приходька. Харків : НА НГУ, 2018. 40 с.
40. Савченко Ю. С. Деякі особливості правового статусу військовослужбовців-жінок у Збройних силах України. *Юридична наука*. 2011. № 6. С. 175-181.
41. Сейко Н. А. Соціальна педагогіка : метод. посіб. Житомир : Житомир. держ. пед. ун-т, 2002. 260 с.
42. Семигіна Т. В. Введення в соціальну роботу : навч. посіб. К. : «Фенікс», 2001. 160 с.
43. Ставлення військовослужбовців до гендерної рівності та її утвердження у Збройних Силах України: Звіт за результатами соціологічного дослідження / Міністерство оборони України, Науково-дослідницький центр гуманітарних проблем Збройних сил України. Київ, 2011. 66 с.
44. Серебряков О. М. Через Житомирський військовий шпиталь вже пройшло більше 2000 учасників АТО [Електронний ресурс]. – Режим доступу до журн. : <http://reporter.zt.ua/news/16591-serebriakov-cherez-zhytomyrskiy-viiskovy-shpytal-vzhe-proishlo-bilshe-2000-uchasnykiv-ato>. – Голов. з екрану.
45. Слюсар І. М. Посттравматичний стресовий розлад у працівників дорожньо-патрульної служби Державтоіспекції: профілактика, психологічна діагностика та корекція : дис. ... кандидата психол. наук : 19.00.06. К., 2005. 211 с.
46. Соціальна педагогіка : мала енциклопедія. Київ : Центр навчальної літератури, 2008. 336 с.
47. Стаття 11 із змінами, внесеними згідно із Законами № 2171-III від 21.12.2000, № 662-IV від 03.04.2003, № 1768-IV від 15.06.2004; в редакції Закону № 328-V від 03.11.2006.

48. Стаття 16 із змінами, внесеними згідно із Законами N 3370- IV (3370-15) від 19.01.2006, N 2592-VI (2592-17) від 07.10.2010; в редакції Закону N 3611-VI (3611-17) від 07.07.2011.
49. Стаття 17 в редакції Закону N 3370-IV (3370-15) від 19.01.2006.
50. Телелим В. М. Найважливіші аспекти розвитку збройної боротьби. *Війська України*. 2012. № 1-2 (138). С. 12-17.
51. Трубавіна І. М. Концепція «допомоги для самопомоги» в соціальній роботі в Україні. *Соціальна робота в Україні: теорія і практика*. 2003. № 2. С. 44.
52. Реактивні психози. URL: <https://vseosvita.ua/library/embed/010059tc-8af6.docx.html>
53. Узагальнений медичний звіт за Збройні Сили України. Київ : Військово-медичний департамент МО України. 2013. № 2. 35 с.
54. Українська військова медична академія [Електронний ресурс]. – Режим доступу до журн. : <http://users.i.kiev.ua/~umma/>. – Голов. з екрану.
55. Чернов А. А., Заїка В. М., Лебедев В. А. Особливості психологічного консультування військовослужбовців, які були звільнені в запас або у відставку за станом здоров'я, під час дії воєнного стану. *Психолого-педагогічні координати розвитку особистості* : зб. наук. матеріалів IV Міжнар. наук.-практ. конф., 1-2 червня 2023 р. Полтава : Національний університет імені Юрія Кондратюка, 2023. С. 246-255.
56. Цільмак О. М., Калаянова О. Д. Реактивні стани. Симуляція психічних розладів : конспект лекції. Одеса : ОДУВС, 2026. С. 10-16.
57. Brown G. W. Traumatic Stress. *G.W. Brown et all.* 1985. Vol. 147. P. 612-622.
58. McFarlane A.C. Long-term psychiatric morbidity after a natural disaster: Implications for disaster planners and emergency services. *Medical Journal of Australia*. 1986. № 14. P. 561-563.
59. Quarantelli E.L. Posttraumatic stress disorder E.L. *Amer. Rev. Soc.* 1977. Vol. 3. P. 23-49.

60. Terence M. Keane, PhD. The epidemiology of posttraumatic stress disorder: some comments and concerns. *Ptsd Research Quarterly*. 1990. Vol. 1, № 3. P. 46-61.

**Госпітальна шкала тривожності і депресії (HADS)**

1. Т Я відчуваю напруженість, мені не по собі.
  - 3 Весь час.
  - 2 Часто.
  - 1 Час від часу, іноді.
  - 0 Зовсім не відчуваю.
2. Д Те, що раніше приносило мені велике задоволення, і зараз викликає у мене таке ж почуття.
  - 0 Безумовно це так.
  - 1 Напевно, це так.
  - 2 Лише в дуже малому ступені це так.
  - 3 Це зовсім не так.
3. Т Я відчуваю страх, здається, ніби щось жахливе може осьось статися.
  - 3 Безумовно це так, і страх дуже сильний.
  - 2 Це так, але страх не дуже сильний.
  - 1 Іноді, але це мене не турбує.
  - 0 Зовсім не відчуваю.
4. Д Я здатний розсміятися і побачити в тій чи іншій події смішне.
  - 0 Безумовно це так.
  - 1 Напевно, це так.
  - 2 Лише в дуже малому ступені це так.
  - 3 Зовсім не здатний.
5. Т Неспокійні думки крутяться у мене в голові.
  - 3 Постійно.
  - 2 Велику частину часу.

- 1 Час від часу і не так часто.  
0 Тільки іноді.
6. Д Я відчуваю бадьорість.  
3 Зовсім не відчуваю.  
2 Дуже рідко.  
1 Іноді.  
0 Практично весь час.
7. Т Я легко можу сісти і розслабитися.  
0 Безумовно це так.  
1 Напевно, це так.  
2 Лише зрідка це так.  
3 Зовсім не можу.
8. Д Мені здається, що я почав все робити дуже повільно.  
3 Практично весь час.  
2 Часто.  
1 Іноді.  
0 Зовсім ні.
9. Т Я відчуваю внутрішнє напруження або тремтіння.  
0 Зовсім не відчуваю.  
1 Іноді.  
2 Часто.  
3 Дуже часто.
10. Д Я не стежу за своєю зовнішністю.  
3 Безумовно це так.  
2 Я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно.  
1 Може бути, я став менше приділяти цьому уваги.  
0 Я стежу за собою так само, як і раніше.
11. Т Я відчуваю непосидючість, немов мені постійно потрібно рухатися.  
3 Безумовно це так.  
2 Напевно, це так.

1 Лише в деякій мірі це так.

0 Зовсім не відчуваю.

12.Д Я вважаю, що мої справи (заняття, захоплення) можуть принести мені почуття задоволення.

0 Точно так само, як і зазвичай.

1 Так, але не в тій мірі, як раніше.

2 Значно менше, ніж зазвичай.

3 Зовсім так не вважаю.

13.Т У мене буває раптове відчуття паніки.

3 Дуже часто.

2 Досить часто.

1 Не так уже часто.

0 Зовсім не буває.

14.Д Я можу отримати задоволення від гарної книги, радіо- чи телепрограми.

0 Часто.

1 Іноді.

2 Рідко.

3 Дуже рідко.

**Шкала депресії А. Бека**

Текст опитувальника

1. а) Я почуваю себе добре.  
б) Мені погано.  
в) Мені весь час сумно, і я нічого не можу з собою поробити.  
г) Мені так скучно і сумно, що я не в силах більше терпіти.
2. а) Майбутнє не лякає мене.  
б) Я боюся майбутнього.  
в) Мене ніщо не радує.  
г) Моє майбутнє безпросвітно.
3. а) В житті мені переважно щастило.  
б) Невдач і провалів було у мене більше, ніж у кого-небудь іншого.  
в) Я нічого не добився в житті.  
г) Я потерпів повне фіаско – як батько, партнер, дитина, на професійному рівні – словом, усюди.
4. а) Не можу сказати, що я незадоволений.  
б) Як правило, я скучаю.  
в) Що б я ні робив, ніщо мене не радує, я як заведена машина.  
г) Мене не задовольняє абсолютно все.
5. а) У мене немає відчуття, ніби я когось образив.  
б) Може, я і образив когось, сам того не бажаючи, але мені про це нічого не відомо.  
в) У мене таке відчуття, ніби я всім приношу тільки нещастя.  
г) Я погана людина, дуже часто я кривдив інших людей.
6. а) Я задоволений собою.  
б) Іноді я відчуваю себе нестерпним.  
в) Іноді я відчуваю комплекс неповноцінності.  
г) Я абсолютно нікчемна людина.

7. а) У мене не складається враження, ніби я вчинив щось таке, що заслуговує покарання:

б) Я відчуваю, що покараний або буду покараний за щось таке, де став винуватим.

в) Я знаю, що заслуговую покарання.

г) Я хочу, щоб життя мене покарало.

8. а) Я ніколи не розчаровувався в собі.

б) Я багато разів відчував розчарування в самому собі.

в) Я не люблю себе.

г) Я себе ненавиджу.

9. а) Я нічим не гірший за інших.

б) Деколи я припускаюся помилки.

в) Просто жахливо, як мені не щастить.

г) Я сію навколо себе одні нещастя.

10. а) Я люблю себе і не ображаю себе.

б) Іноді я відчуваю бажання зробити рішучий крок, але не наважуюся.

в) Було краще б зовсім не жити.

г) Я подумую про те, щоб покінчити життя самогубством.

11.а) У мене немає причин плакати.

б) Буває, що я і поплачу.

в) Я плачу тепер постійно, так що не можу виплакатися.

г) Раніше я плакав, а зараз якось не виходить, навіть коли хочеться. 12.а)

Я спокійний.

б) Я легко дратуюсь.

в) Я знаходжуся в постійній напрузі, як готовий вибухнути паровий котел.

г) Мені тепер все байдуже; те, що раніше дратувало мене, зараз ніби мене і не стосується.

13.а) Прийняття рішення не доставляє мені особливих проблем.

б) Іноді я відкладаю рішення на потім.

- в) Приймати рішення для мене проблематично.
  - г) Я взагалі ніколи нічого не вирішую.
- 14.а) Мені не здається, ніби я виглядаю погано або гірше, ніж раніше.
- б) Мене хвилює, що я не дуже добре виглядаю.
  - в) Справи йдуть дедалі гірше, – я виглядаю погано.
  - г) Я бридкий, у мене просто відштовхуюча зовнішність.
- 15.а) Вчинити вчинок – для мене не проблема.
- б) Мені доводиться змушувати себе, щоб зробити який-небудь важливий в житті крок.
- в) Щоб зважитися на що-небудь, я повинен дуже багато попрацювати над собою.
- г) Я взагалі не здатний що-небудь реалізувати.
- 16.а) Я сплю спокійно і добре висипаюся.
- б) Вранці я прокидаюся більш стомленим, ніж був до того, як заснув.
  - в) Я прокидаюся рано і відчуваю себе так, нібито не виспався.
  - г) Іноді я страждаю на безсоння, іноді прокидаюся по декілька разів за ніч, в цілому я сплю не більше п'яти годин на добу.
- 17.а) У мене збереглася колишня працездатність.
- б) Я швидко втомлююся.
  - в) Я відчуваю себе стомленим, навіть якщо майже нічого не роблю.
  - г) Я настільки втомився, що нічого не можу робити.
- 18.а) Апетит у мене такий же, яким він був завжди.
- б) У мене пропав апетит.
  - в) Апетит у мене набагато гірше, ніж раніше.
  - г) У мене взагалі немає апетиту.
- 19.а) Бувати на людях для мене так само приємно, як і раніше.
- б) Мені доводиться примушувати себе зустрічатися з людьми.
  - в) У мене немає ніякого бажання бувати в суспільстві.
  - г) Я ніде не буваю, люди не цікавлять мене, мене взагалі не хвилює ніщо стороннє.

- 20.а) Мої еротико-сексуальні інтереси збереглися на колишньому рівні.  
б) Секс вже не цікавить мене так, як раніше.  
в) Зараз я міг би спокійно обходитися без сексу.  
г) Секс взагалі не цікавить мене, я абсолютно втратив до нього потяг.

21.а) Я відчуваю себе цілком здоровим і піклуюся про своє здоров'я так само, як і раніше.

- б) У мене постійно щось болить.  
в) Із здоров'ям справи серйозні, я весь час про це думаю.  
г) Моє фізичне самопочуття жахливе, болячки просто вимотують мене.

### Опитувальник посттравматичного стресового розладу (PCL-5)

1. Думки та спогади, що повторюються і турбують, або нав'язливі картини стресового досвіду з минулого?

Зовсім ні – 0	Трохи – 1	Помірно – 2	Відчутно – 3	Дуже – 4
---------------	-----------	-------------	--------------	----------

2. Повторювані, хвилюючі сновидіння про стресовий досвід?

Зовсім ні – 0	Трохи – 1	Помірно – 2	Відчутно – 3	Дуже – 4
---------------	-----------	-------------	--------------	----------

3. Раптове відчуття ніби стресовий досвід знову трапляється (переживаєте ситуацію знову)?

Зовсім ні – 0	Трохи – 1	Помірно – 2	Відчутно – 3	Дуже – 4
---------------	-----------	-------------	--------------	----------

4. Відчуття пригнічення, смутку, коли щось нагадувало вам стресову ситуацію з минулого?

Зовсім ні – 0	Трохи – 1	Помірно – 2	Відчутно – 3	Дуже – 4
---------------	-----------	-------------	--------------	----------

5. Сильні фізичні реакції, коли щось нагадувало про стресовий досвід (наприклад, серцебиття, утруднене дихання, потіння)?

Зовсім ні – 0	Трохи – 1	Помірно – 2	Відчутно – 3	Дуже – 4
---------------	-----------	-------------	--------------	----------

6. Уникання думок або розмов про стресову ситуацію у минулому або уникання почуттів, пов'язаних з цією ситуацією?

Зовсім ні – 0	Трохи – 1	Помірно – 2	Відчутно – 3	Дуже – 4
---------------	-----------	-------------	--------------	----------

7. Уникання певної діяльності або ситуацій, тому що вони нагадують вам стресову ситуацію з минулого?

Зовсім ні – 0	Трохи – 1	Помірно – 2	Відчутно – 3	Дуже – 4
---------------	-----------	-------------	--------------	----------

8. Труднощі з пригадуванням важливих моментів стресового досвіду з минулого?

Зовсім ні – 0	Трохи – 1	Помірно – 2	Відчутно – 3	Дуже – 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»)?

Зовсім ні – 0	Трохи – 1	Помірно – 2	Відчутно – 3	Дуже – 4
---------------	-----------	-------------	--------------	----------

10. Звинувачення себе або інших на рахунок стресового досвіду, або того, що сталося після нього?

Зовсім ні – 0	Трохи – 1	Помірно – 2	Відчутно – 3	Дуже – 4
---------------	-----------	-------------	--------------	----------

11. Сильні негативні емоції, такі як страх, жах, злість, почуття провини або сором?

Зовсім ні – 0	Трохи – 1	Помірно – 2	Відчутно – 3	Дуже – 4
---------------	-----------	-------------	--------------	----------

12. Втрата інтересу до тієї активності (діяльності), яка раніше приносила задоволення?

Зовсім ні – 0	Трохи – 1	Помірно – 2	Відчутно – 3	Дуже – 4
---------------	-----------	-------------	--------------	----------

13. Відчуття віддаленості або відокремленості від інших?

Зовсім ні – 0	Трохи – 1	Помірно – 2	Відчутно – 3	Дуже – 4
---------------	-----------	-------------	--------------	----------

14. Проблеми у переживанні позитивних емоцій (наприклад, незмога відчувати радість або любов до близької людини)?

Зовсім ні – 0	Трохи – 1	Помірно – 2	Відчутно – 3	Дуже – 4
---------------	-----------	-------------	--------------	----------

15. Роздратування, спалахи гніву, агресивна поведінка?

Зовсім ні – 0	Трохи – 1	Помірно – 2	Відчутно – 3	Дуже – 4
---------------	-----------	-------------	--------------	----------

16. Ризикова поведінка, яка може зашкодити?

Зовсім ні – 0	Трохи – 1	Помірно – 2	Відчутно – 3	Дуже – 4
---------------	-----------	-------------	--------------	----------

17. Перебування «на взводі» або «на сторожі»?

Зовсім ні – 0	Трохи – 1	Помірно – 2	Відчутно – 3	Дуже – 4
---------------	-----------	-------------	--------------	----------

18. Відчуття постійної напруги?

Зовсім ні – 0	Трохи – 1	Помірно – 2	Відчутно – 3	Дуже – 4
---------------	-----------	-------------	--------------	----------

19. Труднощі із зосередженістю?

Зовсім ні – 0	Трохи – 1	Помірно – 2	Відчутно – 3	Дуже – 4
---------------	-----------	-------------	--------------	----------

20. Проблеми із засинанням або нічні прокидання?

Зовсім ні – 0	Трохи – 1	Помірно – 2	Відчутно – 3	Дуже – 4
---------------	-----------	-------------	--------------	----------

## Тест ситуативної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна

Опитувальник ситуативної та особистісної тривожності за Спілбергером – Ханіним

Підвищена тривога є основним механізмом не адаптивної поведінки, однак, певний рівень тривожності – природна й обов'язкова особливість продуктивної активності людини. Кожний має свій рівень тривоги і тривожності. Самоконтроль і самооцінка цього стану є істотним компонентом адаптивної саморегуляції, позаяк підвищений рівень тривоги є провідним "облігатним механізмом" дезадаптивних розладів.

Особистісна тривожність – це стійка індивідуальна особливість людини, що характеризує її тенденцію сприймати певний діапазон ситуацій як загрозливих, небезпечних для самооцінки і самоповаги.

Реактивна тривожність як стан характеризується суб'єктивно пережитими емоціями: напругою, занепокоєнням, заклопотаністю, нервозністю. Цей стан виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію.

Високотривожні особистості схильні сприймати загрозу самооцінці і життєдіяльності і реагувати вираженим станом тривоги. Якщо результати тесту виявляють високий рівень особистісної тривожності, то це дає підставу прогнозувати виникнення станів тривожного ряду в різноманітних ситуаціях, пов'язаних з оцінкою компетенції і престижу.

### *Шкала ситуативної тривожності (СТ)*

*Інструкція.* Прочитайте уважно кожне з наведених тверджень і закресліть цифру у відповідній графі праворуч залежно від того, як ви почуваетесь на даний момент. Над запитаннями довго не задумуйтеся, оскільки правильних і неправильних відповідей немає.

№ n/n	Судження	Ні, це не так	Маб уть, так	Пра вил ьно	Зовсі м прави льно
1.	Я спокійний	1	2	3	4
2.	Мені ніщо не загрожує	1	2	3	4
3.	Я знаходжуся в напрузі	1	2	3	4
4.	Я внутрішньо скутий	1	2	3	4
5.	Я відчуваюся вільно	1	2	3	4
6.	Я розстроєний	1	2	3	4
7.	Мене хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4
8.	Я відчуваю душевний спокій	1	2	3	4
9.	Я стривожений	1	2	3	4
10.	Я відчуваю почуття внутрішнього задоволення	1	2	3	4
11.	Я упевнений 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 відчуваю скутості, напруги	1	2	3	4
16.	Я задоволений	1	2	3	4
17.	Я заклопотаний	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

### *Шкала особистісної тривожності (ОТ)*

*Інструкція.* Прочитайте уважно кожне з наведених тверджень і закресліть цифру у відповідній графі праворуч залежно від того, як ви відчуваєтеся на даний момент. Над запитаннями довго не задумуйтеся, оскільки правильних і неправильних відповідей немає.

<i>№ п/п</i>	<i>Судження</i>	<i>Ні, це не так</i>	<i>Маб уть, так</i>	<i>Пра вил ьно</i>	<i>Зовсі м прави льно</i>
21.	У мене буває піднесений настрій	1	2	3	4
22.	Я буваю дратівливим	1	2	3	4
23.	Я легко розстроююся	1	2	3	4
24.	Я хотів би бутуї таким само щасливим, як і інші	1	2	3	4
25.	Я сильно переживаю неприємності і довго не можу про них забути	1	2	3	4
26.	Я почуваю прилив сил і бажання працювати	1	2	3	4
27.	Я спокійний, холонокровний і зібраний	1	2	3	4
28.	Мене тривожать можливі труднощі	1	2	3	4
29.	Я занадто переживаю через дрібниці	1	2	3	4
30.	Я буваю цілком щасливий	1	2	3	4
31.	Я все приймаю близько до серця	1	2	3	4
32.	Мені не вистачає впевненості в собі	1	2	3	4
33.	Я почуваюся беззахисним	1	2	3	4
34.	Я намагаюся уникати критичних ситуацій і труднощів	1	2	3	4
35.	У мене буває нудьга	1	2	3	4
36.	Я буваю задоволений	1	2	3	4
37.	Будь-які дрібниці відволікають і хвилюють мене	1	2	3	4
38.	Буває, що я почуваюся невдахою	1	2	3	4
39.	Я врівноважена людина	1	2	3	4
40.	Мене охоплює занепокоєння, коли я думаю про свої справи і турботи	1	2	3	4

### *Обробка та інтерпретація*

Результати тесту обробляються за допомогою ключа.

## Ключ

<i>Ситуативна тривожність</i>					<i>Особистісна тривожність</i>				
<i>№ з/п</i>	<i>Ні, це не так</i>	<i>Мабуть, так</i>	<i>Правильно</i>	<i>Зовсім правильно</i>	<i>№ з/п</i>	<i>Ніколи</i>	<i>Іноді</i>	<i>Часто</i>	<i>Майже завжди</i>
1	4	1	3	2	21	4	3	2	1
2	4	1	3	2	22	1	2	3	4
3	1	4	2	3	23	1	2	3	4
4	1	4	2	3	24	1	2	3	4
5	4	1	3	2	25	1	2	3	4
6	1	4	2	3	26	4	3	2	1
7	1	4	2	3	27	4	3	2	1
8	4	1	3	2	28	1	2	3	4
9	1	4	2	3	29	1	2	3	4
10	4	1	3	2	30	4	3	2	1
11	4	1	3	2	31	1	2	3	4
12	1	4	2	3	32	1	2	3	4
13	1	4	2	3	33	1	2	3	4
14	1	4	2	3	34	1	2	3	4
15	4	1	3	2	35	1	2	3	4
16	4	1	3	2	36	4	3	2	1
17	1	4	2	3	37	1	2	3	4
18	1	2	3	4	38	1	2	3	4
19	4	1	3	2	39	4	3	2	1
20	4	1	3	2	40	1	2	3	4

Під час аналізу результатів самооцінки треба мати на увазі, що загальний підсумковий показник за шкалами ситуативної й особистісної тривожності може знаходитися в діапазоні від 20 до 80 балів. При цьому чим вищий підсумковий показник, тим вищий рівень тривожності (ситуативної чи особистісної).

Орієнтовні оцінки рівня тривожності:

- Від 0 до 30 балів - низька тривожність;
- Від 31 до 44 балів - помірна тривожність;
- Від 45 і більше - висока тривожність.