

Міністерство освіти і науки України
Сумська обласна рада
КОМУНАЛЬНИЙ ЗАКЛАД СУМСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ
ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ПЕДАГОГІЧНОЇ ОСВІТИ

Факультет підвищення кваліфікації і перепідготовки

Кафедра психології

Панченко Світлана Іванівна

**Особливості подолання симптомів
посттравматичного стресового розладу
в учасників бойових дій**

Магістерська робота
здобувача вищої освіти
другого (магістерського) рівня вищої освіти
спеціальності 053 Психологія
освітньо-професійної програми Практична психологія

Науковий керівник:
Вознюк Алла Вікторівна,
завідувач кафедри психології,
доктор психологічних наук, професор

Рекомендовано до захисту
рішенням кафедри психології
Протокол № _____ від «_____» _____ 2025р.

Завідувач кафедри _____ А. В. Вознюк

Суми – 2025

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ПИТАННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ	9
1.1. Основні підходи до вивчення поняття «посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)» у зарубіжних та вітчизняних дослідженнях.....	9
1.2. Характеристика симптомів ПТСР в учасників бойових дій, їх часові рамки розвитку та критерії діагностики.....	20
1.3. Стресогенні чинники бойової діяльності, що обумовлюють виникнення симптомів ПТСР в учасників бойових дій.....	32
РОЗДІЛ 2. ТЕХНОЛОГІЇ ПОДОЛАННЯ СИМПТОМІВ ПОСТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ.....	47
2.1. Методики та процедура діагностування проявів симптомів ПТСР в учасників бойових дій	47
2.2. Аналіз результатів дослідження особливостей прояву симптомів ПТСР в учасників бойових дій та чинників, які впливають на рівень їх вираженості.....	62
2.3. Психологічні рекомендації для подолання симптомів ПТСР в учасників бойових дій	89
ВИСНОВКИ	111
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	116
ДОДАТКИ.....	127

ВСТУП

Актуальність дослідження. Повномасштабна військова агресія Російської Федерації проти України стала найбільшим викликом для українського суспільства та призвела до безпрецедентної психологічної травматизації населення. Сотні тисяч українських військовослужбовців, які захищають територіальну цілісність та суверенітет держави, щоденно стикаються з екстремальними умовами бойової діяльності, що супроводжуються постійною загрозою для життя, необхідністю приймати рішення в умовах дефіциту часу та інформації, переживанням втрат побратимів, фізичними травмами та пораненнями.

Систематичний та інтенсивний вплив травматичних факторів бойової обстановки, що триває вже понад три роки, формує унікальний за своїми масштабами та наслідками досвід психологічної травматизації. Військовослужбовці змушені функціонувати в умовах постійного стресу, де кожен день може принести нові випробування: артилерійські обстріли, мінометні атаки, снайперська загроза, необхідність евакуації поранених під вогнем противника. Такий безперервний та багатофакторний травматичний досвід створює передумови для розвитку посттравматичного стресового розладу, який суттєво ускладнює процес реінтеграції військовослужбовців до мирного життя та знижує якість їхнього функціонування в соціальній, професійній та особистісній сферах.

Особливої гостроти проблема набуває з огляду на масштабність явища – за експертними оцінками, психологічної допомоги потребують тисячі учасників бойових дій, які вже демобілізувалися або перебувають на ротації. При цьому специфіка сучасної війни, що характеризується високотехнологічними засобами ураження, інформаційно-психологічним протиборством та гібридними формами ведення бойових дій, створює нові виклики для системи психологічної реабілітації та потребує розробки інноваційних підходів для подолання наслідків психологічного травмування, що можуть згодом проявлятися в симптоматиці ПТСР.

Проблематику посттравматичного стресового розладу вивчало багато вітчизняних і зарубіжних дослідників. Теоретичні аспекти ПТСР як психологічного феномену та його діагностичні критерії розглядали такі зарубіжні вчені, як: П. Борн, К. Брюїн, Д. Девісон, Е. Фoa, М. Фрідман, М. Горовіц, А. Кардінер, К. Ноулз, К. Волтер та інші [57; 58; 59; 62; 63; 64; 65; 66; 67; 71; 77].

В українському науковому просторі проблематика ПТСР отримала ґрунтовне висвітлення у працях П. Волошина, В. Горанського, Р. Грицюка, О. Кокуна, І. Пішка, Н. Лозінської, В. Остапчука, О. Колесніченка та інших дослідників, які розглядали питання профілактики, діагностики та психологічної допомоги при ПТСР в умовах довготривалих військових дій в Україні [10; 13; 14; 18; 19; 20; 21; 22; 24].

Психологічні чинники бойової діяльності, що обумовлюють виникнення симптомів ПТСР у комбатантів, досліджували такі вітчизняні науковці, як: О. Блінов, О. Корольчук, К. Кравченко, О. Тімченко, В. Осьодло, І. Приходько, О. Хміляр, О. Чабан та інші [3; 4; 5; 6; 7; 25; 26; 37; 38; 43; 50; 51; 52]. Класифікація та аналіз стресогенних чинників бойової діяльності представлені в роботах О. Кокуна, І. Пішка, Н. Лозінської [23].

Незважаючи на значну кількість досліджень, присвячених проблематиці ПТСР, питання особливостей подолання симптомів цього розладу в учасників бойових дій в умовах тривалого військового конфлікту залишається недостатньо вивченим. Існує потреба в розробці та науковому обґрунтуванні ефективних технологій психологічної допомоги, які б враховували специфіку бойової травми, індивідуальні особливості військовослужбовців, наявність коморбідних розладів та особливості соціокультурного контексту. Особливо важливим є створення комплексних програм психологічної реабілітації, спрямованих на подолання основних симптомокомплексів ПТСР: інтрузивних проявів, уникнення, гіперзбудливості, дистресу та дезадаптації.

Таким чином, соціальна значущість проблеми психологічної травматизації учасників бойових дій, високі показники поширеності ПТСР

серед військовослужбовців та недостатня розробленість технологій подолання симптомів цього розладу зумовили вибір **теми дослідження**: «Особливості подолання симптомів посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій».

Об'єкт дослідження – посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

Предмет дослідження – особливості подолання симптомів посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити особливості прояву симптомів ПТСР в учасників бойових дій та розробити психологічні рекомендації і тренінгову програму для подолання виявлених симптомокомплексів та оптимізації процесу психологічної реінтеграції учасників бойових дій.

Відповідно до поставленої мети були визначені наступні **завдання дослідження**:

1. Проаналізувати основні підходи до вивчення поняття «посттравматичний стресовий розлад» у зарубіжних та вітчизняних дослідженнях.

2. Охарактеризувати симптоми ПТСР в учасників бойових дій, їх часові рамки розвитку та критерії діагностики.

3. Виокремити та проаналізувати стресогенні чинники бойової діяльності, що обумовлюють виникнення симптомів ПТСР в учасників бойових дій.

4. Дослідити особливості прояву симптомів ПТСР в учасників бойових дій та визначити чинники, які впливають на рівень їх вираженості.

5. Розробити психологічні рекомендації та тренінгову програму для подолання симптомів ПТСР в учасників бойових дій.

Відповідно до визначених завдань використовувались наступні **методи дослідження**: теоретичні методи (аналіз, синтез, систематизація, порівняння та узагальнення даних наукових джерел з проблеми дослідження); емпіричні методи (спостереження, бесіда, анкетування, психодіагностичне тестування з

використанням стандартизованих методик); методи математично-статистичної обробки даних (метод ранжування, кореляційний аналіз із застосуванням коефіцієнта рангової кореляції r_s Спірмена, методи описової статистики та відсоткового аналізу); вивчення та систематизація методів, засобів та психокорекційних технік для подолання симптомів ПТСР.

Теоретичне значення результатів дослідження полягає в систематизації та узагальненні наукових підходів до вивчення феномену посттравматичного стресового розладу; поглибленні розуміння специфіки прояву симптомів ПТСР в учасників бойових дій в умовах тривалого військового конфлікту; виявленні взаємозв'язків між рівнем вираженості симптомів ПТСР та стресогенними чинниками бойової діяльності; розширенні наукових уявлень про психологічні механізми подолання симптомів ПТСР у військовослужбовців.

Практичне значення отриманих результатів визначається можливістю використання розроблених психологічних рекомендацій та тренінгової програми «Особливості подолання проявів симптомів ПТСР в учасників бойових дій на етапі реінтеграції» у практичній діяльності військових психологів, фахівців центрів психологічної реабілітації, медико-психологічних реабілітаційних центрів. Апробований у дослідженні комплекс психодіагностичних методик може бути використаний для моніторингу психологічного стану військовослужбовців та виявлення осіб із підвищеним ризиком розвитку ПТСР. Результати дослідження можуть бути впроваджені в програми первинної профілактики ПТСР та заходи психологічного супроводу учасників бойових дій на етапі реінтеграції до мирного життя.

Апробація результатів дослідження. Наукові здобутки науково-дослідної роботи були представлені на науково-практичних заходах різного рівня: VII Міжнародна науково-практична конференція «Інноваційні технології в роботі практичного психолога» (м. Суми, 30.05.2024); IV Міжнародна студентська науково-практична конференція (м. Львів, 14–15

листопада 2024 року); I Всеукраїнська науково-практична конференція юних науковців «Психологія та соціальна робота: актуальність, виклики, перспективи сьогодення у майндсеті науковців» (м. Полтава, 25.03.2025); VIII Всеукраїнський науково-практичний форум з нагоди Всеукраїнського дня психолога (м. Суми, 21–27 квітня 2025 року).

Основні результати дослідження обговорювалися на засіданнях кафедри психології та опубліковані у наукових статтях:

1. Панченко С. І. Особливості прояву симптомів посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій. *Психологія: від теорії до практики*: Інноваційні технології в роботі практичного психолога (матеріали VII Міжнародної науково-практичної конференції, 30 травня 2024 року, м. Суми) / за заг. ред. А. В. Вознюк, О. Ю. Василега. [у 2-х ч.]. Ч. 1. Суми: НВВ КЗ СОІППО., 2024. С. 116–120.

2. Панченко С. І. Специфіка прояву симптомів посттравматичного стресового розладу від воєнних психотравм в учасників бойових дій. *Психологічні аспекти кроскультурної взаємодії у медіасередовищі*: збірник тез IV Міжнародної студентської науково-практичної конференції, 14–15 листопада 2024. Львів: Видавництво Львівської політехніки, 2024. С. 70–71.

3. Панченко С. І. Посттравматичний стресовий розлад в учасників бойових дій: зміст, ознаки і симптоми прояву. *Майндсет: Психологія та соціальна робота: актуальність, виклики, перспективи сьогодення у майндсеті науковців*: збірник матеріалів I Всеукраїнської науково-практичної конференції юних науковців (25 березня 2025 року, м. Полтава). Полтава: ПНПУ ім. В. Г. Короленка, 2025. С. 78–83.

4. Панченко С. І. Зміст і структура тренінгової програми «Особливості профілактики проявів симптомів ПТСР в учасників бойових дій на етапі реінтеграції та реабілітації». *Психологічна допомога: від кризи до ресурсу*: збірник наукових праць VIII Всеукраїнського науково-практичного форуму з нагоди Всеукраїнського дня психолога (21–27 квітня 2025 року, м. Суми) / за

заг. ред. А. В. Вознюк, О. Ю. Василега. Суми: НВВ КЗ СОІППО. 2025. С. 143–149.

Структура та обсяг магістерської роботи. Магістерська робота складається зі вступу, 2 розділів, висновків, 2 додатки, а також списку використаних джерел, що нараховує 78 найменувань, з них 25 – іноземною мовою. Загальний обсяг роботи становить 191 сторінку, основний текст викладено на 113 сторінках. Робота містить 10 таблиць, 5 рисунків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ПИТАННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

1.1. Основні підходи до вивчення поняття «посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)» у зарубіжних та вітчизняних дослідженнях

Дослідження посттравматичного стресового розладу має значну історичну традицію і бере свій початок у XIX столітті, коли науковці вперше почали систематично фіксувати та аналізувати психологічні наслідки травматичних подій. Концептуальна еволюція феномену ПТСР пройшла складний шлях від «травматичного неврозу» до сучасного науково обґрунтованого розуміння цього розладу як окремої нозологічної одиниці з чітко визначеними діагностичними критеріями.

Історичний аналіз наукових джерел демонструє, що початок вчення про травматичний невроз припадає на кінець 18-го століття, коли в Англії і Німеччині почалася науково-технічна революція та механізація виробництва, що спричинило зростання кількості нещасних випадків. Перший систематичний опис симптоматики, подібної до сучасного розуміння посттравматичних станів, був запропонований англійським хірургом Й. Еріхсеном у 1867 році в праці «Про залізничні та інші ушкодження нервової системи». Дослідник описував «струс спинного мозку, нервовий шок і інші невияснені ушкодження нервової системи», асоціюючи такі симптоми з порушеннями уваги та функцій пам'яті, інтрузивними сновидіннями, в яких відтворювалася травматична ситуація, та загальним психічним дискомфортом. Він пов'язував психічні розлади, які виникають при катастрофах, зі змінами в мозкових оболонках і речовині спинного і головного мозку [60].

Значний внесок у розвиток концепції травматичних розладів зробив німецький невропатолог Г. Опенгейм (H. Oppenheim), який у 1889 році вперше ввів у науковий обіг термін «травматичний невроз». Опенгейм визначив це явище як психогенний розлад, що інтенсифікується внаслідок травматичного переживання і характеризується поліморфною симптоматикою, включаючи цефалгію, вертиго, паралітичні стани, судомні прояви, сенсорні порушення та інші неврологічні дисфункції. Принципово важливим аспектом теорії Опенгейма було розуміння травматичного неврозу не як наслідку органічного ураження мозку, а як результату психологічної травматизації або «молекулярних змін» у нервовій системі, спричинених інтенсивним психічним шоком [75].

Німецький психіатр К. Мелі (C. Moeli) походження «травматичного психозу» пояснював впливом психічного фактора, душевного збудження, переляком [72].

Перша світова війна стала каталізатором для інтенсифікації досліджень психологічних наслідків травматичних подій. Масштабний контингент військовослужбовців з такими симптомами як інсомнія, тремор, судомні прояви, амнестичні розлади та акустичні галюцинації становив серйозну проблему для військового командування. У 1916 році військові лікарі розпочали пошук терапевтичних стратегій для таких пацієнтів, які, не маючи видимих соматичних ушкоджень, демонстрували виражену дезадаптацію як у бойових умовах, так і в цивільному середовищі. Британський психолог Ч. Майєрс (C. Myers) у науковій публікації 1915 року для видання *Lancet* вперше запропонував термін «shell shock» (снарядний шок), визначивши психічну травму, отриману під час бойових дій (момент страху та здивування), як ключовий етіологічний фактор військового неврозу [73].

Значущі висновки щодо подібності та закономірностей клінічного перебігу відтермінованих психічних розладів як реакції на надпотужні стресори різної етіології були сформульовані європейськими та американськими дослідниками під час та після Першої світової війни та

пізніше розвинуті в контексті досліджень учасників В'єтнамської кампанії [78].

Період Другої світової війни ознаменувався інтенсифікацією досліджень травматичних неврозів. Зокрема, американський психіатр А. Кардінер (A. Kardiner) зробив істотний внесок у вивчення цієї проблематики. Так, у 1941 році ним було введено в науковий обіг термін «хронічний військовий невроз» для позначення психофізіологічних змін, індукованих стресом в умовах збройного конфлікту. Пізніше науковець обґрунтував інтеграцію психічних та вегетативних симптомів у походженні військового неврозу. Крім того, американський вчений розробив першу всебічну характеристику симптоматичної структури цього розладу, яка включала: підвищену збудливість та дратівливість; фіксацію на травматичних аспектах минулого досвіду; схильність до агресивних проявів та дефіцит самоконтролю; уникнення реальності; гіперреактивність на раптові стимули [68].

У подальших своїх дослідженнях А. Кардінер (A. Kardiner) суттєво розширив клінічний опис стресових реакцій, зумовлених участю в бойових діях, що заклало фундамент для розвитку концепції ПТСР як окремої нозологічної одиниці [69].

Аналіз наукових досліджень свідчить, що вивчення трансформацій особистісної структури учасників локальних військових конфліктів зіграло вирішальну роль у формуванні сучасної концепції посттравматичного стресового розладу. Систематичні спостереження за американськими військовослужбовцями під час Корейської війни дозволили ідентифікувати комплекс психічних порушень, які згодом були категоризовані як «інтенсивні стресові реакції».

Активізація наукових досліджень проявів ПТСР відбулася в середині 1970-х років, коли американське суспільство зіткнулося з масштабними випадками соціальної дезадаптації серед ветеранів В'єтнамської війни. Серед цієї групи ветеранів було зафіксовано високий рівень суїцидальної поведінки,

проявів насильства та порушень типових моделей поведінки у сімейній та соціальній сферах. Ця ситуація зумовила необхідність розробки державних програм реабілітації в'єтнамських ветеранів і стимулювала створення спеціалізованих науково-дослідних центрів [61].

Одним із фундаментальних досліджень цього феномену стала робота американського психіатра П. Борна (P. Bourne), який виявив домінування «обсесивно повторюваних спогадів» у клінічній картині розладу, що переважно проявлялися у формі яскравих емоційно-чуттєвих репрезентацій («флешбеків»). Ці інтрузивні феномени типово супроводжувалися тривожно-фобічними та депресивними розладами, соматовегетативними дисфункціями, нічними жахіттями бойової тематики, почуттям провини, а також афективним сплюсненням та відчуженням від попередніх інтересів [57].

Особливе місце в історії дослідження посттравматичного стресового розладу займають роботи американського психіатра і психоаналітика М. Горовіца (M. Horowitz), який здійснив революційний прорив у розумінні реакцій людської психіки на травматичний досвід. Автор одним із перших запропонував комплексний підхід до концептуалізації реакцій на стрес, що вийшли за межі звичайного людського досвіду.

У своїй фундаментальній статті 1974 року «Синдроми реакції на стрес: характерологічний стиль і короткострокова психотерапія» М. Горовіц (M. Horowitz) уперше систематизував синдроми стресової реакції та ввів у науковий обіг поняття, близьке до того, що пізніше отримало назву «посттравматичний стресовий розлад». Він визначив ключові компоненти стресової реакції, що включали нав'язливе повторне переживання травматичної події, уникнення тригерів, пов'язаних із травмою, та патерни гіперзбудливості нервової системи [67]. Цей новаторський підхід дозволив розглядати посттравматичні реакції не як патологію характеру, а як нормальну, хоч і дезадаптивну реакцію на екстремальні стресори.

Важливим аспектом теорії Горовіца була ідентифікація психологічних механізмів опрацювання травматичного досвіду, зокрема процесів

інформаційного перевантаження та поступової інтеграції травматичної інформації у когнітивні схеми особистості. Він запропонував концепцію «мимовільного переживання» та «заперечення», що чергуються як захисні механізми в процесі психологічної адаптації до травми [67].

У своїй монографії «Синдроми реакції на стрес» М. Горовіц (M. Horowitz) розвинув свою теорію, деталізувавши патогенетичні механізми та клінічні прояви посттравматичних станів. Він описав інформаційно-процесуальну модель, згідно з якою психічна травма розглядається як інформаційне перевантаження, що перевищує здатність людини обробляти і асимілювати травматичний досвід у наявні когнітивні схеми. Це призводить до розвитку специфічних захисних механізмів, спрямованих на поступову переробку травматичного матеріалу. Цей підхід дозволив розглядати ПТСР як розлад, пов'язаний із порушенням процесів обробки інформації та інтеграції травматичного досвіду [66].

У подальших дослідженнях, опублікованих у статті 1985 року «Катастрофи та психологічні реакції на стрес», М. Горовіц (M. Horowitz) запропонував детальну концепцію стадійності розвитку ПТСР, виділивши п'ять послідовних фаз:

- фаза відчаю – характеризується гострою тривогою без чіткого усвідомлення значущості травматичної події;
- фаза заперечення – проявляється безсонням, амнезією щодо травматичних подій, емоційним ціпенінням та соматичними симптомами;
- фаза нав'язливості – відзначається вибуховими емоційними реакціями, лабільністю емоційного стану та хронічним станом гіперзбудливості з порушенням сну;
- фаза аналізування – включає когнітивну переробку та осмислення причин травми і пов'язаних із нею переживань;
- фаза завершення – характеризується формуванням нових життєвих планів та перспектив [65].

Ця стадійна модель мала вирішальне значення для розробки терапевтичних стратегій, оскільки дозволяла застосовувати різні методи лікування залежно від фази, на якій перебуває пацієнт.

Загалом, наукові праці М. Горовіца (M. Horowitz) заклали теоретичний фундамент для сучасного розуміння ПТСР як багатовимірного психопатологічного феномену, що має характерну симптоматичну структуру та стадійну динаміку розвитку. Так, у 1980 році діагностичні критерії та характерний симптоматичний комплекс ПТСР, сформульовані на основі його багаторічних досліджень, були систематизовані та включені в офіційний американський діагностичний стандарт DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edition), затверджений Американською психіатричною асоціацією. Відповідно до цієї класифікації, ПТСР отримав офіційний статус психічного розладу, що виникає внаслідок травматичного досвіду, який виходить за межі звичайного людського переживання [54].

В офіційному формулюванні DSM-III зазначалося, що «характерною особливістю цього розладу є розвиток характерних симптомів після психологічно травмуючої події, що зазвичай знаходиться поза межами звичайного людського досвіду». Цей діагностичний стандарт вперше окреслив чіткі критерії ПТСР, які включали: наявність ідентифікованого стресора достатньої інтенсивності для виникнення значущих симптомів дистресу в більшості індивідів; повторне переживання травматичної події через інтрузивні спогади, нав'язливі сни або раптові відчуття повторного переживання події; притуплення реагування на зовнішній світ або зниження включеності в нього; наявність щонайменше двох з низки супутніх симптомів, яких не було до травми (гіперзбудливість, порушення сну, почуття провини, порушення концентрації уваги, уникнення активності, що нагадує про травматичну подію, інтенсифікація симптомів при зіткненні з подіями, що символізують або нагадують про травму) [54].

Офіційне визнання ПТСР як самостійної діагностичної категорії у DSM-III стало переломним моментом для утвердження цього розладу в

науковому та клінічному середовищі. Це дало потужний поштовх для розширення досліджень причинно-наслідкових механізмів виникнення, нейробіологічних процесів, різноманітних проявів симптомів, перебігу розладу та розробки дієвих методів лікування ПТСР у світовій клінічній психології та психіатрії.

Розуміння поняття «посттравматичний стресовий розлад» значно змінилося й розвинулося протягом наступних десятиліть завдяки дослідженням різних науковців. За цей час було створено численні теоретичні моделі, що пояснюють механізми розвитку ПТСР, вивчено його біологічні, пізнавальні та поведінкові чинники. Науковці зосередили особливу увагу на дослідженні факторів ризику та стійкості до ПТСР, особливостях перебігу розладу залежно від типу травматичної події. Паралельно розроблялися та перевірялися на практиці ефективні методи психотерапії та медикаментозного лікування ПТСР.

Серед фундаментальних наукових досліджень, що суттєво поглибили розуміння сутності ПТСР на концептуальному рівні, особливе місце посідають експериментальні роботи, спрямовані на моделювання та пояснення базових механізмів формування цього розладу. У цьому контексті варто виокремити внесок американської психологічної школи, представники якої запропонували низку інноваційних теоретичних конструктів для пояснення ключових компонентів ПТСР.

Видатна американська дослідниця з Університету Пенсильванії Е. Фoa (Е. Foa) разом зі співавторами у науковій статті «Неконтрольованість і непередбачуваність при посттравматичному стресовому розладі: Модель на тваринах» запропонувала визначення ключових компонентів ПТСР, до яких, зокрема, віднесено гіпертрофовану реакцію страху на тригери, асоційовані з травматичною подією, поведінкову модель уникнення стимулів, пов'язаних з травмою, та фізіологічну гіперзбудливість [62].

Протягом наступних десятиліть поступово відбувалося уточнення та розширення визначення цього психологічного феномену, зокрема через

інтеграцію нових емпіричних даних щодо поширеності, етіології та патогенезу ПТСР у різних контингентах постраждалих. Особливої цінності у цьому контексті зробив також американський психіатр М. Фрідман (M. Friedman). У своїй фундаментальній праці вчений визначив ПТСР як «психічний розлад, який може розвинутися у осіб, які пережили або стали свідками екстремально травматичної, жахливої події, такої як фактична або потенційна загроза смерті, серйозні фізичні ушкодження або сексуальне насильство щодо себе чи інших. ПТСР маніфестує як пролонгована реакція на перенесену стресову ситуацію – за визначенням фахівців відповідного профілю, його клінічні прояви спостерігаються мінімум через чотири тижні після травматичної події» [63].

Комплексний аналіз зазначеної проблематики представлений у дослідженні Е. Ньюмана (E. Newman) та співавторів, які концептуалізують ПТСР як гетерогенний психічний розлад, що виникає внаслідок експозиції до травматичного стресора та має мультифакторну симптоматику [74].

Таким чином, різні наукові підходи до визначення поняття «посттравматичний стресовий розлад» акцентують увагу на наявності травмуючої пережитої події, яка в свою чергу викликала переживання інтенсивного страху, а також на наявності сукупності симптомів, що включають нав'язливе повторне переживання травматичної події, уникаючу поведінку та фізіологічне гіперзбудження.

В українському науковому просторі проблематика посттравматичного стресового розладу отримала ґрунтовне висвітлення у працях таких вчених як П. Волошин, В. Горанський, Р. Грицюк, О. Кокун, Н. Агаєв, Н. Лозінська, В. Остапчук, І. Пішко, О. Чабан. Їхні дослідження цього психопатологічного феномену охоплюють комплекс ключових аспектів проблематики: феноменологію, етіологію, клінічну симптоматику, діагностичні методики, терапевтичні стратегії та реабілітаційні підходи при ПТСР. Науковці пропонують оригінальні концепції структурування психотравматичного досвіду, інноваційні методи фармакотерапії та психотерапевтичних

інтервенцій при ПТСР, а також вивчають особливості клінічного перебігу розладу залежно від специфіки психотравмуючого фактора [10; 13; 14; 18; 19; 20; 21; 22; 23; 51; 52].

Особливої уваги заслуговує концептуалізація поняття «посттравматичний стресовий розлад», запропонована дослідницьким колективом у складі Н. Агаєва, О. Кокуна, Н. Лозінської, В. Остапчука, І. Пішка. У своїй монографії вони визначають ПТСР як адаптивну реакцію на надмірні емоційні подразники, на фактичну стресову ситуацію, що відбулася і виходить за межі звичайного людського досвіду. Відповідно, вони констатують, що посттравматичний стресовий розлад виникає як відстрочена або затяжна реакція на кризову подію чи ситуацію загрозливого або катастрофічного характеру та може спровокувати виникнення дистресу в будь-якої людини. [21].

Доповнюючи наукові розвідки попередніх дослідників, доцільно акцентувати увагу на підході професора П. Волошина, який у своїх наукових працях, присвячених проблематиці посттравматичного стресового розладу, визначає посттравматичний стресовий розлад як відстрочену або затяжну реакцію на ситуацію, пов'язану із серйозною загрозою для життя або здоров'я, що викликає інтенсивний страх, безпорадність або жах». Крім того, вчений підкреслює, що ПТСР є пролонгованою патологічною реакцією на екстремальну психотравмуючу подію, що маніфестує специфічною симптоматикою повторного переживання, уникнення та фізіологічної гіперзбудливості, які дезорганізують нормальне функціонування особистості [10]. Така інтегративна дефініція ПТСР, запропонована професором Волошиним, ґрунтується на діагностичних критеріях цього розладу та репрезентує його основні психопатологічні прояви.

Аналіз існуючих підходів до розуміння посттравматичного стресового розладу демонструє наявність різноманітних концептуалізацій цього феномену в науковій літературі. Проте для проведення емпіричних досліджень, забезпечення валідності отриманих результатів та їх інтеграції у

світовий науковий контекст необхідно спиратися на чітко визначені, стандартизовані та офіційно затверджені критерії діагностики ПТСР.

На сьогоднішній день у світовій клінічній практиці функціонують паралельно дві основні класифікаційні системи для діагностики ПТСР: американська, представлена Діагностичним і статистичним посібником з психічних розладів у п'ятому виданні (DSM-5), розробленим Американською психіатричною асоціацією, та міжнародна система, репрезентована Міжнародною класифікацією хвороб Всесвітньої організації охорони здоров'я (МКХ-10) [33; 55].

DSM-5, затверджений у 2013 році, виокремлює ПТСР в окрему діагностичну категорію «Травма і розлади, пов'язані зі стресом», що відображає сучасне розуміння нейробіологічних механізмів, задіяних у розвитку цього розладу. Система МКХ-10 класифікує ПТСР під кодом F43.1 у розділі «Реакція на важкий стрес і порушення адаптації», а оновлена версія МКХ-11 (2019) значно спростила діагностичні критерії, фокусуючись на трьох ключових кластерах симптомів: повторне переживання, уникнення та відчуття загрози [33; 55].

В Україні на сьогодні діє стандартизована система діагностики та лікування ПТСР, що регламентується Уніфікованим клінічним протоколом первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації», затвердженим Наказом МОЗ України від 19.07.2024 р. №1265. Цей протокол є основним нормативним документом, що визначає стандарти діагностики та лікування ПТСР в українській системі охорони здоров'я, інтегруючи міжнародний досвід та враховуючи національну специфіку [44].

Вибір офіційного визначення ПТСР, затвердженого Міністерством охорони здоров'я України (Наказ МОЗ України від 19.07.2024 р. №1265), обумовлений такими основними чинниками:

- Європейська інтеграція України. Українські медичні протоколи узгоджуються з європейськими стандартами, більшість яких ґрунтується на класифікації ВООЗ.
- Врахування воєнної ситуації в Україні. Визначення ПТСР у протоколі МОЗ враховує реалії тривалого військового конфлікту, прямо зазначаючи «обстріли, бомбардування та інші загрози життю під час війни» як травматичні події.
- Повнота опису симптомів. Українське визначення поєднує елементи з різних міжнародних класифікацій і охоплює не лише страх і безпорадність, але й ширший спектр реакцій: провину, сором, гнів та емоційне оніміння.
- Практична корисність. Визначення сформульоване доступно для фахівців, що полегшує його застосування, зберігаючи при цьому необхідну наукову точність.
- Експертний консенсус. Протокол розроблено провідними українськими фахівцями різних спеціальностей, що забезпечує його відповідність сучасним науковим підходам.
- Застосування у дослідженнях. Визначення ПТСР у протоколі МОЗ України створює основу для проведення наукових досліджень у сфері психічної травмизації.

Враховуючи специфіку українського контексту, зокрема, наявність системних воєнних травматичних стресорів внаслідок збройної агресії Російської Федерації, що почалася у 2014 році та переросла у повномасштабне вторгнення у 2022 році, офіційне визначення ПТСР, затверджене МОЗ України, набуває особливої актуальності.

Узагальнюючи різноманітні теоретичні підходи до визначення поняття «посттравматичний стресовий розлад», можна стверджувати, що вони не суперечать один одному, а взаємно доповнюють та збагачують наукове розуміння цього складного психологічного феномену.

Враховуючи викладені вище фактори та специфіку українського контексту, у нашому дослідженні ми будемо дотримуватися офіційного

визначення поняття ПТСР, затвердженого Міністерством охорони здоров'я України, де зазначено, що «ПТСР є психічними розладами, що розвиваються у деяких осіб після травматичних подій, таких як природні та техногенні катастрофи, обстріли, бомбардування та інші загрози життю під час війни, сексуальне або фізичне насилля, дорожньо-транспортні пригоди, тортури тощо, які пов'язані з загрозою для власного життя (або іншої людини) або фізичної недоторканності та обумовили сильний страх, безпорадність або жах. Інші емоційні реакції пацієнтів включають провину, сором, гнів або емоційне оніміння» [44].

1.2. Характеристика симптомів ПТСР в учасників бойових дій, їх часові рамки розвитку та критерії діагностики

Вивчення посттравматичного стресового розладу (ПТСР) в контексті бойових дій є особливо актуальним в умовах тривалого військового конфлікту в Україні. Попередній теоретичний аналіз проблеми дозволив виявити, що ПТСР належить до поширених форм психічних порушень серед військовослужбовців, які перебувають в екстремальних умовах бойової діяльності. Розглянемо детальніше особливості симптоматичних проявів ПТСР саме в учасників бойових дій, часові характеристики розвитку цього розладу та критерії його діагностики в сучасній клінічній практиці.

Симптоми ПТСР в українських військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, мають певну специфіку порівняно з цивільними особами, що пережили травматичні події іншого характеру. Так, за даними дослідження О. Блінова (2016), в учасників бойових дій частіше спостерігається поєднання симптомів ПТСР з різними соматичними порушеннями, що істотно ускладнює діагностику [7].

Український дослідник О. Корольчук у своїй статті виділяє три основні групи симптомів ПТСР в учасників бойових дій, що з віком мають тенденцію до посилення :

- надмірне збудження (враховуючи вегетативну лабільність, порушення сну, тривогу, нав'язливі спогади, фобічне уникнення ситуацій, що асоціюються з травматичною подією);
- періодичні напади депресивного настрою (притупленість почуттів, емоційна заціпенілість, відчай, усвідомлення безвиході);
- риси істеричного реагування (паралічі, сліпота, глухота, нервові тремтіння). Серед невротичних і патохарактерологічних синдромів виділяють характерні для ПТСР стани: «солдатське серце» (біль за грудиною, серцебиття, уривчастість дихання, підвищена пітливість), синдром того, хто вижив (хронічне «відчуття провини за те, що залишився живим», флешбек синдром (спогади про «непереносні» події, що насильно втручаються у свідомість), прояви «комбатантної» психопатії (агресивність та імпульсивна поведінка із спалахами насильства, зловживання алкоголем і наркотиками), синдром прогресуючої астенії (астенія, що спостерігається після повернення до нормального життя у вигляді швидкого старіння, зниження ваги, психічної млявості та прагнення до спокою), посттравматичні рентні стани (нажита інвалідність з усвідомленою вигодою від наданих пільг та привілеїв, перехід до пасивної життєвої позиції) [25, С. 105].

За дослідженнями М. Денисенка та співавторів, одними з найбільш виражених проявів симптомів ПТСР після бойових психотравм є нав'язливі спогади про травматичні події. Вони виникають у формі нав'язливих, інтрузивних думок, флешбеків – раптових яскравих візуальних образів та відчуттів, ніби військовослужбовці переживають ті події знову [15].

Характерними також є нічні жахіття, важкі сновидіння зі сценами бою та загибелі, звуки вибухів, крики поранених, запахи пороху. Такі інтенсивні сенсорні компоненти додають реалістичності й гостроти переживанням, підсилюючи дистрес. Ці симптоми суттєво знижують якість життя ветеранів, порушують їх здатність адаптуватися до мирних умов існування та потребують своєчасної діагностики та лікування.

Відповідно до офіційного Уніфікованого клінічного протоколу МОЗ України, характерними симптомами ПТСР у військовослужбовців, які потребують особливої уваги, є:

- повторне переживання – нав'язливі тривожні спогади про травмуючу подію; кошмарні сновидіння; інтенсивні психологічні страждання або фізіологічні реакції організму, як пітливість, прискорене серцебиття й паніка при зіткненні із нагадуванням про травмуючу подію;
- уникнення й емоційне заціпеніння – уникнення занять, місць, думок, почуттів або розмов, пов'язаних з подією; втрата інтересу до діяльності, яка у минулому приносила радість, відсторонення або відчуження від інших, обмеження емоційної реакції (наприклад: нездатність відчувати радість або щастя);
- перезбудження – безсоння, дратівливість, труднощі з концентрацією уваги, надмірна настороженість [44].

Український протокол також звертає увагу на специфічні для військовослужбовців прояви, такі як невмотивована агресія, спрямована на випадкових людей або на рідних і близьких; незрозуміле почуття провини («не виконав місію», «не врятував», «мав би зараз бути там»); почуття недовіри та зради, а також «несправедливості долі»; відчуття відсутності майбутнього. Примітно, що в багатьох випадках військовослужбовець може не помічати змін у своєму стані, хоча вони стають очевидними для оточуючих, які можуть сприймати людину з ПТСР як таку, яку «підмінили».

Другим основним симптомокомплексом є уникнення – прагнення уникати будь-яких ситуацій, людей чи розмов, що можуть нагадати про психотравму. Воїни стають емоційно заціпенілими, відчуженими від близьких, втрачають інтерес до професії та звичних видів діяльності. Це прояв оборонних механізмів психіки проти больових спогадів.

Третім критичним кластером є симптоми підвищеної збудливості: безсоння, напади агресії та гніву, роздратованість, труднощі з концентрацією уваги, проблеми із сном, стан постійної пильності та готовності до

агресивних дій при мінімальних загрозах. Як зазначає український дослідник О. Чабан, у ветеранів спостерігаються часті емоційні «сплески» люті, гніву, агресії, які можуть проявлятися у формі вербальної або фізичної агресії [50]. Це пов'язано із загальною підвищеною збудливістю, гіперпильністю та схильністю сприймати незначні подразники як потенційну загрозу.

Крім того, вітчизняний дослідник військової психології О. Чабан виділяє кілька додаткових ознак ПТСР у військовослужбовців, серед них: надмірна пильність, настороженість у ситуаціях безпеки; фіксація або навпаки уникання новин, пов'язаних з психотравмою; немотивована агресивність, дратівливість, у т.ч. щодо близьких; докори сумління, переживання провини без об'єктивних причин; алкоголізація, особливо в поєднанні зі спалахами гніву; соціальна відстороненість, ангедонія; порушення концентрації, конфлікти на роботі; вегетативні реакції (серцебиття, тремор) на раптові звуки; рефлексорні захисні рухи при різких звуках; депресивний стан, знецінення життя, суїцидальні думки; психосоматичні порушення (болі, розлади травлення тощо); сексуальні дисфункції, агресія [51].

Часові рамки розвитку ПТСР є важливим діагностичним критерієм та чинником, що визначає стратегію терапевтичного втручання. Відповідно до інформації, представленої в електронній енциклопедії «Вікіпедія», часові рамки розвитку стресових реакцій та ПТСР у військовослужбовців можна класифікувати наступним чином:

- гостра стресова реакція (від перших хвилин після травми до двох діб);
- гострий стрес учасника бойових дій – (сукупні порушення, строком до чотирьох діб);
- гострий стресовий розлад (ГСР) – від двох днів до одного місяця;
- гостра форма ПТСР (від одного до трьох місяців);
- хронічна форма ПТСР (більше, ніж три місяці);
- ПТСР із відстроченим проявом (симптоми захворювання проявилися через 6 місяців після травми або ще пізніше) [42].

Варто зазначити, що у описі клінічного перебігу посттравматичного стресового розладу (F43.1) в МКХ-10 вказується, що в деяких випадках ПТСР може трансформуватися в стійку зміну особистості після переживання катастрофи (F62.0) [33]. На нашу думку, важливо підкреслити, що вказана вище класифікація часових рамок розвитку ПТСР узгоджується з Діагностичним та статистичним посібником з психічних розладів (DSM-5) Американської психіатричної асоціації, який також виділяє три основні типи ПТСР залежно від часу виникнення симптомів та їх тривалості:

1. Гострий ПТСР – симптоми тривають менше 3 місяців після травми.
2. Хронічний ПТСР – симптоми зберігаються понад 3 місяці.
3. Відстрочений ПТСР – симптоми виникають через 6 місяців або пізніше після травматичної події [55].

У своїх дослідженнях вітчизняний науковець Р. Попелюшко також наголошує, що ПТСР в учасників бойових дій розвивається не одразу після травматичної події, а з певним часовим проміжком, після виходу з безпосередньої стресової ситуації [41].

Ця позиція знаходить підтвердження у серії комплексних досліджень психологічної травматизації військовослужбовців, проведених українськими науковцями. Зокрема, за результатами емпіричних спостережень було встановлено, що симптоми ПТСР можуть проявлятися поступово, з чіткою часовою послідовністю, яка відображає трансформацію нормальної стресової реакції в патологічний стан. Така закономірність дозволяє структурувати процес розвитку травматичного стресу та визначити критичні періоди для терапевтичного втручання. Особливо цінними в цьому контексті є дослідження українського вченого О. Блінова, який детально простежив поетапну динаміку розвитку ПТСР у комбатантів.

Відповідно до зроблених висновків, за дослідженнями українського вченого О. Блінова, динаміка розвитку ПТСР у комбатантів має чітку часову послідовність:

- розвиток травматичного стресу – безпосередньо в момент впливу психотравмуючого фактора та протягом 48 годин. Це нормальна психофізіологічна реакція на екстраординарні обставини;
- гостра стресова реакція – перші 3-4 дні після травматичної події. Спостерігаються первинні симптоми психологічного дистресу: нервові збудження, ступор, гіперзбудження, безсоння, плач, розгубленість;
- гострий стресовий розлад – розвивається через 1-2 тижні після травми. Характеризується появою агресії, тривожності, акцентуацією негативних емоцій, порушенням сну та апетиту;
- власне ПТСР – формується приблизно через місяць після психотравми та може тривати роками [7].

Наведена класифікація стадій розвитку психологічної травматизації не лише описує їх симптоматичні прояви, а й встановлює часові межі переходу одного стану в інший, що має важливе значення для своєчасної діагностики та розробки ефективних стратегій психологічної допомоги. Зіставлення різних дослідницьких даних дає можливість виявити закономірності формування ПТСР та визначити ключові переломні моменти, на яких психологічне втручання може забезпечити найбільш ефективний терапевтичний ефект.

Наявність чіткого часового критерію є важливим диференційно-діагностичним параметром. Як зазначає у науковій статті вітчизняний дослідник О. Кокун та співавтори, гострий стресовий розлад триває до 1 місяця, гострий стрес учасника бойових дій та операцій – лише до 4-х діб, в той час як ПТСР триває більше місяця, а в деяких випадках може мати також відстрочену дію, коли перші симптоми проявляються після 6-8 місяців після пережитого стресу чи психотравмуючої ситуації [23].

Діагностика ПТСР в українських військовослужбовців базується на ретельній оцінці симптомів та їх відповідності діагностичним критеріям, затвердженим авторитетними класифікаціями психічних розладів. Як вже зазначалось вище в нашій роботі, в Україні діє стандартизована система

діагностики та лікування ПТСР, що регламентується Уніфікованим клінічним протоколом первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації», затвердженим Наказом МОЗ України від 19.07.2024 р. №1265. [44]. Цей протокол є основним нормативним документом, що визначає стандарти діагностики та лікування ПТСР в українській системі охорони здоров'я, інтегруючи міжнародний досвід та враховуючи національну специфіку. Згідно з цим протоколом, основою комплексної оцінки стану пацієнта з підозрою на ПТСР є ретельний аналіз, що охоплює відповідну історію життя, у тому числі історію психічної травми, сімейний стан, рівень соціального функціонування, професійної працездатності і психічний стан з урахуванням симптомів, коморбідної психічної патології, суїцидального ризику та якості життя.

Принципи клініко-діагностичного інтерв'ю та клініко-біографічного анамнезу включають:

- збір та оцінку даних (демографічні дані пацієнта та його родини, оцінку скарг на здоров'я) з урахуванням травматичного впливу та діагностичних критеріїв МКХ-10 та DSM-5;

- збір анамнезу розладу з оцінкою його динамічних особливостей, особливостей життя пацієнта, світогляду, формування його як особистості; врахування психотравмуючих моментів протягом життя пацієнта, особливостей його фізичного та психічного розвитку, соматичних захворювань;

- оцінку з позиції безпеки і небезпеки, в тому числі поточного ризику для себе або інших: суїцидальні думки (план), засоби (наприклад, зброя, надлишок ліків тощо), анамнез (наприклад, насильство або спроби самогубства), поведінки (наприклад, агресія, імпульсивність), поточні стресори життя.

Для підтвердження діагнозу та оцінки змін симптомів протягом часу протокол рекомендує використання структурованого клінічного інтерв'ю

(наприклад, DSM-5, PCL-5) та шкали клінічної діагностики, а саме CAPS-5 - для дорослих та CATS - для дітей та підлітків. Крім того, для діагностики ПТСР в учасників бойових дій у клінічній практиці використовуються також і інші психодіагностичні інструменти

Особливого значення набуває здійснення диференційної діагностики з такими розладами, як депресивні розлади, тривожні розлади, порушення адаптації, залежність від алкоголю та психоактивних речовин, хронічний біль, розлади особистості, затяжна реакція суму та інші. Також необхідно визначити наявність коморбідності з депресіями, біполярним афективним розладом, розладами особистості, адиктивними порушеннями, генералізованими тривожними та панічними розладами, а також соціальними фобіями.

Водночас, варто зазначити, що більшість діагностичних методик для виявлення ПТСР спираються на критерії, визначені в Діагностичному і статистичному посібнику з психічних розладів у п'ятому виданні (DSM-5), розробленому Американською психіатричною асоціацією. Розглянемо основні діагностичні критерії за DSM-5 в контексті їх застосування для виявлення ПТСР у військовослужбовців:

Критерій А (наявність в анамнезі травматичної події): Причетність до смертельної небезпеки або загрози смерті, отримання або загрози серйозного поранення, сексуальне насильство або його загроза.

Критерій В. Присутність одного або більше симптомів вторгнення, пов'язаних з травматичною подією, які з'явилися після травматичної події.

Критерій С: Симптоми уникнення: уникнення подразників (факторів, умов), пов'язаних з травмою, що спостерігається після завершення травматичної події (як мінімум один симптом з переліченого нижче).

Критерій D: Погіршення когнітивного функціонування і настрою, пов'язане з травматичною подією, що почалося або посилилося після завершення травматичної події (хоча б два з переліченого нижче):

1. Неможливість пригадати важливі аспекти травматичної події (головним чином, в силу дисоціативної амнезії і не пов'язане з такими факторами, як черепно-мозкова травма, вживання алкоголю або наркотиків).

2. Стійкі і перебільшено спотворені переконання або очікування негативного характеру про себе самого або навколишній світ (Наприклад, «Я поганий», «Нікому не можна довіряти», «Світ небезпечний», «Я втратив свою душу назавжди», «Моя нервова системи повністю зруйнована»).

3. Сталі і перекручені переконання щодо причини або наслідків травматичної події, на яких засновано самозвинувачення або звинувачення інших.

4. Стійкі негативні емоційні стани (наприклад, страх, жах, гнів, вина або сором).

5. Помітне значуще зниження інтересу або залученості в види діяльності, які раніше були значимі.

6. Почуття відстороненості і відчуженості від інших людей.

7. Стійка нездатність відчувати позитивні емоції (наприклад, нездатність переживати щастя, задоволення або почуття любові і прихильності).

Критерій Е. Помітна і значуща зміна фізіологічної збудливості і реактивності, що почалася або посилилася після завершення травматичної події (хоча б два з переліченого нижче):

1. Дратівливість або спалахи гніву (що виникають без всякої причини або з незначних приводів), зазвичай виражені у вербальній або фізичній агресії по відношенню до людей або об'єктів.

2. Поведінка самоушкодження, нерозважливо ризикована поведінка.

3. Підвищена настороженість.

4. Перебільшена стартова реакція (надмірна і інтенсивна реакція на подразники).

5. Труднощі із засинанням або збереженням структури сну.

6. Труднощі з концентрацією уваги.

Критерій F. Тривалість збереження симптомів (одночасна маніфестація необхідної за критеріями B, C і D кількості симптомів) – більш ніж 1 місяць.

Критерій G. Розлад викликає клінічно значимий важкий емоційний стан або виражені порушення в соціальній, професійній або інших важливих сферах життєдіяльності [55].

За ступенем вираженості симптоматики в учасників бойових дій розрізняють два основні типи ПТСР:

1. Клінічний ПТСР – повністю відповідає діагностичним критеріям, характеризується наявністю всіх кластерів симптомів у вираженій формі. Потребує лікування у спеціалізованих психіатричних закладах.

2. Частковий (субклінічний) ПТСР – має менш виражену симптоматику, яка не відповідає повному набору діагностичних критеріїв, але спричиняє значний дистрес і порушення адаптації. Пацієнти з таким типом ПТСР можуть отримувати медико-психологічну допомогу в центрах первинної медичної допомоги [41].

Варто зазначити, що у вітчизняній науковій літературі, яка присвячена вивченню наслідків дії бойової травми на психічний стан особистості, часто використовуються такі поняття, як «частковий ПТСР», а також «складний ПТСР» або «комплексний ПТСР» [40].

За дослідженнями Ф. Шапіро, наведеними у працях Р. Попелюшка, також можна виділити кілька клінічних варіантів ПТСР у військовослужбовців:

1. Тривожний тип ПТСР характеризується високим рівнем соматичної та психічної тривоги, гіпотимією, дисфоричним забарвленням настрою, дратівливістю, страхами безсоння та нічними нападами паніки, а також прагненням уникати ситуацій, пов'язаних з психотравмою.

2. Астенічний тип ПТСР характеризується домінуванням почуття млявості та слабкості, зниженим фоном настрою, байдужістю, пасивністю,

втратою почуття задоволення від життя, думками про власну неспроможність та розладами сну у вигляді гіперсомнії.

3. Дисфоричний тип ПТСР проявляється постійним переживанням внутрішнього невдоволення, роздратуванням, спалахами люті, тужливо-похмурим настроєм, високим рівнем агресивності, уявленнями агресивного змісту, неможливістю стримати афект, а також уникаючою поведінкою та замкнутістю.

4. Соматоформний тип ПТСР часто супроводжується уникаючою поведінкою на тлі панічних атак, при цьому симптоми емоційного заціпеніння та феномен «флеш-бек» зустрічаються рідко. [41].

Варто відзначити, що статистичні дані, наведені в Уніфікованому клінічному протоколі МОЗ України, свідчать про те, що 50-65% людей впродовж життя зазнають впливу як мінімум однієї травматичної події, а багато зазнають впливу двох і більше подій, таких як значна катастрофа, війни, сексуальне або фізичне насилля, дорожньо-транспортна пригода, тортури тощо, які пов'язані з загрозою для власного життя (або життя іншої людини) і обумовили сильний страх, безпорадність або жах. При цьому частота розвитку ПТСР становить 10-15% серед осіб, які зазнали впливу травматичних подій. У жінок частота ПТСР у середньому в 2 рази вища, ніж у чоловіків [44].

Важливо також звернути увагу на клінічну картину ПТСР у військовослужбовців, яка часто ускладнюється наявністю супутніх психічних розладів. Аналіз комплексних досліджень свідчить про високий рівень коморбідності ПТСР з іншими психопатологічними станами. За даними дослідження К. Ноулз (K. Knowles) та співавторів, було встановлено, що діагноз ПТСР найчастіше зустрічався у поєднанні з тривожними розладами, афективними розладами, obsесивно-компульсивними і депресивними розладами. Дослідження виявило, що серед військовослужбовців, які страждали на ПТСР, 64,0% мали щонайменше один супутній розлад

депресивного або тривожного характеру, тоді як 36,0% мали діагноз лише ПТСР [71].

Поглиблюючи розуміння проблеми коморбідності, варто відзначити дослідження інших зарубіжних науковців. Зокрема, К. Волтер (K.Walter) разом із співавторами ґрунтовного наукового дослідження підкреслює, що психічна коморбідність щодо ПТСР має складну структуру і включає депресію, тривожний розлад, панічний розлад, алкогольну чи наркотичну залежність. За результатами його комплексних досліджень, найчастіше ПТСР супроводжувався депресивними розладами у 49,0% випадків, розладами адаптації у 37,0%, генералізованими тривожними розладами у 36,1% і розладами, пов'язаними із вживанням алкоголю у 26,9% випадків [77]. Така висока частота співіснування ПТСР з іншими розладами не лише ускладнює діагностику, але й вимагає комплексного підходу до терапії, що враховує всі аспекти психопатологічної симптоматики.

Український протокол також наголошує на необхідності мультидисциплінарного підходу в діагностиці ПТСР у військовослужбовців. Після визначення клінічних ознак ймовірного ПТСР, пацієнта слід направити на психодіагностику та верифікацію психічного стану, яка має включати оцінку психоемоційного стану, когнітивного стану, особистісних змін, типових копінг-стратегій та наявних ресурсів. Такий комплексний підхід дозволяє не лише встановити діагноз, але й визначити оптимальну стратегію терапії та реабілітації.

Особливо важливим аспектом діагностики ПТСР у військовослужбовців, згідно з українським протоколом, є оцінка суїцидального ризику. Протокол рекомендує детальне вивчення наявності суїцидальних думок, планів, засобів (наприклад, зброя, надлишок ліків), аналіз анамнезу (спроби самогубства в минулому), оцінку ризикованої поведінки (агресія, імпульсивність) та наявності поточних стресорів.

Таким чином, симптоматика ПТСР у військовослужбовців має специфічні особливості, пов'язані з умовами бойової діяльності. Ключовими

проявами є нав'язливі спогади та флешбеки про травматичні події, уникнення тригерів, що нагадують про травму, емоційне заціпеніння, а також підвищена збудливість та реактивність.

Часові рамки розвитку розладу мають чітку послідовність: від гострої реакції на стрес (перші дні після травматичної події) до формування власне ПТСР (через місяць і більше). При цьому виділяють гострий, хронічний та відстрочений типи ПТСР залежно від тривалості та часу появи симптомів. Важливою характеристикою є хвилеподібний перебіг розладу, що вимагає постійного моніторингу стану пацієнта.

Діагностика ПТСР у військовослужбовців в Україні регламентується Уніфікованим клінічним протоколом МОЗ України та базується на критеріях МКХ-10 та DSM-5. Вона передбачає комплексну оцінку клініко-біографічного анамнезу, психічного статусу, наявності специфічних симптомів та використання стандартизованих психодіагностичних методик.

Особливої уваги потребує виявлення коморбідних розладів, які суттєво ускладнюють перебіг ПТСР та вимагають додаткових терапевтичних інтервенцій. Врахування специфіки симптомів, часових рамок розвитку та діагностичних критеріїв ПТСР дозволяє забезпечити своєчасне виявлення розладу та надання ефективної допомоги учасникам бойових дій.

1.3. Стресогенні чинники бойової діяльності, що обумовлюють виникнення симптомів ПТСР в учасників бойових дій

Виникнення та розвиток посттравматичного стресового розладу в кожної окремої особи залежить від комплексної взаємодії низки чинників. Серед них - характеристики травмуючого фактора, особливості самої травматичної події, демографічні та індивідуально-психологічні властивості людини, а також соціальні та соціально-психологічні умови. При цьому джерела психотравматизації військовослужбовців можуть мати різне походження та зумовлювати різний ступінь вираженості симптомів розладу.

Наслідки психологічної травматизації, як правило, мають системний характер і охоплюють не тільки психічний, але й фізіологічний, соціальний та духовний рівні функціонування особистості, створюючи складну інтегративну картину впливу травматичних подій.

Вивченням проблеми психологічної травматизації військовослужбовців в умовах активних бойових дій активно займаються як зарубіжні, так і українські науковці, зокрема К. Брюїн, М. Фрідман, О. Блінов, П. Волошин, О. Кокун, Н. Агаєв, І. Пішко, Н. Лозінська, О. Колесніченко, К. Кравченко, О. Тімченко, В. Осьодло, І. Приходько, В. Теслюк, О. Тімченко, О. Хміляр, О. Чабан, та інші [58; 59; 7; 10; 19; 20; 21; 22; 23; 24; 26; 37; 38; 43; 47; 49; 50; 51; 52].

Для ґрунтовного аналізу системи чинників, що зумовлюють виникнення та розвиток посттравматичного стресового розладу, доцільно розглянути класифікацію факторів ризику, запропоновану видатним американським психіатром і травматологом Д. Девісоном [59]. У своїх дослідженнях вчений виділяє наступні чотири групи факторів, які сприяють розвитку посттравматичного синдрому:

1. Природа травматичної події – її характер, масштабність, раптовість виникнення, тривалість впливу психотравмуючих чинників та ступінь загрози для життя і здоров'я людини. Чим більш інтенсивною та загрозливою була психотравма, тим вищий ризик ПТСР.

2. Тривалість впливу травматичних факторів. Визначальне значення має не лише перебування під безпосереднім впливом психотравмуючої ситуації, але й чи мав місце повторний або хронічний вплив стресових подразників. Багаторазова і тривала експозиція травматичних чинників значно підвищує ризик посттравматичних порушень.

3. Інтенсивність суб'єктивного переживання травми особистістю. Одна і та сама травматична подія може спричинити різні психічні реакції залежно від індивідуальної здатності витримувати стрес, емоційної стійкості та особливостей сприйняття ситуації кожною окремою людиною.

4. Психологічна вразливість особистості до впливу травми, що включає: наявність в анамнезі ранніх психічних травм та посттравматичних розладів, що формують підвищену чутливість до нових психотравмуючих переживань, характер копінг-стратегій - способів подолання стресу, які використовує людина, загальний емоційний фон, установки та реакції на подразники навколишнього світу.

Отже, сукупність зазначених чотирьох груп факторів - природа травми, тривалість її впливу, інтенсивність переживань та індивідуально-психологічна вразливість особистості - комплексно визначають ризик виникнення, тяжкість перебігу й прогноз посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій та інших категорій постраждалих.

Одним із фундаментальних джерел з цієї тематики є монографія за редакцією відомого американського дослідника ПТСР М. Фрідмана (M. Friedman) у співавторстві з Т. Кіном та П. Ресік «Довідник з ПТСР: наука та практика» [64].

У цій праці дослідники виділяють такі ключові групи чинників ризику ПТСР:

- біологічні (генетична схильність, порушення регуляції стрес-гормонів, травми головного мозку);
- дитячий травматичний досвід (наси́льство, жорстоке поводження, розлучення з батьками);
- психологічні риси (висока тривожність, низька самооцінка, дисрегуляція емоцій);
- характер травматичної події (тяжкість, загроза життю, масштаби, тривалість);
- соціально-демографічні чинники (вік, стать, сімейний стан, соціальна підтримка).

М. Фрідман (M. Friedman) наголошує, що розвиток ПТСР детермінується не якимось одним фактором, а їх комплексною взаємодією.

Інший підхід репрезентує британський психіатр К. Брюїн (C. Brewin) у роботі «Посттравматичний стресовий розлад: хвороба чи міф?» Цей дослідник пропонує розглядати чинники ризику ПТСР у трьох часових вимірах:

1. Передумови (дитячі травми, генетика, психологічні риси);
2. Періпсихотравматичні чинники (характер травми, сприйняття небезпеки);
3. Післятравматичні фактори (стигматизація, стресори, відсутність підтримки). [58].

Науковий аналіз психологічних чинників бойової діяльності в сучасній військовій психології передбачає наступні критерії щодо класифікації стресогенних впливів:

- *критерій специфічності стресорів*: специфічні (притаманні виключно бойовій діяльності) та неспецифічні (широкий спектр екстремальних психоемоційних станів);
- *за характером походження стресорів*: зовнішні (соціальні та бойові) та внутрішні (фізіологічні та психологічні). Зовнішні чинники включають колективну динаміку військового підрозділу, суспільні настрої, специфіку, інтенсивність та безпосередні умови бойових дій. Внутрішні стресори пов'язані з індивідуальними особливостями нервової системи, темпераментом та особистісними характеристиками (емоційна стійкість, адаптаційний потенціал тощо);
- *за характером психологічного впливу*: стресори безпосереднього емоційного впливу (пряма загроза життю, раптовість подій, екстремальні ситуації) і стресори опосередкованого впливу (інтелектуальне перевантаження, дефіцит часу, інформаційна невизначеність, прискорений темп діяльності тощо).

Особливо значущими в контексті психологічного бойової діяльності є вторинні психологічні чинники, що включають: перманентну небезпеку в ході

бойових дій, психологічний дискомфорт, травматичний досвід та граничні форми емоційного напруження.

Розглядаючи глибше механізм впливу на психіку військовослужбовців внутрішніх та зовнішніх стрес-факторів бойової діяльності, варто звернути увагу на висновки вітчизняного дослідника В. Теслюка.

На його думку, прояв провідних внутрішніх факторів залежить від індивідуально-психологічних особливостей особистості комбатанта, його психологічної та професійної готовності до ведення бойових дій, характеру та рівня мотивації (включаючи загальне ставлення до війни). До основних же зовнішніх факторів вчений відносить три складові: фактор часу (тривалості), інтенсивності (фактор середовища) та потужності (фактор особистості військовослужбовця) [47].

Вітчизняні дослідники О. Кокун, І. Пішко та Н. Лозінська запропонували власний підхід щодо класифікації стрес-факторів в екстремальних умовах військової служби, виокремивши групу специфічних та неспецифічних чинників [23].

До першої групи специфічних чинників вони відносять ситуації, що загрожують життю і фізичній цілісності військовослужбовців; поранення, контузії, травми, каліцтва; загибель близьких людей і товаришів по службі; жахливі картини смерті і людських мук; події, у результаті яких постраждали честь і гідність військовослужбовця.

До другої групи неспецифічних чинників ці дослідники відносять такі стресори, як підвищений рівень перманентної потенційної загрози для життя; тривала напружена діяльність; тривала депривація основних біологічних і соціальних потреб; різкі і несподівані зміни умов служби і життєдіяльності; важкі екологічні умови життєдіяльності; відсутність контактів з близькими; неможливість змінити умови свого існування; інтенсивні і тривалі міжособистісні конфлікти; підвищена відповідальність за свої дії; потенційна можливість фізичних і моральних страждань заради досягнення цілей, неясних для військовослужбовця [23, С. 144–145].

Таким чином, на основі аналізу наукової літератури нами було виділено чотири основні групи стресогенних чинників бойової діяльності, що обумовлюють виникнення симптомів ПТСР у військовослужбовців в умовах бойових дій, а саме:

1) Індивідуально-психологічні чинники. Психологічна вразливість особистості до травматичних стресових впливів визначається сукупністю внутрішніх передумов. Генетична схильність до тривожно-панічних розладів створює підвищену психофізіологічну чутливість до екстремальних подій. Емоційна нестійкість та підвищена тривожність суттєво знижують адаптаційний потенціал військовослужбовця в бойових умовах. Попередній психотравматичний досвід формує стійкі негативні психологічні патерни, які ускладнюють переживання нових травматичних ситуацій. Низький рівень стресостійкості та недостатня професійно-психологічна підготовка створюють додаткові ризики виникнення посттравматичного стресового розладу.

2) Соціально-демографічні чинники. Молодий вік військовослужбовців характеризується меншою психологічною стійкістю та браком життєвого досвіду подолання екстремальних ситуацій. Відсутність сформованих сімейних зв'язків знижує соціальну підтримку та адаптаційні механізми особистості. Низький освітній рівень корелює з обмеженими когнітивними стратегіями подолання стресу, а складне матеріальне становище посилює загальний психоемоційний дискомфорт та невизначеність життєвих перспектив.

3) Екстремальні чинники бойової діяльності. Специфічні чинники включають безпосередні загрози життю, фізичні травми, переживання загибелі бойових товаришів. Висока інтенсивність бойових дій створює перманентне психоемоційне напруження. Неспецифічні чинники охоплюють широкий спектр стресових впливів: тривалу професійну діяльність в умовах невизначеності, депривацію базових потреб, неможливість контролювати умови середовища, тривалі міжособистісні конфлікти.

4) *Післябойові фактори.* Відсутність своєчасної комплексної реабілітації посилює негативні психологічні наслідки бойового досвіду. Низький рівень соціальної підтримки ускладнює процеси психологічної адаптації. Проблеми професійної реінтеграції та соціально-економічної дезадаптації створюють додаткові психологічні бар'єри для повноцінного відновлення особистості учасника бойових дій.

При цьому важливо підкреслити, що в системі стресогенних чинників ключове інтегральне місце займає бойовий стрес. Саме він є основною реакцією військовослужбовця на бойові події, при цьому особливістю бойового стресу є обов'язкова наявність супутніх стрес-чинників бойової обстановки [19].

Власне психологічний феномен «бойового стресу» є об'єктом вивчення фахівців вже тривалий час. Аналіз літературних джерел останніх десятиліть щодо вивчення питання «бойового стресу» серед військовослужбовців засвідчив відсутність однозначного трактування цього поняття, його характеристик та причин виникнення.

За словами А. Єрмакова та О. Скориніної-Погребної, «бойовий стрес – це процес мобілізації всіх наявних можливостей організму, імунної, захисної, нервової, психічної систем для подолання ситуації небезпечної для життя» [17].

Відомий український науковець в галузі психологічних досліджень І. Приходько під поняттям «бойовий стрес» розглядає «процес впливу факторів бойової обстановки на психіку військовослужбовця, що супроводжується зниженням рівня психологічної безпеки особистості та появою неспецифічних доклінічних психологічних проявів, які у сукупності уявляються поняттям «бойова психологічна травма особистості» або сягають специфічних нозологічних ознак психічних розладів, об'єднаних у категорію «бойова психічна травма» [43].

Такі авторитетні вітчизняні дослідники, як К. Кравченко, О. Тімченко, Ю. Ширококов, розглядають поняття «бойовий стрес» у межах трьох основних напрямків:

- як нормальну реакцію організму на зовнішній несприятливий подразник, обумовлений бойовими діями;
- як сукупність психічних станів, які виникають під дією екстремальних стрес-факторів;
- як процес адаптації військовослужбовців до діяльності в бойових умовах [26, С. 53].

Виходячи з результатів своїх досліджень, ці науковці запропонували класифікувати причини виникнення бойового стресу на дві основні групи: зовнішні та внутрішні. До зовнішніх (об'єктивних) бойових стрес-факторів вони відносять умови, тривалість та інтенсивність бойових дій, особливості застосовуваної зброї, надійність засобів захисту, погодно-кліматичні умови, обсяг і співвідношення втрат сторін, достатність та рівень бойової техніки тощо. Внутрішні ж (суб'єктивні) бойові стрес-фактори вони пов'язують з індивідуальними особливостями людини, її фізіологічною, емоційно-вольовою та когнітивною сферами [26, С. 54–56].

Один з провідних фахівців з дослідження проблем бойового стресу, О. Блінов визначає цей феномен як «стан психічного напруження військовослужбовців у процесі їх адаптації до умов бойової діяльності з використанням ресурсного потенціалу» [6].

В межах нашого дослідження ми використовуємо поняття бойового стресу саме у визначенні О. Блінова.

Вчений запропонував вивчати «бойовий стрес військовослужбовця, виходячи з ймовірності вирішення проблемної ситуації за допомогою його психологічних ресурсів з врахуванням індивідуальних відмінностей у переживанні психічних станів [6].

О. Блінов стверджує, що «бойовий стрес з'являється у людини в екстремальних умовах діяльності, яка супроводжується дією потужних

зовнішніх і внутрішніх стрес-факторів. Вони несуть загрозу життю людини, негативно впливають на стан її здоров'я, знижують ефективність діяльності або приводять до її зриву. Бойовий стрес може приводити як до гострих психологічних реакцій на вплив стрес-факторів, так і до розвитку стресових розладів. Вони характеризуються у бійців високим рівнем тривожності, агресивності, конфліктності, пониженням працездатності, сприяють поширенню дезадаптації, депресивних станів, суїцидів, алкоголізму, наркоманії, асоціальної поведінки та ін.» [3, С. 10–11].

Отже, залежно від особливостей взаємодії таких чинників, як значимість стресчинників для конкретного учасника бойових дій, особистісних якостей та індивідуально-психологічних особливостей, професійної та психологічної готовності до ведення бойових дій, характеру і рівня бойової мотивації прояви бойового стресу у різних військовослужбовців будуть відрізнятися за такими параметрами:

- інтенсивністю прояву (від станів підвищеної психічної напруженості до станів, які травмують психіку);
- ступенем усвідомленості свого стану самим військовослужбовцем;
- ступенем підконтрольності проявів бойового стресу самому військовослужбовцю;
- рівнем впливу на психічний стан інших військовослужбовців;
- тривалістю бойового стресу;
- впливом на ступінь психічної змобілізованості військовослужбовця (від гіпер- до гіпомобілізованості);
- характером впливу на ефективність бойової діяльності (від підвищення до зниження її ефективності) [49, С. 57].

За інтенсивністю бойовий стрес можна представити за такою градацією:

- бойовий стрес невисокої інтенсивності, як правило, ефективно долається більшістю військовослужбовців та на початковому етапі може сприяти підвищенню їх бойової активності; в подальшому або стає звичним

для учасників бойових дій, або переходить в бойовий стрес підвищеної інтенсивності;

– бойовий стрес підвищеної інтенсивності (високої ефективності, дистрес) може значно ускладнити діяльність як окремого військовослужбовця, так і військових колективів. На індивідуальному рівні проявляється як: різке, неадекватне бойовій обстановці підвищення або, навпаки, зниження бойової активності; неадекватне бойовій ситуації підвищення емоційного збудження або, навпаки, емоційне заціпеніння, емоційна «тупість»; поява деструктивних форм мотивації бойової діяльності або, навпаки, бажання «вийти» з бою, будь-якою ціною зберегти собі життя; втрата орієнтації в ситуації бою тощо. На груповому рівні: в якісній зміні соціально-психологічної ситуації у військових колективах. В той же час, високий рівень групового розвитку військового колективу, професійна та психологічна готовність його членів до спільних бойових дій, наявність у них позитивного досвіду внутрішньогрупової і міжгрупової взаємодії в бойовій обстановці можуть сприяти зниженню руйнівного впливу бойового стресу підвищеної інтенсивності;

– найбільш інтенсивний бойовий стрес проявляється у формах, які перешкоджають здійсненню бойової діяльності на відносно тривалий час. Граничними формами його прояву є невротичні та психотичні розлади [19, С. 59].

Зрозуміло, що чим більш інтенсивно військовослужбовець пережив бойовий стрес у бойовій обстановці, тим більша ймовірність виникнення в нього психологічної травматизації після припинення впливу бойових стресорів, серед яких – гострі психогенні реакції (гостра стресова реакція, гострі стресові розлади), порушення адаптації [29].

За статистичними даними, близько 80% військовослужбовців, які брали участь у бойових діях під час проведення АТО, отримували бойовий стрес, який в подальшому трансформувався приблизно у 25% випадків у ПТСР різного ступеню виразності. 98% з учасників бойових дій потребують

кваліфікованої підтримки і допомоги внаслідок дії бойових стрес-факторів. 20% учасників бойових дій мають підпорогові ознаки ПТСР (реакції дезадаптації). 27% бійців мають неповні клінічні прояви ПТСР, які призводять до щоденних негативних наслідків. Скривають психічні проблеми та ніколи не отримували відповідної допомоги 75% комбатантів. Соромляться або заважають виявленню психічних проблем 93% військовослужбовців [16].

У цьому контексті, варто зазначити, що у своїх дослідженнях вітчизняний науковець Є. Підчасов наголошує на важливості фактору часу у формуванні ПТСР. Він зазначає, що тривалість перебування у психотравмуючій ситуації є одним із ключових чинників формування симптомів ПТСР. У військовослужбовців, які перебували в зоні бойових дій більше шести місяців, ризик розвитку ПТСР зростає на 24-38% порівняно з тими, хто брав участь у бойових діях протягом коротшого періоду [39, С. 127].

Інший український дослідник О. Кокун та його співавтори наукових праць також звертають увагу на процесуальний характер формування ПТСР та виділяють чотири послідовні фази розвитку цього розладу: фазу тривоги (спостерігається безпосередньо під час бойових дій), фазу опору (мобілізація адаптаційних ресурсів), фазу виснаження (поступове зниження адаптаційних можливостей) та фазу відновлення (поступова реадаптація) [21, С. 59–60]. Розуміння цих стадій має важливе значення для прогнозування розвитку ПТСР та його своєчасної профілактики.

Важливим аспектом, який потребує уваги у контексті вивчення стресогенних чинників бойової діяльності, є феномен посттравматичного зростання особистості. В.І. Осьодло та Д.С. Зубовський зазначають, що «травматичний досвід бойових дій може призводити не лише до негативних наслідків у вигляді ПТСР, але й створювати підґрунтя для особистісного зростання військовослужбовців. Серед чинників, що сприяють посттравматичному зростанню, особливе місце посідають високий рівень

резилієнтності, наявність соціальної підтримки, використання адаптивних копінг-стратегій та здатність до рефлексії травматичного досвіду» [38, С. 71].

Крім того, варто звернути увагу на роль організаційних чинників у запобіганні розвитку ПТСР у військовослужбовців. На думку вченого І. Приходька, «ефективна система психологічної підготовки до бойових дій, належне матеріально-технічне забезпечення, чітка організація побуту та відпочинку, психологічно сприятливий клімат у військовому колективі та компетентне керівництво можуть суттєво знижувати ризик розвитку ПТСР у військовослужбовців навіть за умов інтенсивного бойового стресу» [43, С. 135].

Таким чином можна вважати, що ступінь прояву психопатологічних симптомів ПТСР в учасників бойових дій залежить від сили впливу екстремальних чинників бойової діяльності загалом та від рівня безпосереднього бойового стресу зокрема. Цей бойовий стрес безпосередньо пов'язаний з реальною загрозою для життя, отриманням травм і каліцтв, переживанням травматичних подій, з масовими втратами серед побратимів. При цьому між рівнем інтенсивності перенесеного бойового стресу та ризиком виникнення посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій існує пряма залежність. Тобто, військовослужбовці, які зазнали найбільш інтенсивного бойового стресу в результаті важкої психічної травми під час активної участі у запеклих бойових зіткненнях, стали свідками масових людських втрат, зазнали поранень, контузій чи каліцтв, перебували в ситуаціях реальної загрози для життя, мають найвищий ризик розвитку ПТСР. Рівень травматичного бойового стресу в таких випадках значно перевищує адаптаційний потенціал конкретної особистості.

Відповідно, у таких військовослужбовців спостерігається більш виражений прояв різноманітних психопатологічних симптомів - нав'язливі спогади, флешбеки, кошмари, емоційна нечутливість, уникання, гіперзбудженість, вегетативні розлади тощо. Чим інтенсивнішим був бойовий стрес, тим ширшим є спектр проявів посттравматичних порушень.

Проведений теоретичний аналіз наукової літератури дозволяє сформулювати наступні висновки:

- стресогенні чинники бойової діяльності можна класифікувати за різними критеріями, зокрема за специфічністю, характером походження та особливостями психологічного впливу;
- серед основних груп чинників, що впливають на виникнення симптомів ПТСР в учасників бойових дій, слід виділити індивідуально-психологічні, соціально-демографічні, екстремальні чинники бойової діяльності та післябойові фактори;
- центральне місце в системі стресогенних чинників посідає бойовий стрес, інтенсивність якого має пряму кореляцію з ризиком виникнення ПТСР.

Статистичні дані свідчать про високу поширеність бойового стресу серед військовослужбовців (до 80%), при цьому у 25% випадків він трансформується у ПТСР різного ступеня вираженості.

Ступінь впливу різних стресогенних чинників на розвиток ПТСР значною мірою визначається індивідуально-психологічними особливостями військовослужбовця, його адаптаційним потенціалом, професійною підготовкою та соціальною підтримкою.

Розуміння системи стресогенних чинників бойової діяльності та механізмів їх впливу на психіку військовослужбовців має важливе значення для розробки ефективних стратегій профілактики та подолання симптомів ПТСР в учасників бойових дій.

На основі проведеного теоретичного аналізу проблеми посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій можна сформулювати наступні висновки:

Аналіз наукових підходів до вивчення поняття «посттравматичний стресовий розлад» дозволив встановити, що ПТСР є складним психопатологічним феноменом, який розвивається внаслідок впливу травматичних подій, пов'язаних із загрозою для життя або здоров'я людини. У дослідженні ми спираємося на офіційне визначення ПТСР, затверджене

Міністерством охорони здоров'я України, згідно з яким «ПТСР є психічним розладом, що розвивається у деяких осіб після травматичних подій, таких як природні та техногенні катастрофи, обстріли, бомбардування та інші загрози життю під час війни, сексуальне або фізичне насилля, які пов'язані з загрозою для власного життя (або іншої людини) або фізичної недоторканності та обумовили сильний страх, безпорадність або жах» [44].

Комплексний аналіз симптоматики ПТСР в учасників бойових дій дозволив виявити три основні кластери симптомів: повторне переживання травматичної події (інтрузивні спогади, флешбеки, нічні кошмари); уникання та емоційне заціпеніння (уникнення місць, думок, розмов, пов'язаних з травмою, втрата інтересу до значущих видів діяльності, відчуження від близьких); підвищена збудливість (безсоння, дратівливість, труднощі з концентрацією уваги, надмірна пильність, перебільшена реакція переляку). За часовими рамками розвитку виділяють гострий ПТСР (до 3 місяців), хронічний ПТСР (понад 3 місяці) та відстрочений ПТСР (симптоми з'являються через 6 або більше місяців після травми).

Дослідження стресогенних чинників бойової діяльності виявило чотири основні групи таких чинників: індивідуально-психологічні (генетична схильність, емоційна нестійкість, попередній травматичний досвід); соціально-демографічні (молодий вік, відсутність сімейної підтримки, низький освітній рівень); екстремальні чинники бойової діяльності (загрози життю, фізичні травми, втрата побратимів); післябойові фактори (відсутність своєчасної реабілітації, проблеми реінтеграції).

Встановлено, що центральним елементом у системі стресогенних впливів є бойовий стрес, який визначається як «стан психічного напруження військовослужбовців у процесі їх адаптації до умов бойової діяльності з використанням ресурсного потенціалу». За інтенсивністю бойовий стрес поділяється на стрес невисокої, підвищеної та найбільш інтенсивний бойовий стрес. Статистичні дані свідчать, що близько 80% військовослужбовців, які

брали участь у бойових діях, отримували бойовий стрес, який у 25% випадків трансформувався у ПТСР.

Визначено, що між рівнем інтенсивності перенесеного бойового стресу та ризиком виникнення ПТСР в учасників бойових дій існує пряма залежність. Військовослужбовці, які зазнали найбільш інтенсивного бойового стресу під час запеклих бойових зіткнень, стали свідками масових втрат, зазнали поранень або контузій, мають найвищий ризик розвитку ПТСР.

З'ясовано, що існує процесуальний характер формування ПТСР, який проходить чотири послідовні фази: фазу тривоги, фазу опору, фазу виснаження та фазу відновлення. При цьому важливу роль відіграє тривалість перебування в зоні бойових дій – у військовослужбовців, які перебували в зоні бойових дій більше шести місяців, ризик розвитку ПТСР зростає на 24-38%.

Виявлено, що травматичний досвід бойових дій може також створювати підґрунтя для посттравматичного зростання особистості за умови наявності високого рівня резилієнтності, соціальної підтримки та використання адаптивних копінг-стратегій.

Проведений теоретичний аналіз проблеми посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій створює методологічне підґрунтя для емпіричного дослідження особливостей прояву симптомів ПТСР та розробки ефективних технологій їх подолання. Глибоке розуміння різноманітних стресогенних чинників бойової діяльності та механізмів їх впливу на психіку військовослужбовців дозволяє розробляти цілеспрямовані стратегії психологічної діагностики, профілактики та корекції ПТСР з урахуванням індивідуальних особливостей травматичного досвіду учасників бойових дій.

РОЗДІЛ 2

ТЕХНОЛОГІЇ ПОДОЛАННЯ СИМПТОМІВ ПОСТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

2.1. Методики та процедура діагностування проявів симптомів ПТСР в учасників бойових дій

Для більш ґрунтовного аналізу теоретичних положень та визначення особливостей проявів симптомів ПТСР у учасників бойових дій на етапі реінтеграції на наступному етапі роботи нами було проведено емпіричне дослідження.

Метою нашого емпіричного дослідження було встановлення особливостей прояву симптомів ПТСР в учасників бойових дій та визначення чинників, які впливають на рівень їх вираженості.

Основними завданнями емпіричного дослідження було :

- встановлення рівнів вираженості та особливостей прояву симптомів посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій, зокрема структуру, інтенсивність та частоту прояву симптомів повторного переживання травми, уникнення, гіперактивації, дистресу та дезадаптації;
- встановлення взаємозв'язку між вираженістю симптомів ПТСР та об'єктивними демографічними характеристиками учасників бойових дій (вік, сімейний стан, наявність попереднього досвіду військової служби, тривалість участі в бойових діях, наявність інвалідності);
- визначення та аналіз найбільш стресогенних чинників бойової діяльності, що зумовлюють розвиток симптомів ПТСР у комбатантів;
- дослідження кореляційних зв'язків між показниками рівнів вираженості симптомів ПТСР в учасників бойових дій та чинниками, які зумовлюють їх прояви;
- проведення порівняльного аналізу особливостей прояву симптомів ПТСР у різних категоріях учасників бойових дій (за критеріями віку, сімейного стану, тривалості служби, наявності інвалідності) з метою виявлення найбільш вразливих груп;
- надання обґрунтованих рекомендацій щодо психологічної допомоги та реабілітації учасникам бойових дій з урахуванням встановлених особливостей проявів симптомів ПТСР та визначених чинників впливу.

Реалізація поставлених завдань дозволить отримати цілісне розуміння феномену посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій в умовах російсько-української війни, а також забезпечить емпіричне підґрунтя для подальшої розробки тренінгових програм психологічної підтримки для комбатантів на етапі їх реінтеграції.

Дане емпіричне дослідження проводилося нами у три етапи: початковий, практичний та завершальний.

На початковому етапі дослідження нами були підібрані методики для визначення особливостей проявів симптомів ПТСР у учасників бойових дій.

Практичний етап дослідження передбачав безпосередню роботу з учасниками бойових дій та включав три основні компоненти: бесіду, анкетування і основне психодіагностичне тестування.

Індивідуальна бесіда з респондентами містила запитання щодо соціально-демографічних та хронологічних даних, уточнення наявного психологічного запиту, виявлення основних скарг та потреб. Це дозволило не лише встановити довірливий контакт з учасниками дослідження, але й зібрати важливу додаткову інформацію про бойовий досвід комбатантів.

Анкетування охоплювало розширений спектр питань щодо соціально-демографічних характеристик респондентів, включаючи віковий розподіл (25-35, 36-45, 46-55 років), сімейний стан (одружені/неодружені), наявність попереднього досвіду військової служби до початку повномасштабного вторгнення, тривалість проходження служби у бойових частинах (від менше 6 місяців до більше 30 місяців). Окремий блок питань стосувався наявності інвалідності, характеру отриманих поранень та травм, зокрема вогнепальних та осколкових поранень, контузій, акубаротравм, наслідків мінно-вибухових травм, а також загострення хронічних захворювань у польових умовах.

Суттєва увага приділялась дослідженню скарг військовослужбовців на стан здоров'я, безпосередньо пов'язаних з участю в бойових діях: порушення сну, підвищена тривожність, дратівливість, спалахи гніву, труднощі концентрації уваги, депресивні стани, нав'язливі спогади про травматичні події, реакції на гучні звуки та інші тригери. Ці дані були особливо важливими для виявлення взаємозв'язку між інтенсивністю бойового стресу та розвитком симптомів ПТСР.

Особливу цінність у контексті дослідження мала інформація щодо тривалості безпосередньої участі у бойових діях на лінії зіткнення з противником. Це дозволило проаналізувати динаміку розвитку симптоматики ПТСР залежно від інтенсивності та тривалості бойового стресу.

З метою врахування характеру психотравматизації під час формування вибірки, ми ретельно фіксували дані про найбільш травматичні події, які довелось пережити військовослужбовцям: перебування під артилерійськими обстрілами, участь у танкових та піхотних зіткненнях, досвід втрати побратимів, потрапляння в оточення тощо.

Отримані під час бесіди та анкетування демографічні та хронологічні дані були важливою складовою для формування репрезентативної вибірки та подальшої диференційованої діагностики симптомів ПТСР в учасників бойових дій. Ця інформація дозволила нам встановити не лише загальний рівень прояву симптомів ПТСР, але й проаналізувати його залежність від різних соціально-демографічних та ситуативних чинників.

На завершальному етапі нами була проведена обробка та аналіз отриманих результатів дослідження щодо особливостей прояву симптомів ПТСР в учасників бойових дій.

Для виконання виокремлених завдань дослідження нами було підібрано відповідний діагностичний інструментарій, який включав використання трьох методик. При виборі методик ми орієнтувалися на їх психометричні показники (валідність, надійність), специфіку військового контексту травматизації, а також на можливість оцінювати особливості прояву симптомів ПТСР в учасників бойових дій та чинники, які впливають на рівень їх вираженості. Важливим критерієм вибору методик також була їх адаптованість для роботи з військовослужбовцями та рекомендації провідних вітчизняних фахівців у галузі військової психології.

Так, для виконання першого завдання (встановлення рівнів вираженості та особливостей прояву симптомів посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій) у дослідженні було використано дві взаємодоповнюючі методики, а саме: Опитувальник травматичного стресу (ОТС) І.О. Котеньова (основна методика) (1998 р.) [35; 36] та Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант) (Keane T. M., et al., 1988) [31; 32; 70].

Використання двох методик для діагностики особливостей прояву симптомів ПТСР в учасників бойових дій дозволило нам отримати більш надійні та валідні результати завдяки можливості їх перехресної перевірки та взаємного доповнення. Обидві методики мають високі психометричні показники та широко застосовуються в дослідженнях психотравматизації військовослужбовців, що робить їх оптимальними для вирішення завдань нашого дослідження.

Опитувальник травматичного стресу І. О. Котеньова є надійним психодіагностичним інструментом для оцінки вираженості симптомів постстресових порушень, характерних для представників так званих «небезпечних професій» (військовослужбовці, поліцейські, рятувальники тощо).

Цей авторський опитувальник був розроблений у 1995-1996 рр. І. О. Котеньовим. Пройшов апробацію, був валідизований і стандартизований на великій вибірці співробітників МВС, які брали участь у різних екстремальних ситуаціях, зокрема – у контртерористичній операції в Північно-Кавказькому регіоні.

Опитувальник складається з короткої інструкції та 110 пунктів-тверджень. Досліджуваному пропонується за допомогою 5-бальної шкали Лайкерта (від «абсолютно вірно» до «абсолютно невірно») оцінювати кожне із тверджень залежно від його відповідності власному стану. 56 пунктів є «ключовими» для оцінки вираженості симптомів постстресових порушень, 15 пунктів входять до додаткової «шкали депресії», 9 пунктів складають три оцінювальні шкали – «брехні», «агравації» та «дисимуляції», що дозволяють контролювати ступінь щирості досліджуваного, його схильність підкреслювати тяжкість свого стану або заперечувати наявність психологічних проблем. Крім того, до Опитувальника включені резервні та маскуючі твердження, що перешкоджають мимовільному розумінню досліджуваним основної спрямованості тесту. Окрім «прямих» тверджень, згода з якими оцінюється як наявність у досліджуваного того чи іншого

шуканого ознаки (симптому), щоб збалансувати тенденцію згоди, в ОТС є так звані «зворотні» пункти, негативні відповіді на які є значущими.

При тестуванні з використанням бланкового варіанту опитувальника процедура займає від 15 до 20 хвилин. Підраховуються значення контрольних та основних субшкал ПТСР та гострого стресового розладу (ГСР): L (брехня), Ag (агравация), Di (дисимуляція), depres (депресія); ПТСР: A(1) (наявність потенційно психотравмуючої події), B (повторне переживання травми – «вторгнення»), C (симптоми «уникнення»), D (симптоми фізіологічної гіперактивації), F (дистрес і дезадаптація); ГСР: A(1) (наявність потенційно психотравмуючої події), b (дисоціативні симптоми), c (повторне переживання травми – «вторгнення»), d (симптоми «уникнення»), e (симптоми фізіологічної гіперактивації), f (дистрес і дезадаптація).

Детально порядок підрахунку показників за основними шкалами та субшкалами приводиться в інтерпретації за ключем [36].

Інтерпретація результатів проводиться як на основі підсумкових показників ПТСР і ГСР, так і показників за субшкалами опитувальника, що дозволяє робити висновок про відносну вираженість окремих груп симптомів.

При значеннях шкал нижче 50 Т– балів симптоматика, як правило, відсутня. У діапазоні від 50 до 65 Т– балів можуть проявлятися окремі симптоми постстресових станів, причому незначно виражені. 65– 70 Т– балів ПТСР або ГСР зазвичай відповідають діагнозу –часткового ПТСР або ГСР. При значеннях вище 70 Т– балів імовірність клінічно виражених розладів помітно зростає, а у випадках перевищення рівня 80 Т– балів необхідне уточнення клінічного діагнозу –повного ПТСР або ГСР.

Наведені –критичні значення в Т–балах, безумовно, є тільки орієнтовними як для оцінки загальних показників ПТСР і ГСР, так і стосовно окремих субшкал і шкали депресії. Однак, як показує досвід застосування опитувальника, інтервали 50– 65– 70– 80 і більше Т– балів досить добре

працюють в якості операціональних критеріїв оцінки ступеня вираженості постстресових станів [35; 36].

Отже, опитувальник травматичного стресу І.О. Котеньова дозволяє не лише діагностувати наявність симптомів ПТСР, але й визначити їх структуру та інтенсивність прояву за окремими субшкалами: повторне переживання травми, уникнення, гіперактивація, дистрес і дезадаптація. Крім того, методика містить контрольні шкали та шкалу депресії, що розширює діагностичні можливості цієї методики.

Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу (англ. Mississippi Scale) - клінічна тестова методика, спочатку розроблена в 1987 Кеапе Т. М. з співавторами для діагностики ПТСР у військовослужбовців, які побували в зоні бойових дій [70].

Міссісіпська шкала для оцінки бойового посттравматичного стресового розладу (військовий варіант) була розроблена для діагностики посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Міссісіпська шкала для оцінки бойового посттравматичного стресового розладу (військовий варіант) містить 35 тверджень, кожне з яких може бути оцінено за п'ятибальною шкалою Лікерта від одного до п'яти балів. Сумарний показник за методикою дозволяє оцінити ступінь впливу перенесеного індивідом травматичного досвіду.

30 питань утворюють три основні шкали, які співвідносяться з трьома групами симптомів ПТСР: 11 питань першої шкали описують симптоми групи «вторгнення»; 11 симптомів другої шкали описують симптоми групи «уникнення»; 8 питань третьої шкали описують симптоми «збудливості»; п'ять питань, що залишилися, описують симптоми, пов'язані з почуттям провини та суїцидальні схильності.

При обробці результатів підраховується сума відповідей на твердження за кожною з шкал. Для цього сумуються відповіді респондента на «прямі» твердження і відповіді за «зворотними» твердженнями, перекодовані

наступним чином: відповіді респондента – 1, 2, 3, 4, 5; перекодовані відповіді – 5, 4, 3, 2, 1.

Сума балів по пунктах з прямою шкалою (сума 1): 1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 23, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 35.

Сума балів по пунктах з оберненою шкалою (сума 2): 2, 6, 11, 17, 19, 22, 24, 27, 30, 34.

Загальний бал: сума 1 + сума 2

Згідно інтерпретації результатів отримана сума дозволяє поділити досліджуваних на тих, які мають ПТСР і тих, які не мають ПТСР.

За даними Н.В. Тарабріної, середні значення для Міссісіпської шкали (військовий варіант) такі:

Співробітники МВС: $64,65 \pm 16,13$

Військовослужбовці: $73,76 \pm 19,64$

Ветерани Афганістану, «норма»: $70,18 \pm 11,76$

Ветерани Афганістану, ПТСР: $92,00 \pm 15,55$ [2].

В інтерпретації результатів ми керувались середніми значеннями для Міссісіпської шкали (військовий варіант) за даними Н.В. Тарабріної, зокрема, оскільки наші респонденти є учасниками бойових дій, ми взяли середні показники для ветеранів Афганістану.

Вірогідність ПТСР:

Низька вірогідність ПТСР або добре адаптовані – загальний бал до 80 балів;

Середня вірогідність ПТСР або мають окремі психічні розлади характерні для ПТСР – загальний бал 80-89 балів;

Висока вірогідність ПТСР – прояви ПТСР – 90 балів і більше Висока вірогідність ПТСР – прояви ПТСР – 90 балів і більше [31].

На сьогодні дана методика є однією з найпоширеніших методик для вимірювання ознак ПТСР у військовослужбовців. Шкала добре валідизована на вибірках комбатантів різних військових конфліктів, що робить її особливо цінною для нашого дослідження.

Для виконання другого завдання (визначити чинники, які впливають на рівень прояву симптомів ПТСР у учасників бойових дій) нами була використана методика «Опитувальник бойового стресу Блінова О.А. (ОБСБ)» [5].

Даний авторський опитувальник був спеціально розроблений для психодіагностики рівня бойового стресу та визначення чинників, що впливають на розвиток симптомів ПТСР у військовослужбовців.

Авторський опитувальник психодіагностики бойового стресу призначений: для визначення рівня психологічного стресу в осіб, що приймали участь в екстремальних умовах діяльності; наявності ресурсів людини для подолання наслідків травматичного стресу; встановлення ступеня її пристосованості до дії в умовах загрози для життя [5, С. 32].

Опитувальник ОБСБ має важливі переваги для нашого дослідження, оскільки дозволяє не лише оцінити інтегральний рівень бойового стресу, але й проаналізувати його структурні компоненти через чотири субшкали: ГСР_ПТСР (діагностика гострих стресових розладів і посттравматичних стресових розладів), РБ (ресурсний блок), ФБЕВ (фактори безпосереднього емоційного впливу) та ФОЕВ (фактори опосередкованого емоційного впливу). Особливо цінним є включення в методику ресурсного блоку, що дозволяє оцінити наявність ресурсів для подолання наслідків травматичного стресу та встановити ступінь пристосованості до дій в умовах загрози для життя.

Текст опитувальника складається з 24 питань, респонденту пропонується вибрати варіант відповіді за оціночною п'ятибальною шкалою Р. Лайкерта (від «абсолютно вірно» до «абсолютно невірно»).

Порядок визначення бальної оцінки інтегрального показника бойового стресу здійснюється наступним чином. Спочатку підраховується загальна кількість балів за всі нараховані бали питань опитувальника. Потім підраховується їх середнє арифметичне значення. Отриманий результат заноситься в бланк відповідей.

Оцінка бойового стресу (у балах) здійснюється за трьома рівнями, а саме:

1. Бойовий стрес низької інтенсивності. Вважається таким, коли отримуються результати від 1,0 до 2,66 бала (самий високий рівень адаптованості військовослужбовця до дії стрес-факторів).
2. Бойовий стрес середньої інтенсивності. Результат – від 2,66 до 3,91 бала (середній рівень адаптованості).
3. Бойовий стрес високої інтенсивності. Результат від 3,91 до 5,0 балів (самий низький рівень адаптованості до дії бойових стресорів).

Розподіл питань опитувальника здійснюється наступним чином.

ГСР_ПТСР – Субшкала № 1. Призначена для діагностики гострих стресових розладів (ГСР) і посттравматичних стресових розладів (ПТСР); використовуються питання за № 1, 5, 9, 13, 17, 21, 23 (разом 7 питань).

Відповіді, які отримали високу оцінку за цією субшкалою (5 балів) вказують на ймовірність наявності ГСР або ПТСР (залежно від часу з моменту критичного інциденту).

РБ – Субшкала № 2. Представлена ресурсним блоком (РБ). Сукупність питань, які розкривають спроможність військовослужбовця долати стресові ситуації на когнітивному, афективному та поведінковому рівнях.

Питання за № 2 характеризує рівень віри людини. Питання за № 6 характеризує спроможність респондента використовувати афективні та емоційні методи. Питання за № 10 характеризує соціальність (спілкування) людини. Питання за № 14 характеризує уяву респондента. Питання за № 18 характеризує когніції (переконання, розсудливість) спроможність людини використовувати свої ресурси. Питання за № 22 і № 24 надають характеристику фізичної активності респондента. Всього разом 7 питань. Питання субшкали № 2 у порівнянні з питаннями інших субшкал мають зворотній зміст. Чим вищий рівень ресурсу позитивної спрямованості позначається респондентом тим нижча повинна бути бальна оцінка.

ФБЕВ – Субшкала № 3. Для визначення впливу стрес-факторів, що

безпосередньо емоційно впливають на особистість військовослужбовця (ФБЕВ) використовуються питання за № 3, 7, 11, 15, 19 (разом 5 питань).

ФОЕВ – Субшкала № 4. Для визначення впливу стрес-факторів, що опосередковано емоційно впливають на особистість військовослужбовця (ФОЕВ) використовуються питання за № 4, 8, 12, 16, 20 (разом 5 питань). Питання за №16, 20 розкривають вплив фізіологічного стану респондента на його самопочуття [5, С. 36–37].

Обрані нами методики дозволяють комплексно діагностувати як рівень вираженості посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій, так і чинники, що які зумовлюють їх прояви, що відповідає завданням нашого дослідження.

Результати методик були оброблені за допомогою методів математико-статистичної обробки даних (метод ранжування, кореляційний аналіз із застосуванням коефіцієнта рангової кореляції r_s , Спірмена). Коефіцієнт кореляції Спірмена використовувався для встановлення взаємозв'язку між рівнем вираженості симптомів ПТСР в учасників бойових дій та чинниками, які зумовлюють їх прояви. Це дозволило достовірно визначити статистично значущі зв'язки між досліджуваними змінними, зокрема між рівнем прояву симптомів ПТСР та показниками бойового стресу. У нашому дослідженні рівень вираженості симптомів ПТСР в учасників бойових дій є змінною А, а рівень прояву чинників буде змінною В.

Для порівняльного аналізу особливостей прояву симптомів ПТСР у різних групах досліджуваних (за віком, сімейним станом, тривалістю служби та наявністю інвалідності) застосовувалися методи описової статистики та відсоткового аналізу. Узагальнення даних здійснювалося шляхом порівняння розподілів досліджуваних за рівнями вираженості симптомів ПТСР у різних підгрупах вибірки.

Отримані дані піддавались статистичному аналізу з наступною якісною інтерпретацією та змістовним узагальненням. Для всіх розрахунків використовувалася програма Microsoft Excel, яка також застосовувалась для

графічного представлення результатів дослідження у вигляді таблиць та діаграм.

Емпіричне дослідження проводилося у 2024–2025 роках на базі Комунальної установи «Центр учасників бойових дій» Сумської міської ради та на базі Сумського міського територіального центру комплектування та соціальної підтримки протягом періоду з літа 2024 року по лютий 2025 року. У дослідженні приймало участь 40 респондентів – учасників бойових дій.

Характеристики вибірки подані у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Характеристика вибірки

Критерій	Підкритерій	(у %)
1	2	3
Вікові групи	25-35 років	32,5
	36-45 років	37,5
	46-55 років	30,0
Сімейний стан	одружені	60
	не одружені	40
Наявність попереднього досвіду проходження військової служби	наявний	42,5
	відсутній	57,5

Продовж. табл. 2.1

1	2	3
Тривалість проходження військової служби у бойових частинах	до 6 місяців	2,5
	більше 6 місяців до 12 місяців	7,5
	більше 12 місяців до 18 місяців	42,5
	більше 18 місяців до 24 місяців	12,5
	більше 24 місяців до 30 місяців	12,5
	більше 30 місяців	22,5
Група з тривалістю служби до 18 місяців ($n_1 = 21$)		52,5
Група з тривалістю служби більше 18 місяців ($n_2 = 19$)		47,5
Наявність інвалідності	мають інвалідність	35
	не мають інвалідності	65,0

Аналізуючи вікову структуру вибірки учасників бойових дій, які прийняли участь у дослідженні, можна констатувати, що найбільшу частку (37,5%) складають респонденти віком від 36 до 45 років – це 15 осіб. Другою за чисельністю є група учасників бойових дій віком від 25 до 35 років, яка становить 32,5% від загальної кількості опитаних (13 осіб). Третя група вибірки (30,0%) представлена респондентами віком від 46 до 55 років – 12 осіб.

Така вікова структура вибірки відображає типовий віковий розподіл учасників бойових дій, де переважають особи середнього віку (від 36 до 45 років), які мають певний життєвий та військовий досвід, проте все ще перебувають у періоді професійної та соціальної активності. Значна частка молодших учасників (від 25 до 35 років) також відповідає загальним тенденціям залучення молоді до військової служби та участі в бойових діях в умовах сучасного збройного конфлікту.

Такий віковий розподіл учасників дослідження дозволяє отримати репрезентативні дані щодо особливостей проявів симптомів ПТСР у учасників бойових дій різних вікових категорій та забезпечує комплексний підхід до вивчення проблеми на етапі реінтеграції та відновлення.

Аналізуючи розподіл учасників дослідження за сімейним станом, можна відзначити, що більшість респондентів (60,0%) є одруженими, що становить 24 особи із загальної вибірки. У свою чергу, 40,0% опитаних учасників бойових дій (16 осіб) не перебувають у шлюбі на момент проведення дослідження.

Такий розподіл є важливим для розуміння наявності соціальної підтримки у досліджуваних. Одруження та наявність сім'ї часто розглядається як важливий фактор соціальної підтримки, що потенційно може впливати на особливості психологічної адаптації учасників бойових дій та прояви симптомів ПТСР. Наявність стабільних сімейних відносин може слугувати значущим ресурсом для подолання наслідків психотравматичного

досвіду та сприяти більш ефективній реінтеграції військовослужбовців після повернення із зони бойових дій.

На нашу думку, сімейне оточення може відігравати подвійну роль у процесі відновлення: з одного боку, це може бути джерело підтримки та розуміння, з іншого – додаткове джерело стресу через необхідність адаптації до цивільного життя та відновлення сімейних ролей після тривалої відсутності.

Наявність у вибірці значної кількості як одружених, так і неодружених осіб дозволяє нам провести порівняльний аналіз впливу сімейного стану на прояви симптомів ПТСР та перевірити гіпотезу про взаємозв'язок між соціальною підтримкою та психологічним станом учасників бойових дій на етапі реінтеграції та відновлення.

Аналізуючи дані щодо наявності попереднього досвіду проходження військової служби у респондентів, можна відзначити, що більша частина учасників дослідження (57,5%) не мала попереднього досвіду служби до участі в бойових діях поточного конфлікту. Ця група складає 23 особи із загальної вибірки. У свою чергу, 42,5% опитаних (17 осіб) мали певний досвід військової служби до початку активних бойових дій.

Такий розподіл є важливим для розуміння впливу попереднього військового досвіду на психологічний стан учасників бойових дій. Наявність або відсутність попереднього досвіду служби може суттєво впливати на адаптаційні можливості військовослужбовців, їхню здатність справлятися зі стресовими ситуаціями в бойових умовах та особливості переживання травматичного досвіду.

Учасники бойових дій, які мали попередній досвід військової служби, потенційно можуть демонструвати кращу психологічну готовність до стресових ситуацій, володіти більш розвиненими механізмами психологічного захисту та адаптації. Водночас, попередній досвід може також формувати певні очікування та установки щодо бойових дій, які при

невідповідності реальним умовам сучасного конфлікту можуть призводити до додаткового психологічного навантаження.

Для осіб без попереднього досвіду військової служби (які складають більшість вибірки) входження в бойові умови могло стати більш різким психологічним випробуванням, що потенційно може впливати на інтенсивність проявів симптомів ПТСР. Однак, відсутність попередніх психологічних установок щодо бойових дій також може в деяких випадках сприяти більш гнучкій адаптації до нових умов.

Представленість у вибірці значної кількості осіб як з наявним, так і з відсутнім попереднім досвідом військової служби дозволить провести порівняльний аналіз та визначити, як цей фактор впливає на прояви симптомів ПТСР у учасників бойових дій на етапі реінтеграції.

Аналізуючи розподіл учасників дослідження за тривалістю військової служби, можна відзначити значну варіативність цього показника в дослідженій вибірці. Найбільша група респондентів (42,5%, 17 осіб) має досвід служби тривалістю від 12 до 18 місяців. Друга за чисельністю група (22,5%, 9 осіб) складається з військовослужбовців, які перебувають на службі більше 30 місяців.

Середньотривалий досвід служби (від 18 до 30 місяців) мають рівні за чисельністю групи учасників: по 12,5% (по 5 осіб) у кожній із двох категорій – від 18 до 24 місяців та від 24 до 30 місяців. Значно менша кількість респондентів має короткотривалий досвід служби: 7,5% (3 особи) служили від 6 до 12 місяців, і лише 2,5% (1 особа) – менше 6 місяців.

Розподіл вибірки за тривалістю проходження військової служби є важливим фактором для аналізу проявів симптомів ПТСР у учасників бойових дій. Тривалість перебування в умовах бойових дій часто корелює з інтенсивністю та частотою впливу травматичних подій, що може бути суттєвим чинником розвитку посттравматичного стресового розладу.

Така значна нерівномірність розподілу респондентів за тривалістю проходження військової служби у бойових частинах в межах нашої вибірки

створює методологічні труднощі для проведення статистично обґрунтованого порівняльного аналізу. Зокрема, групи з малою кількістю респондентів (до 6 місяців - 1 особа та від 6 до 12 місяців - 3 особи) є недостатньо репрезентативними для формулювання обґрунтованих висновків.

Обґрунтування нового поділу вибірки

Для забезпечення більшої статистичної надійності результатів дослідження та можливості проведення коректного порівняльного аналізу доцільно реорганізувати структуру вибірки, об'єднавши респондентів у дві приблизно рівні за чисельністю групи:

Група з тривалістю служби до 18 місяців (21 особа, 52,5% вибірки)

Група з тривалістю служби більше 18 місяців (19 осіб, 47,5% вибірки)

Подібний поділ має низку методологічних переваг:

Статистична збалансованість - групи мають приблизно рівну кількість респондентів (21 та 19 осіб), що забезпечує більшу достовірність порівняльного аналізу.

Репрезентативність вибірки - кожна група містить достатню кількість респондентів для формулювання статистично обґрунтованих висновків.

Відповідність реальній структурі тривалості служби - запропонований поділ враховує природну точку розподілу в досліджуваній вибірці, оскільки найбільша група респондентів (42,5%) має досвід служби від 12 до 18 місяців.

Аналіз розподілу респондентів за наявністю інвалідності показує, що більшість учасників дослідження (65,0%, 26 осіб) не мають оформленої інвалідності, тоді як 35,0% (14 осіб) мають групу інвалідності внаслідок бойових дій або загострення хронічних захворювань під час служби.

Наявність інвалідності є важливим фактором для розуміння фізичного та психологічного стану учасників бойових дій. Інвалідність може бути наслідком різноманітних травматичних впливів, отриманих під час виконання бойових завдань, включаючи вогнепальні та осколкові поранення, контузії, акубаротравми, наслідки мінно-вибухової травми, а також загострення

хронічних захворювань у польових умовах та в умовах постійного стресу та психологічного виснаження організму.

Особливо варто відзначити, що наявність інвалідності може суттєво впливати на особливості проявів симптомів ПТСР, адже фізичні обмеження та постійний біль можуть посилювати психологічний дистрес та ускладнювати процес психологічної реабілітації.

Для учасників бойових дій старших вікових груп характерний вищий ризик розвитку інвалідності через додаткове навантаження на організм в умовах бойових дій та загострення існуючих хронічних захворювань. Такі особливості важливо враховувати при аналізі проявів ПТСР у різних вікових категоріях.

Представленість у вибірці значної кількості як осіб з інвалідністю, так і без неї, дозволить провести порівняльний аналіз впливу фізичних травм та обмежень на інтенсивність проявів симптомів ПТСР.

2.2. Аналіз результатів дослідження особливостей прояву симптомів ПТСР в учасників бойових дій та чинників, які впливають на рівень їх вираженості

Для більш ґрунтовного аналізу теоретичних положень та визначення особливостей прояву симптомів ПТСР в учасників бойових дій нами було проведено емпіричне дослідження.

Дослідження особливостей прояву симптомів ПТСР в учасників бойових дій передбачало проведення опитування, спрямованого на виконання двох основних завдань, які дозволяють встановити загальний рівень прояву симптомів ПТСР в учасників бойових дій; кількісне вираження травматичної симптоматики за основними групами симптомів ПТСР (субшкалами), та визначити чинники, які впливають на рівень їх вираженості.

Розпочнімо з визначення загального рівня прояву симптомів ПТСР в учасників бойових дій.

З метою визначення специфіки прояву ПТСР в учасників бойових дій в межах нашої вибірки нами було проведено дослідження за опитувальником «Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу (військовий варіант)» [31].

Аналіз отриманих даних (рис. 2.1) дозволив встановити загальний розподіл вірогідності ПТСР залежно від ступеня вираженості симптомів ПТСР в учасників бойових дій в межах нашої вибірки.

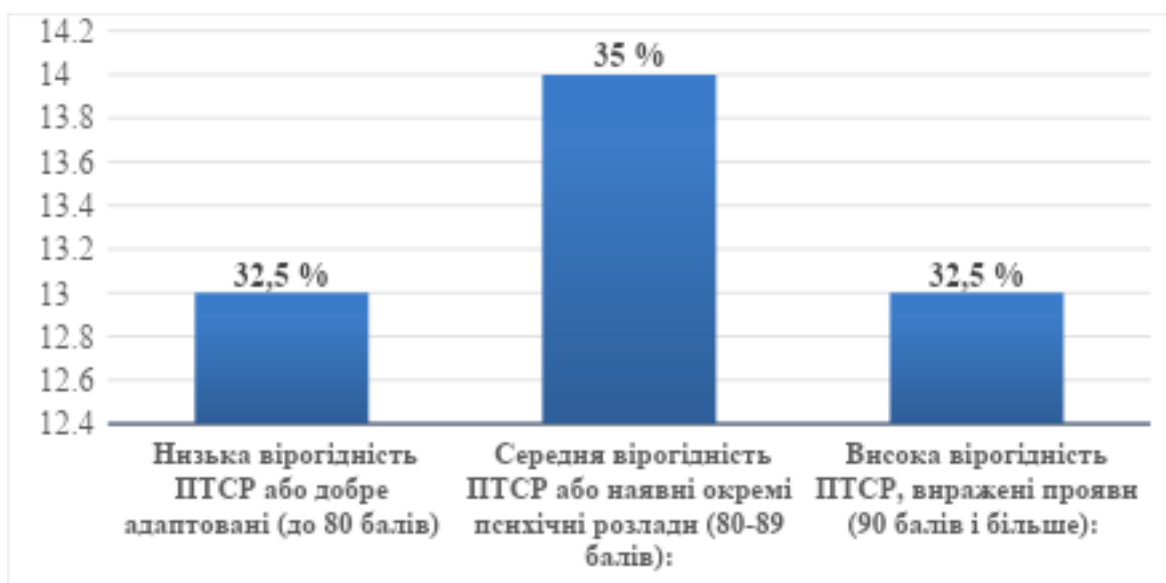


Рис. 2.1 Розподіл вірогідності ПТСР залежно від ступеня вираженості симптомів в учасників бойових дій (n = 40)

Таким чином, було встановлено, що хорошу психологічну адаптованість після травматичного досвіду (до 80 балів) демонструють 13 респондентів, що становить 32,5 % від загальної вибірки. Разом з тим, середню вірогідність ПТСР з наявними окремими психічними розладами (80-89 балів), характерними для посттравматичного стресового розладу, мають 14 учасників дослідження, що становить 35 % від загальної вибірки. Відповідно високу вірогідність ПТСР з клінічно значущими прояви симптомів ПТСР (90 балів і вище) демонструють 13 респондентів – 32,5 % від загальної вибірки.

Такий розподіл показників вказує на те, що 67,5% учасників бойових дій в межах нашої вибірки (сума середньої та високої вірогідності ПТСР)

мають ознаки психотравматизації різного ступеня вираженості, що потребує значної психологічної корекції та підтримки. Важливо відзначити, що третина досліджуваних (32,5%) має високу вірогідність ПТСР, що свідчить про необхідність спеціалізованої психологічної допомоги для цієї категорії учасників бойових дій.

З метою визначення загального рівня прояву симптомів ПТСР в учасників бойових дій та з метою детального аналізу ступеня вираженості окремих груп симптомів ПТСР за субшкалами і шкалою депресії нами було проведено дослідження за Опитувальником травматичного стресу І.О. Котеньова. На основі отриманих емпіричних даних та використовуючи критичні інтервальні значення за шкалою Т-балів, нами було здійснено розподіл респондентів за рівнем загальної вираженості в них проявів симптомів ПТСР (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Розподіл респондентів за рівнем вираженості симптомів ПТСР (за Опитувальником травматичного стресу І.О. Котеньова) (n = 40)

Загальний рівень прояву симптомів ПТСР	Критичні інтервальні значення за шкалою Т-балів	Кількість респондентів	Відсоток від загальної вибірки
Відсутність симптомів ПТСР	до 50	2	5%

Продовж. табл. 2.2

Загальний рівень прояву симптомів ПТСР	Критичні інтервальні значення за шкалою Т-балів	Кількість респондентів	Відсоток від загальної вибірки
Незначна вираженість	50-64	17	42,5%
Часткова вираженість	65-69	6	15%
Явна вираженість	70-79	9	22,5%
Повна вираженість	80 і більше	6	15%
Всього		40	100%

Так, з даних, наведених у табл. 2.2, випливає, що у більшості частини респондентів (42,5%) спостерігається незначна вираженість симптомів ПТСР. Це вказує на наявність окремих симптомів постстресового стану, які не досягають порогу діагностичних критеріїв клінічного розладу. При цьому у 15% досліджуваних діагностується часткова вираженість симптомів ПТСР. У цієї категорії респондентів симптоматика проявляється більш систематично і може періодично спричиняти дискомфорт та ускладнення у повсякденному функціонуванні, хоча й не досягає рівня повного клінічного розладу. Особливу увагу привертає той факт, що 37,5% досліджуваних (22,5% з явною та 15% з повною вираженістю) демонструють клінічно значущі прояви ПТСР, що свідчить про наявність серйозних психологічних порушень, які потребують спеціалізованої психотерапевтичної або психіатричної допомоги. Цей показник є досить високим і відображає значний негативний психологічний вплив бойового досвіду на дану категорію ветеранів. І лише 5% учасників дослідження не виявили симптомів ПТСР за результатами методики, що можна розглядати як показник високої резильєнтності та ефективних механізмів психологічної адаптації у цих осіб.

Таким чином, загальний аналіз показників ПТСР у досліджуваній вибірці свідчить про переважання незначного та помірного рівнів вираженості симптомів ПТСР (42,5%), однак більше третини вибірки (37,5%) демонструє клінічно значущі прояви ПТСР (явна та повна вираженість), що вказує на необхідність професійної психологічної допомоги для цієї категорії учасників бойових дій.

Детальний аналіз розподілу респондентів за явною та повною вираженістю симптомів ПТСР за всіма субшкалами наведений у табл. 2.3.

Таблиця 2.3

**Розподіл респондентів за явною та повною вираженістю
симптомів ПТСР за субшкалами
(за Опитувальником травматичного стресу І.О. Котеньова) (n = 40)**

Субшкала ПТСР	Явна вираженість		Повна вираженість		Сума (клінічно	
------------------	---------------------	--	----------------------	--	-------------------	--

					значущі прояви)	
	Кількість осіб	%	Кількість осіб	%	Кількість осіб	%
A1 (подія травми)	8	20,0	0	0,0	8	20,0
Повторне переживання травми	6	15,0	7	17,5	13	32,5
Симптоми уникнення	10	25,0	6	15,0	16	40,0
Симптоми гіперактивації	6	15,0	7	17,5	13	32,5
Дистрес і дезадаптація	15	37,5	2	5,0	17	42,5
Шкала депресії	6	15,0	5	12,5	11	27,5

Порівнюючи отримані дані з табл. 2.3. нами було виявлено кілька важливих тенденцій:

1. Дистрес і дезадаптація є найбільш проблемною сферою серед досліджуваних учасників бойових дій. У 42,5% респондентів спостерігаються клінічно значущі прояви (явна та повна вираженість) цієї субшкали, причому у 37,5% виявлено явну вираженість симптомів дистресу та дезадаптації. Це свідчить про значні труднощі з психологічною адаптацією та соціальним функціонуванням у майже половини обстежених військовослужбовців.

2. Симптоми уникнення також демонструють високий рівень клінічно значущих проявів – у 40% досліджуваних. Це вказує на те, що значна частина учасників бойових дій активно уникає стимулів, пов'язаних із травматичним досвідом, що може негативно впливати на їхню повсякденну діяльність та соціальну взаємодію.

3. Повторне переживання травми та симптоми гіперактивації присутні на клінічно значущому рівні у однакової кількості респондентів – 32,5%. Це свідчить про те, що третина досліджуваних страждає від нав'язливих спогадів, флешбеків, кошмарів, а також демонструє підвищену збудливість, проблеми зі сном, дратівливість та труднощі з концентрацією уваги.

4. Депресивна симптоматика на клінічно значущому рівні спостерігається у 27,5% учасників дослідження. Ця супутня симптоматика може ускладнювати перебіг ПТСР та негативно впливати на якість життя військовослужбовців.

5. Симптоми, пов'язані з травматичною подією (субшкала A1), проявляються на клінічно значущому рівні у 20% респондентів, причому лише на рівні явної вираженості, без проявів повної вираженості. Це може свідчити про певну адаптацію до факту переживання травматичної події, хоча інші симптоми ПТСР залишаються вираженими.

Цікаво відзначити, що розподіл симптомів за субшкалами є неоднорідним. Найбільше респондентів має проблеми з дистресом і дезадаптацією, а також симптомами уникнення, тоді як безпосередньо усвідомлення травматичної події (субшкала A1) викликає клінічно значущі прояви у меншій кількості досліджуваних.

Отримані результати вказують на необхідність комплексного підходу до психологічної реабілітації учасників бойових дій, з особливим фокусом на подоланні дистресу, покращенні адаптаційних механізмів, а також роботі з симптомами уникнення, які значно обмежують можливості повноцінного функціонування у суспільстві. Важливо також звертати увагу на супутню депресивну симптоматику, яка потребує специфічних терапевтичних інтервенцій.

При більш детальному аналізі нами також було виявлено певні тенденції щодо розподілу клінічно значущих проявів ПТСР між різними віковими групами учасників бойових дій (рис.2.2).

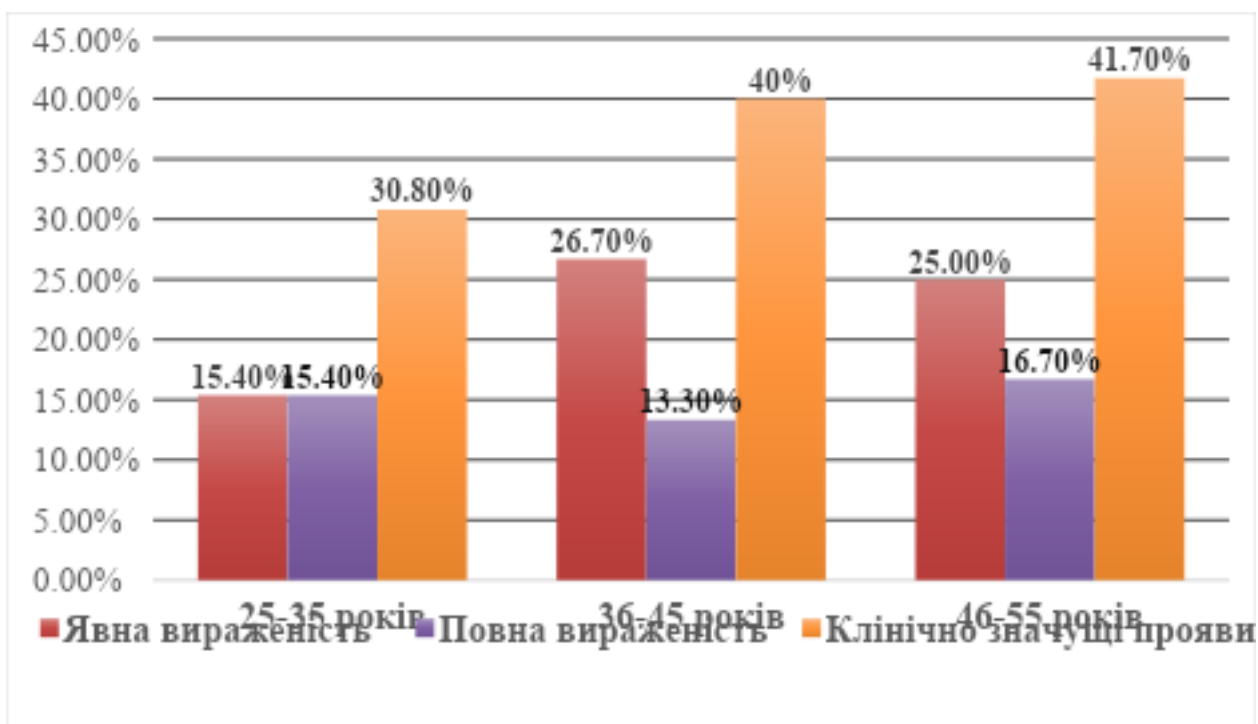


Рис. 2.2 Розподіл клінічно значущих проявів ПТСР між різними віковими групами учасників бойових дій ($n_1 = 13$; $n_2 = 15$; $n_3 = 12$)

Аналізуючи дані на рис. 2.2, слід зазначити, що хоча спостерігається певна тенденція до зростання відсотка осіб з клінічно значущими проявами ПТСР зі збільшенням віку (від 30,8% у молодшій групі до 41,7% у старшій), ці відмінності не є достатньо вираженими для встановлення чіткого зв'язку між віком та вираженістю симптомів ПТСР.

Різниця між найнижчим (30,8% у групі 25-35 років) та найвищим (41,7% у групі 46-55 років) показниками становить лише близько 11%, що при такому розмірі вибірки (12-15 осіб у кожній групі) не дозволяє стверджувати про статистично значущий зв'язок. Фактично, ця різниця може бути обумовлена випадковими факторами або особливостями конкретної вибірки.

Крім того, розподіл між явною та повною вираженістю симптомів є доволі рівномірним у всіх вікових групах, що також підтверджує відсутність чіткої залежності вираженості симптомів ПТСР від віку респондентів.

Таким чином, на основі отриманих даних немає достатніх підстав стверджувати про наявність значущого зв'язку між віковою категорією та

вираженістю проявів ПТСР у учасників бойових дій. Клінічно значущі прояви ПТСР приблизно з однаковою частотою зустрічаються в усіх вікових групах, що свідчить про те, що травматичний досвід бойових дій може спричиняти розвиток ПТСР незалежно від віку військовослужбовця.

Окрім вікового розподілу, важливим аспектом нашого дослідження є аналіз взаємозв'язку між сімейним станом учасників бойових дій та проявами симптомів ПТСР. Для більш детального розуміння цього питання ми проаналізували розподіл вираженості симптомів ПТСР в учасників бойових дій залежно від їхнього сімейного стану (табл. 2.4).

Таблиця 2.4

**Розподіл респондентів за рівнем вираженості симптомів ПТСР
залежно від сімейного стану
(за Опитувальником травматичного стресу І.О. Котеньова)**

Загальний рівень прояву симптомів ПТСР	Одружені ($n_1 = 24$)	Не одружені ($n_2 = 16$)
	Кількість осіб	%
Відсутність симптомів ПТСР	0	0,0
Незначна вираженість	14	58,3
Часткова вираженість	4	16,7
Явна вираженість	5	20,8
Повна вираженість	1	4,2
Сума клінічно значущих проявів (явна та повна вираженість)	6	25,0

Аналіз даних, представлених у таблиці 2.4, демонструє важливі відмінності в розподілі симптомів ПТСР між одруженими та неодруженими учасниками бойових дій.

Серед одружених учасників більшість (58,3%) демонструє незначну вираженість симптомів ПТСР, тоді як серед неодружених цей показник значно нижчий – лише 18,75%. Це може свідчити про позитивний вплив сімейної підтримки на психологічний стан військовослужбовців.

Особливу увагу привертає факт, що клінічно значущі прояви ПТСР (явна та повна вираженість симптомів) спостерігаються у 25,0% одружених респондентів, тоді як серед неодружених цей показник сягає 56,25%. Ця різниця є досить суттєвою і може вказувати на те, що наявність сімейних

стосунків може виступати як захисний фактор щодо розвитку тяжких форм посттравматичних стресових розладів.

Повна вираженість симптомів ПТСР у неодружених учасників бойових дій (31,25%) спостерігається значно частіше, ніж у одружених (4,2%). Це вказує на те, що відсутність сімейної підтримки може бути пов'язана зі збільшенням ризику розвитку найбільш тяжких форм ПТСР.

Цікаво відзначити, що серед одружених учасників дослідження не виявлено жодного випадку повної відсутності симптомів ПТСР, тоді як серед неодружених таких осіб було 12,5%. Це може свідчити про те, що сімейні стосунки, хоча і є захисним фактором щодо розвитку тяжких форм ПТСР, можуть також бути джерелом певної психологічної напруги через необхідність реадaptaції до сімейного життя після повернення з зони бойових дій.

Таким чином, результати проведеного аналізу дають підстави нам стверджувати, що сімейний стан є важливим чинником, який впливає на рівень вираженості симптомів ПТСР в учасників бойових дій. Наявність сімейних стосунків виступає як захисний фактор щодо розвитку тяжких форм посттравматичних стресових розладів, особливо в аспектах дистресу, дезадаптації, симптомів гіперактивації та депресивних проявів.

Отримані результати підтверджують нашу гіпотезу про взаємозв'язок між соціальною підтримкою та психологічним станом учасників бойових дій на етапі реінтеграції та відновлення. Сімейне оточення може виступати як значущий ресурс для подолання наслідків психотравматичного досвіду, що вказує на необхідність включення сімейного компонента в програми психологічної реабілітації учасників бойових дій.

Проте варто зазначити, що незначна вираженість симптомів ПТСР у більшості одружених учасників дослідження (58,3%) не виключає наявності певних психологічних проблем, які потребують уваги фахівців. Крім того, відсутність випадків повної відсутності симптомів ПТСР серед одружених респондентів може вказувати на те, що сімейні стосунки, хоча і є захисним

фактором, можуть також бути джерелом певної психологічної напруги через необхідність реадaptaції до сімейного життя після повернення з зони бойових дій.

Ще одним важливим аспектом нашого дослідження є аналіз розподілу вираженості симптомів ПТСР у учасників бойових дій залежно від тривалості їхньої служби в бойових частинах (табл. 2.5).

Таблиця 2.5

Розподіл респондентів за рівнем вираженості симптомів ПТСР залежно від тривалості проходження військової служби у бойових частинах (за Опитувальником травматичного стресу І.О. Котеньова)

Загальний рівень прояву симптомів ПТСР	До 18 місяців ($n_1 = 21$)	Більше 18 місяців ($n_2 = 19$)
	Кількість осіб	%
Відсутність симптомів ПТСР	1 (4,8%)	1 (5,3%)
Незначна вираженість	7 (33,3%)	10 (52,6%)
Часткова вираженість	2 (9,5%)	4 (21,1%)
Явна вираженість	4 (19,0%)	5 (26,3%)
Повна вираженість	7 (33,3%)	0 (0,0%)
Сума клінічно значущих проявів (явна та повна вираженість)	11 (52,4%)	5 (26,3%)

Аналіз даних, представлених у таблиці 2.5, демонструє важливі відмінності в розподілі симптомів ПТСР між учасниками бойових дій з різною тривалістю служби.

Серед основних тенденцій впливу тривалості служби на прояви симптомів ПТСР у учасників бойових дій, на нашу думку, слід виділити наступні:

1) зниження частоти тяжких форм ПТСР із збільшенням тривалості служби - серед військовослужбовців з досвідом служби до 18 місяців 52,4% демонструють клінічно значущі прояви ПТСР (явну та повну вираженість симптомів), тоді як серед військовослужбовців з досвідом більше 18 місяців цей показник становить лише 26,3%. Ця різниця є суттєвою і може вказувати на важливі психологічні механізми адаптації;

2) відмінність у розподілі тяжких форм ПТСР - було помічено, що серед військовослужбовців з досвідом служби до 18 місяців 33,3% демонструють повну вираженість симптомів ПТСР, тоді як серед військовослужбовців з тривалістю служби більше 18 місяців такі випадки не виявлені. Це може свідчити про критичний період адаптації в інтервалі 13–18 місяців служби;

3) зростання частоти незначної та часткової вираженості симптомів у групі з більшою тривалістю служби – 73,7% учасників з досвідом більше 18 місяців демонструють незначну або часткову вираженість симптомів, порівняно з 42,8% у групі з меншим досвідом. Ця тенденція може відображати поступове формування механізмів психологічної адаптації.

3) вплив «ефекту відбору» – було помічено, що серед осіб, які продовжують службу більше 18 місяців, переважають ті, хто має кращі показники психологічної стійкості. Військовослужбовці з тяжкими проявами ПТСР, особливо після бойових поранень і травм, частіше завершують службу до досягнення цього терміну.

4) критичний період психологічного навантаження – наші дані корелюють із спостереженнями про те, що найбільш вразливим періодом є 13–18 місяців служби, коли вплив травматичного стресу на військовослужбовців досягає максимуму внаслідок виснаження психічних ресурсів та подолання психологічного бар'єру першого року служби;

5) простежується тенденція, коли рівень психологічних ресурсів з тривалістю проходження служби поступово зменшується, досягаючи критичного рівня близько 18 місяців, а потім або стабілізується у психологічно стійких військовослужбовців, або призводить до дострокового завершення служби у випадку розвитку тяжких форм ПТСР.

Отже, можна зробити висновок, що фактор тривалості проходження військової служби у бойових частинах є важливим чинником, який суттєво впливає на ступінь психологічної травматизації комбатантів. Наш аналіз виявив існування чітких відмінностей у проявах симптомів ПТСР між військовослужбовцями з різною тривалістю бойового досвіду. Методологічно

обґрунтований поділ вибірки на дві групи (до 18 місяців та більше 18 місяців) дозволив встановити, що військовослужбовці з тривалістю служби до 18 місяців демонструють значно вищу частоту тяжких форм ПТСР (52,4% проти 26,3% у групі з більшим терміном служби).

Наступним аспектом нашого дослідження є аналіз розподілу вираженості симптомів ПТСР в учасників бойових дій в залежності від наявності інвалідності (табл. 2.6).

Таблиця 2.6

**Розподіл респондентів за рівнем вираженості симптомів ПТСР
залежно від наявності інвалідності
(за Опитувальником травматичного стресу І.О. Котеньова)**

Загальний рівень прояву симптомів ПТСР	з інвалідністю (n₁ = 14)	%	Без інвалідності (n₂ = 26)	%
	Кількість осіб	%	Кількість осіб	%
Відсутність симптомів ПТСР	0	0,0	2	7,7
Незначна вираженість	5	35,7	12	46,2
Часткова вираженість	1	7,1	5	19,2
Явна вираженість	1	7,1	7	26,9
Повна вираженість	7	50,0	0	0
Сума клінічно значущих проявів (явна та повна вираженість)	8	57,1	7	26,9

З метою детальнішого унаочнення результатів статистичного опрацювання даних, одержаних у процесі розподілу респондентів за рівнем вираженості симптомів ПТСР залежно від наявності інвалідності (за Опитувальником травматичного стресу І.О. Котеньова) нижче розміщуємо також діаграму такого розподілу (рис. 2.3)



Рис. 2.3 Розподіл вираженості симптомів ПТСР в учасників бойових дій з інвалідністю та без інвалідності (n = 40)

Як видно з табл. 2.6 та з рис. 2.3, аналіз розподілу вираженості симптомів ПТСР залежно від наявності інвалідності у учасників бойових дій демонструє суттєві відмінності між досліджуваними групами. Серед ключових тенденцій вважаємо доцільним виділити наступні:

1) відмінність у частоті клінічно значущих проявів ПТСР – у групі військовослужбовців з інвалідністю спостерігається значно вищий відсоток клінічно значущих проявів ПТСР (57,1 %) порівняно з групою без інвалідності (26,9 %). Така різниця, що більш ніж вдвічі перевищує показники другої групи, переконливо свідчить про вагомий вплив інвалідності на розвиток тяжких форм ПТСР;

2) найбільша відмінність виявлена в категорії повної вираженості симптомів ПТСР – 50 % учасників бойових дій з інвалідністю демонструють максимальний рівень прояву симптоматики, тоді як серед військовослужбовців без інвалідності таких випадків не зафіксовано взагалі (0 %). Це вказує на те, що наявність інвалідності може бути критичним фактором, який суттєво підвищує ризик розвитку найтяжчих форм ПТСР;

3) переважання незначної та часткової вираженості симптомів у військовослужбовців без інвалідності – загалом 65,4 % військовослужбовців

без інвалідності демонструють незначну або часткову вираженість симптомів ПТСР, порівняно з 42,8 % у групі з інвалідністю. Це може свідчити про кращі адаптаційні можливості та вищий рівень психологічної стійкості у осіб без фізичних обмежень, пов'язаних з інвалідністю;

4) Відсутність випадків без симптомів ПТСР у групі з інвалідністю – серед учасників бойових дій з інвалідністю не виявлено жодного випадку повної відсутності симптомів ПТСР (0 %), тоді як у групі без інвалідності такі випадки складають 7,7 %. Це підтверджує, що інвалідність, отримана в результаті бойових дій, практично завжди супроводжується певним рівнем психологічної травматизації.

5) різний розподіл явної вираженості симптомів – серед військовослужбовців без інвалідності значно вищий відсоток осіб з явною вираженістю симптомів ПТСР (26,9 % проти 7,1 % у групі з інвалідністю). Це може бути пов'язано з тим, що у групі з інвалідністю переважна більшість випадків ПТСР переходить у категорію повної вираженості, минаючи стадію явної вираженості.

Таким чином, проведений аналіз розподілу вираженості симптомів ПТСР залежно від наявності інвалідності в учасників бойових дій демонструє, що наявність інвалідності є потужним фактором ризику розвитку тяжких форм посттравматичного стресового розладу. Отримані результати можна пояснити низкою взаємопов'язаних механізмів. По-перше, фізичні травми, що призвели до інвалідності, часто є результатом особливо травматичних подій (поранення, контузії, мінно-вибухові травми та інші), які самі по собі мають високий потенціал для розвитку ПТСР. По-друге, постійний фізичний біль та обмеження функціональних можливостей можуть діяти як постійний тригер, що підтримує та посилює симптоми ПТСР. По-третє, інвалідність часто призводить до значних змін у соціальному статусі, професійній реалізації та самосприйнятті особистості, що створює додаткове психологічне навантаження.

Важливо відзначити, що навіть серед військовослужбовців без інвалідності рівень проявів ПТСР залишається достатньо високим (26,9 % мають клінічно значущі прояви), що підтверджує загальну травматичність бойового досвіду незалежно від наявності фізичних травм.

Результати дослідження підкреслюють необхідність комплексного підходу до психологічної реабілітації учасників бойових дій, особливу увагу при цьому приділяючи військовослужбовцям з інвалідністю. Програми реабілітації повинні включати як заходи з фізичної реабілітації та адаптації до нових умов життя, так і спеціалізовану психологічну допомогу, спрямовану на подолання симптомів ПТСР, з урахуванням особливостей психологічного стану осіб з інвалідністю.

З метою визначення рівня бойового стресу в учасників бойових дій як чинника, що зумовлює виникнення проявів симптомів ПТСР, нами було проведено дослідження за методикою «Опитувальник бойового стресу Блінова О. А.» (ОБСБ). Використання даної методики зумовлене тим, що бойовий стрес виступає одним із ключових факторів, які впливають на психологічний стан військовослужбовців та можуть призводити до розвитку посттравматичного стресового розладу.

Опитувальник бойового стресу Блінова О.А. (ОБСБ) дозволяє комплексно оцінити бойовий стрес та складається з чотирьох взаємопов'язаних субшкал, що дає можливість всебічно дослідити різні аспекти психотравматизації учасників бойових дій. Структура опитувальника передбачає оцінку гострих стресових розладів і ПТСР, ресурсного потенціалу особистості, а також факторів безпосереднього та опосередкованого емоційного впливу, що дозволяє виявити не лише наслідки бойового стресу, але й ті ресурси, які допомагають військовослужбовцям долати його негативний вплив.

У ході дослідження було проаналізовано інтегральні показники бойового стресу у 40 військовослужбовців, які брали участь у бойових діях. Аналіз інтегрального показника бойового стресу дозволив визначити

загальний рівень психотравматизації респондентів та оцінити потенційний ризик розвитку ПТСР.

Інтегральний показник обчислювався як середнє арифметичне всіх субшкал опитувальника. Відповідно до інтерпретації результатів методики, всі досліджувані були розподілені на три групи за рівнем бойового стресу: низький (1,0 – 2,66 бала), середній (2,67 – 3,90 бала) та високий (3,91 – 5,0 бала). Отримані результати представлені в табл. 2.7.

Таблиця 2.7

**Розподіл респондентів за рівнем їхнього інтегрального показника бойового стресу
(за Опитувальником бойового стресу Блінова О.А. (ОБСБ) (n=40))**

Рівень бойового стресу	Діапазон значень	Кількість осіб	Відсоток
Низький рівень	1,0 – 2,66 бала	5	12,5 %
Середній рівень	2,67 – 3,90 бала	30	75,0 %
Високий рівень	3,91 – 5,0 бала	5	12,5 %
Загалом		40	100 %

Для наочного представлення отриманих результатів статистичного опрацювання даних, одержаних у процесі розподілу респондентів за рівнем за рівнем їхнього інтегрального показника бойового стресу (за Опитувальником бойового стресу Блінова О.А. (ОБСБ) було побудовано також діаграму такого розподілу (рис. 2.4.).

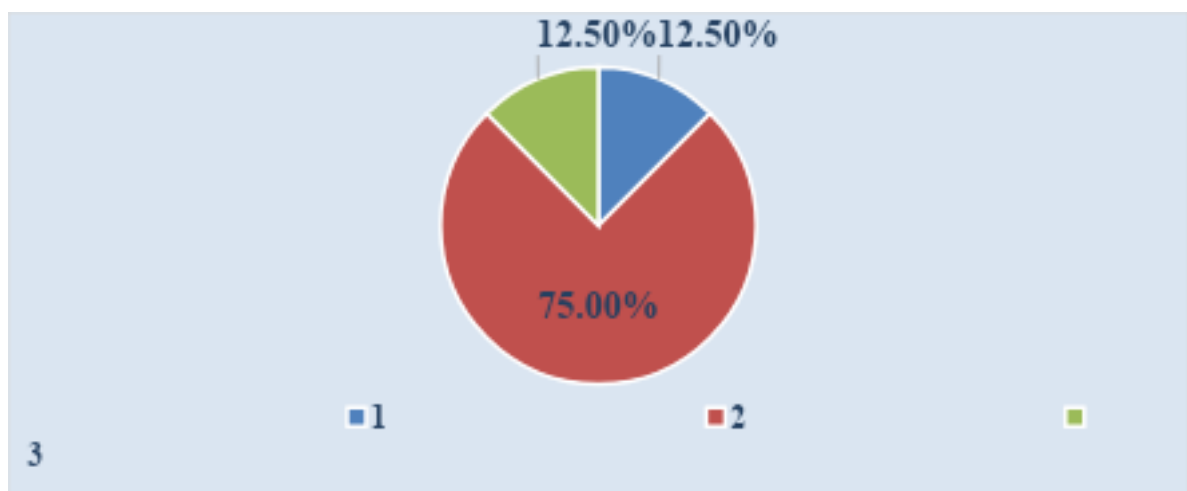


Рис. 2.4 Розподіл досліджуваних за рівнем інтегрального показника бойового стресу

(за Опитувальником бойового стресу Блінова О.А. (ОБСБ) (n = 40))

Як видно з табл. 2.8 та з рис. 2.4, більшість досліджуваних учасників бойових дій (75%) мають середній рівень бойового стресу. Переважання середнього рівня бойового стресу у досліджуваній вибірці вказує на те, що більшість учасників бойових дій перебуває у стані адаптації до пережитого травматичного досвіду із залученням особистісних ресурсів, однак цей процес супроводжується певним психологічним напруженням. Це проявляється у певних змінах психоемоційного стану, зокрема підвищеній ситуативній дратівливості, періодичних розладах сну, тривожності, а це, в свою чергу, може зумовлювати прояви симптомів ПТСР за відсутності належної психологічної підтримки.

Високий рівень бойового стресу, виявлений у 12,5% досліджуваних, вказує на значне психологічне виснаження цих військовослужбовців та високу ймовірність розвитку дезадаптивних станів, що суттєво підвищує ризик розвитку ПТСР. У цих військовослужбовців присутні такі симптоми, як: постійне відчуття тривоги та страху, депресивний настрій, відчуття безвиході та безпорадності, нав'язливі спогади про бойові дії. Ця група потребує особливої уваги фахівців, оскільки високий рівень бойового стресу є провідним чинником, що зумовлює виникнення проявів симптомів ПТСР.

Низький рівень бойового стресу, зафіксований також у 12,5% досліджуваних, свідчить про достатній рівень психологічної адаптованості цих військовослужбовців до стрес-факторів бойової діяльності, що відповідно знижує ризик розвитку проявів симптомів ПТСР. У цих військовослужбовців симптоми бойового стресу були відсутні або були незначними.

Для більш детального розуміння особливостей бойового стресу як чинника розвитку ПТСР нами було проведено аналіз показників за окремими субшкалами опитувальника ОБСБ. Це дозволило виявити специфічні аспекти психотравматизації військовослужбовців та оцінити їх вплив на формування симптомів ПТСР.

Розпочнемо аналіз показників з субшкали № 1 (ГСР_ПТСР) – гострі стресові розлади і посттравматичні стресові розлади. Ця субшкала безпосередньо вимірює вираженість симптомів, характерних для гострого стресового розладу та ПТСР, і тому має особливе значення для прогнозування ризику розвитку ПТСР в учасників бойових дій. Згідно з отриманими даними, низький рівень показників за субшкалою ГСР_ПТСР мають 15% досліджуваних, що свідчить про відсутність або мінімальний прояв симптомів, характерних для гострого стресового розладу чи ПТСР. Ці військовослужбовці демонструють високий рівень психологічної стійкості до бойового стресу.

Середній рівень зафіксовано у 72,5% комбатантів, що вказує на наявність окремих симптомів ГСР або ПТСР, але не в повному діагностичному обсязі. Такі результати є тривожними, оскільки демонструють, що більшість учасників бойових дій перебуває на межі розвитку стресових розладів і потребує профілактичних заходів для попередження формування повноцінного ПТСР.

Високий рівень спостерігається у 12,5 % досліджуваних, що вказує на виражену симптоматику, яка може відповідати діагностичним критеріям ГСР або ПТСР. Ця група військовослужбовців потребує невідкладної психологічної допомоги, оскільки високі показники за субшкалою ГСР_ПТСР є прямим індикатором розвитку посттравматичного стресового розладу.

Далі перейдемо до аналізу субшкали № 2 (РБ) – ресурсний блок. Ресурсний блок є важливим компонентом опитувальника, оскільки дозволяє оцінити потенціал особистості для подолання наслідків бойового стресу, а отже, і здатність протистояти розвитку ПТСР. Аналіз субшкали № 2 (РБ) показав, що низький рівень ресурсного потенціалу мають 17,5% досліджуваних, що свідчить про обмеженість психологічних ресурсів для подолання наслідків травматичного стресу. Ця група військовослужбовців знаходиться у зоні підвищеного ризику розвитку ПТСР, оскільки дефіцит

ресурсів не дозволяє їм ефективно справлятися з психотравмуючими факторами бойових дій.

Середній рівень виявлено у 72,5% учасників бойових дій. Ці військовослужбовці мають достатній потенціал для психологічної адаптації, але потребують його зміцнення для ефективного протистояння бойовому стресу та запобігання розвитку ПТСР.

Високий рівень ресурсного потенціалу зафіксовано лише у 10 % досліджуваних, що вказує на добре розвинені копінг-стратегії та високу стресостійкість. Ця група має найнижчий ризик розвитку ПТСР завдяки значним внутрішнім ресурсам для подолання наслідків бойового стресу.

Отримані дані підтверджують, що ресурсний потенціал особистості є важливим захисним фактором, який може запобігати розвитку ПТСР навіть за умови високого рівня бойового стресу. Тому розвиток психологічних ресурсів має бути одним із ключових напрямків роботи з учасниками бойових дій для профілактики стресових розладів.

Наступною субшкалою в нашому аналізі є субшкала № 3 (ФБЕВ) . Ця субшкала оцінює вплив факторів, які безпосередньо емоційно впливають на особистість військовослужбовця і можуть бути тригерами розвитку ПТСР. За даною субшкалою низький рівень виявлено у 15% досліджуваних, що вказує на незначний вплив безпосередніх емоційних стресорів на цих військовослужбовців. Такі результати свідчать про наявність ефективних механізмів психологічного захисту, які знижують ризик розвитку ПТСР.

Середній рівень зафіксовано у 70% комбатантів. Ці респонденти відчують помірний вплив факторів, що безпосередньо емоційно впливають на особистість, що може сприяти формуванню окремих симптомів ПТСР.

Високий рівень спостерігається у 15% досліджуваних, що свідчить про інтенсивний вплив емоційних стресорів, які можуть негативно позначатися на психологічному благополуччі та суттєво підвищувати ризик розвитку ПТСР. Ця група вимагає особливої уваги, оскільки високий рівень впливу

безпосередніх емоційних стресорів є важливим чинником, що зумовлює виникнення симптомів ПТСР.

Остання четверта субшкала № 4 (ФОВ) оцінює вплив факторів, які опосередковано емоційно впливають на особистість військовослужбовця, створюючи загальний несприятливий фон, на якому можуть розвиватися симптоми ПТСР. Аналіз за цією шкалою показує, що низький рівень впливу опосередкованих емоційних стресорів характерний для 17,5 % досліджуваних, що вказує на їхню відносну захищеність від цього аспекту бойового стресу.

Середній рівень виявлено у 67,5% військовослужбовців. Ці комбатанти відчують помірний вплив факторів, які опосередковано впливають на їхній емоційний стан, що може сприяти загальному зниженню психологічної стійкості та підвищувати вразливість до розвитку ПТСР.

Високий рівень зафіксовано у 15% досліджуваних, що свідчить про значний вплив опосередкованих стресорів на психологічний стан цих військовослужбовців. Така ситуація є небезпечною з точки зору розвитку ПТСР, оскільки опосередковані стресори можуть посилювати дію безпосередніх емоційних факторів, створюючи накопичувальний ефект психотравматизації.

Для більш повного розуміння структури бойового стресу як чинника розвитку ПТСР було проведено порівняльний аналіз розподілу досліджуваних за рівнями показників різних субшкал опитувальника. Результати представлені на рис. 2.5.

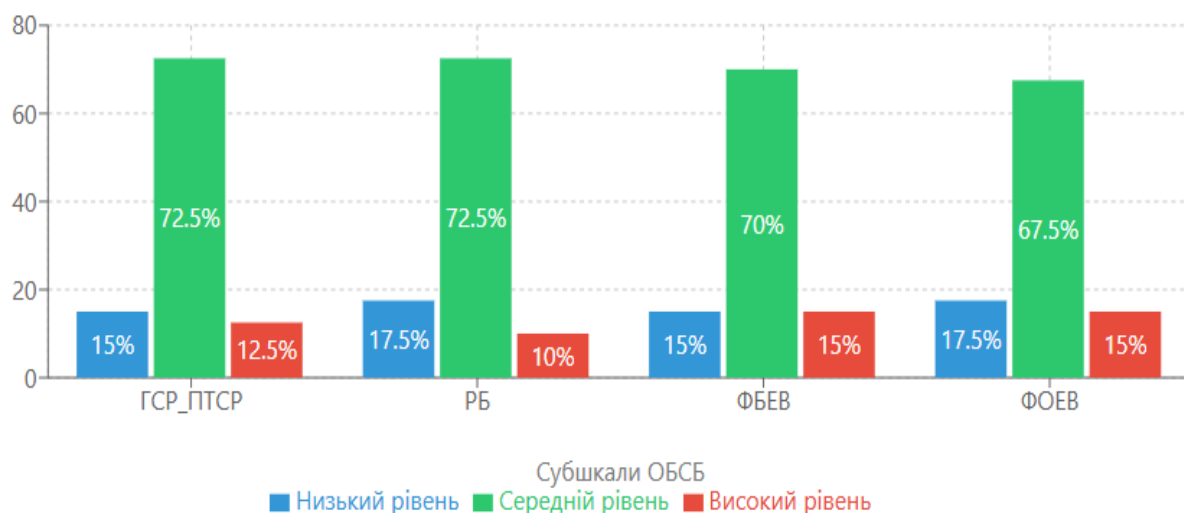


Рис. 2.5 Порівняльний розподіл досліджуваних за рівнями показників субшкал ОБСБ

Порівняльний аналіз показує, що розподіл досліджуваних за рівнями показників різних субшкал має подібну структуру - в усіх випадках переважає середній рівень (від 67,5 % до 72,5 %). Це свідчить про те, що більшість учасників бойових дій перебуває в стані помірної психотравматизації за всіма аспектами бойового стресу, що створює загальний несприятливий фон для можливого розвитку ПТСР.

Особливу увагу привертає ресурсний блок, за яким найменша кількість досліджуваних (10%) має високий рівень показників. Це вказує на дефіцит психологічних ресурсів у більшості військовослужбовців, що може бути критичним фактором, який підвищує ризик розвитку ПТСР навіть за умови помірного впливу стресорів.

Також варто відзначити, що показники за субшкалою ГСР_ПТСР, яка безпосередньо оцінює вираженість симптомів стресових розладів, дуже близькі до показників інтегрального рівня бойового стресу (72,5 % з середнім рівнем та 12,5 % з високим рівнем). Це підтверджує, що бойовий стрес є ключовим чинником, який зумовлює виникнення проявів симптомів ПТСР.

Таким чином, проведене дослідження за Опитувальником бойового стресу Блінова О.А. підтвердило, що великій частці військовослужбовців (87,5 %) характерні середній та високий рівні бойового стресу. У них

присутні такі симптоми, як: постійне відчуття тривоги та страху; депресивний настрій, відчуття безвиході та безпорадності; нав'язливі спогади про бойові дії.

Крім того, результати нашого дослідження вказують на те, що бойовий стрес є ключовим чинником, який зумовлює виникнення проявів симптомів ПТСР в учасників бойових дій. Це пов'язано з тим, що бойові дії є потужним стресогенним фактором, який може призвести до розвитку психічних розладів, таких як тривожність, депресія та ПТСР. Виявлені особливості структури бойового стресу (зокрема, дефіцит психологічних ресурсів) вказують на необхідність комплексного підходу до психологічної реабілітації військовослужбовців, спрямованого не лише на зниження інтенсивності стресорів, але й на розвиток особистісних ресурсів для ефективного подолання наслідків бойового стресу та запобігання формуванню ПТСР. Перспективою подальших досліджень із даної проблеми може стати створення психокорекційної програми зі зниження показників прояву бойового стресу.

З метою *встановлення зв'язку між рівнем вираженості симптомів ПТСР в учасників бойових дій та чинниками, які зумовлюють їх прояви* нами було використано метод рангової кореляції r_s Спірмена. Розрахунок відбувався за допомогою онлайн-калькуляторів (див. Додаток А, А.1, А.2, А.3, А.4, А.5, А.6, А.7). При цьому рівень вираженості симптомів ПТСР в учасників бойових дій виступав як змінна А, а рівень прояву чинників – як змінна В.

За підсумками емпіричного дослідження було виявлено ряд статистично значущих кореляцій між вираженістю симптомів ПТСР в учасників бойових дій, що визначалася за допомогою двох діагностичних інструментів – Опитувальника травматичного стресу І. О. Котеньова та Місісіпської шкали для оцінки бойового посттравматичного стресового розладу (військовий варіант), його структурними компонентами та між чинниками, що зумовлюють їх прояви.

З метою визначення впливу рівня бойового стресу на вираженість симптомів ПТСР нами було проведено кореляційний аналіз між показниками Опитувальника травматичного стресу І. О. Котеньова (ОТС) та показниками Опитувальника бойового стресу Блінова (ОБСБ).

Аналіз результатів показав наявність статистично значущого кореляційного зв'язку між загальними показниками ПТСР за Опитувальником травматичного стресу І. О. Котеньова (ОТС) та інтегральним показником бойового стресу за Опитувальником бойового стресу Блінова (ОБСБ) ($r_s = 0,599$, $p < 0,01$). Це свідчить про те, що бойовий стрес є ключовим чинником, який зумовлює ступінь вираженості та проявів симптомів ПТСР.

Подібні результати були отримані нами також при аналізі взаємозв'язку між загальними показниками вираженості симптомів ПТСР за Міссісіпською шкалою ПТСР (військовий варіант) та інтегральним показником бойового стресу за Опитувальником бойового стресу Блінова (ОБСБ) ($r_s = 0,561$, $p < 0,01$). Це підтверджує, що бойовий стрес має статистично значущий вплив на вираженість симптомів ПТСР незалежно від методу оцінки.

Для більш детального розуміння впливу різних аспектів бойового стресу на вираженість симптомів ПТСР було проведено кореляційний аналіз між загальними показниками ПТСР за Опитувальником травматичного стресу І. О. Котеньова (ОТС) та окремими субшкалами Опитувальника бойового стресу Блінова (ОБСБ).

Аналізуючи отримані дані, передусім слід відзначити значні відмінності у силі кореляційних зв'язків між вираженістю симптомів ПТСР та різними структурними складовими бойового стресу. Зокрема, нами було виявлено найвищий кореляційний зв'язок ($r_s = 0,693$, при $p \leq 0,01$) між загальними показниками ПТСР за методикою ОТС І. О. Котеньова та показниками субшкали ГСР_ПТСР за ОБСБ. Це вказує на те, що рівень бойового стресу є значущим чинником розвитку гострих стресових та посттравматичних стресових розладів. Цей високий кореляційний зв'язок демонструє, що ранні прояви гострих стресових розладів можуть з високою

ймовірністю трансформуватися в ПТСР. Таким чином, підтверджується валідність субшкали ГСР_ПТСР як специфічного індикатора посттравматичної симптоматики.

Окремого аналізу заслуговує встановлений негативний кореляційний зв'язок між загальними показниками ПТСР за методикою ОТС І. О. Котеньова та показниками субшкали ресурсного блоку (РБ) за ОБСБ ($r_s = -0,045$, $p < 0,01$). Отриманий результат підтверджує гіпотезу, що наявність психологічних ресурсів у комбатантів виступає важливим захисним механізмом, який суттєво знижує ризик розвитку ПТСР.

Якісний аналіз отриманих даних свідчить, що військовослужбовці з розвиненими копінг-стратегіями, стійкими релігійними віруваннями, розгалуженою системою соціальної підтримки та регулярною фізичною активністю демонструють значно кращу психологічну адаптацію після впливу травматичних подій бойового характеру. Детальне вивчення результатів показало, що особи з високими показниками за субшкалою РБ ОБСБ не лише рідше розвивають клінічно значущі симптоми ПТСР, але й демонструють швидшу психологічну реабілітацію при їх виникненні.

Згідно з нашими даними, ресурсний потенціал особистості (що вимірюється субшкалою РБ ОБСБ) відіграє ключову роль у запобіганні розвитку ПТСР. Констатовано, що 10,3 % учасників бойових дій демонструють високий рівень психологічного ресурсу для подолання наслідків бойового стресу, що становить значимий захисний потенціал. Цей факт має важливе практичне значення, оскільки вказує на необхідність цілеспрямованого розвитку адаптивних копінг-стратегій та системної психологічної підтримки для військовослужбовців, особливо тих, хто демонструє низькі показники ресурсного потенціалу особистості.

Особливий науковий інтерес представляє встановлений статистично значущий кореляційний зв'язок між загальними показниками ПТСР за методикою ОТС І. О. Котеньова та факторами, що безпосередньо емоційно впливають на особистість військовослужбовця (ФБЕВ ОБСБ) ($r_s = 0,553$,

$p < 0,01$). Виявлена кореляція є досить сильною та свідчить про те, що інтенсивність емоційного впливу стрес-факторів бойової обстановки виступає суттєвим чинником розвитку посттравматичного стресового розладу.

Аналіз отриманих даних дозволяє нам стверджувати, що чим сильніший безпосередній емоційний вплив стрес-факторів бойової діяльності, тим вищий ризик розвитку симптомів ПТСР. Відповідно до концепції Блінова О.А., до факторів, що безпосередньо емоційно впливають на особистість військовослужбовця (ФБЕВ), належать: участь у реальних бойових діях з отриманням бойового досвіду, в тому числі досвіду втрат побратимів; бачення загиблих та поранених; участь у знищенні людей, перебування під обстрілами снайперів і мінометів, життя в умовах постійної загрози та небезпеки. Ці фактори мають високий травматичний потенціал, оскільки напряду пов'язані з інтенсивними емоційними переживаннями страху, безпорадності, гніву та жаху.

Встановлена кореляція підтверджує важливість емоційного компонента у виникненні та розвитку травматичних стресових реакцій, що узгоджується з сучасними теоретичними моделями ПТСР, які підкреслюють значення емоційної обробки травматичного досвіду.

Проведений кореляційний аналіз також виявив статистично значущий зв'язок між загальними показниками ПТСР за методикою ОТС І. О. Котеньова та факторами, що опосередковано емоційно впливають на особистість військовослужбовця (ФОЕВ ОБСБ) ($r_s = 0,406$, $p < 0,01$). Хоча цей зв'язок є помірнішим порівняно з попередньо описаною кореляцією з ФБЕВ, він підтверджує суттєву роль не лише прямих, але й опосередкованих емоційних впливів бойової обстановки у розвитку посттравматичної симптоматики.

До факторів опосередкованого емоційного впливу, згідно з концепцією опитувальника бойового стресу Блінова О.А., належать: побутові незручності в польових умовах, порушення режиму сну та відпочинку, нерегулярність та незбалансованість харчування, тривала відірваність від сім'ї та близьких,

інформаційний дефіцит або перенасичення, невизначеність термінів перебування в бойових умовах, монотонність бойового чергування та ін. Встановлений кореляційний зв'язок підтверджує, що опосередковані стрес-фактори створюють додаткове психологічне навантаження, яке поступово виснажує адаптаційні ресурси особистості та суттєво підвищує загальну вразливість до розвитку стресових розладів.

Варто зазначити, що поєднання безпосередніх та опосередкованих емоційних впливів бойової обстановки створює комплексний стресовий вплив, який значно перевищує за своєю інтенсивністю звичайні стреси мирного життя. В цих умовах психологічні ресурси особистості виснажуються швидше, а здатність до відновлення та психологічної саморегуляції суттєво знижується.

У рамках комплексного аналізу чинників, що зумовлюють розвиток ПТСР у військовослужбовців, на нашу думку, практичну цінність представляє також дослідження взаємозв'язку між загальними показниками вираженості симптомів ПТСР за Міссісіпською шкалою ПТСР (військовий варіант) та впливом показника «Подія травми», як субшкали симптомів ПТСР за методикою ОТС І. О. Котеньова.

Встановлений слабкий кореляційний зв'язок між даними двома показниками опитувальників ($r_s = 0,203$, $p > 0,05$) може бути підтвердженням того, що переживання травматичної події, навіть такої інтенсивної, як участь у бойових діях, не є визначальним чинником розвитку симптомів ПТСР. Адже на розвиток психотравматичної симптоматики впливає цілий комплекс стресогенних факторів, таких як: індивідуальні психологічні особливості військовослужбовця, наявність ресурсів подолання стресу, інтенсивність та тривалість впливу стрес-факторів, а також суб'єктивне сприйняття та інтерпретація травматичної події.

У процесі оцінки методологічної надійності та узгодженості застосованого психодіагностичного інструментарію нами було проведено кореляційний аналіз між показниками двох основних діагностичних методик

дослідження: Місісіпської шкали для оцінки бойового посттравматичного стресового розладу (військовий варіант) та Опитувальника травматичного стресу І.О. Котеньова.

Статистичний аналіз емпіричних даних дозволив встановити наявність високого статистично значущого позитивного кореляційного зв'язку між загальними показниками Місісіпської шкали та загальними показниками вираженості симптомів ПТСР за методикою І.О. Котеньова ($r_s = 0,677$, $p < 0,01$). Виявлений коефіцієнт кореляції свідчить про сильний зв'язок між результатами обох методик, що підтверджує достовірність та валідність отриманих результатів дослідження.

Отже, отримані результати кореляційних зв'язків підтверджують роль бойового стресу як ключового чинника, який зумовлює виникнення проявів симптомів ПТСР в учасників бойових дій (Див. табл. 2.8, табл. 2.9, табл. 2.10).

Таблиця 2.8

Результати визначення кореляційного зв'язку між рівнями прояву симптомів ПТСР за методикою І. О. Котеньова та чинниками, які впливають на рівень прояву симптомів ПТСР (метод кореляції r_s Спірмена)

	Чинники, які впливають на рівень прояву симптомів ПТСР				
	Інтегральний показник ОБСБ	ГСП_ПТСР за ОСББ	РБ за ОБСБ	ФБЕВ за ОБСБ	ФОЕВ за ОБСБ
Рівні прояву симптомів ПТСР за методикою І.Котеньова	$r_s = 0,599$	$r_s = 0,693$	$r_s = -0,045$	$r_s = 0,553$	$r_s = 0,406$

r_s – емпіричне значення

Критичне значення для $N = 40$

N	$p \leq 0,01$
---	---------------

	0,05	0,01
40	0,313	0,405

Таблиця 2.9

Результати визначення кореляційного зв'язку між рівнем вираженості ПТСР за Міссісіпською шкалою посттравматичного стресового розладу (військовий варіант) та чинниками, які впливають на рівень прояву симптомів ПТСР (метод кореляції r_s Спірмена)

	Чинники, які впливають на рівень прояву симптомів ПТСР	
	<i>Інтегральний показник ОБСБ</i>	<i>Показник субшкали «Подія травми» за методикою І.О.Котеньова</i>
Рівні вираженості симптомів ПТСР за Міссісіпською шкалою ПТСР	$r_s = 0,561$	$r_s = 0,203$

r_s – емпіричне значення

Критичне значення для $N = 40$

N	$p \leq 0,01$	
	0,05	0,01
40	0,313	0,405

Таблиця 2.10

Результати визначення кореляційного зв'язку між рівнем вираженості ПТСР за Міссісіпською шкалою посттравматичного стресового розладу (військовий варіант) та рівнем прояву ПТСР за Опитувальником травматичного стресу І.О. Котеньова (ОТС) (метод кореляції r_s Спірмена)

Кореляційний зв'язок між показниками рівнів прояву симптомів ПТСР за двома методиками	
	Рівні прояву симптомів ПТСР за методикою І. О. Котеньова
Рівні вираженості симптомів ПТСР за Міссісіпською шкалою ПТСР	$r_s = 0,677$

r_s – емпіричне значення

Критичне значення для $N = 40$

N	$p \leq 0.01$	
	0,05	0,01
40	0,313	0,405

2.3. Психологічні рекомендації для подолання симптомів ПТСР в учасників бойових дій

Аналіз отриманих нами результатів проведеного емпіричного дослідження показав, що симптоми ПТСР у військовослужбовців-учасників бойових дій мають складну багаторівневу структуру, що потребує системного підходу до їх подолання. За результатами діагностики виявлено, що найбільш виражені симптоми представлені інтрузивними проявами, емоційною нестабільністю, порушеннями сну, підвищеною тривожністю та гіперзбудливістю, що значно ускладнює процес реінтеграції до мирного життя. Крім того, було виявлено значну кількість опитаних респондентів в межах вибірки нашого емпіричного дослідження, які показали клінічно значущі прояви дистресу і дезадаптації та симптоми уникнення.

На нашу думку, для подолання симптомів ПТСР в учасників бойових дій необхідний комплексний диференційований підхід з урахуванням індивідуальних особливостей, структури симптомів та виявлених факторів впливу.

Одним із важливих напрямів психологічної допомоги, на нашу думку, є комплексні психокорекційні заходи, що поєднують індивідуальну та групову роботу. Особливу роль у цьому процесі відіграють тренінгові програми, спрямовані на формування стресостійкості, розвиток навичок саморегуляції та ефективної адаптації до нових умов життя.

Враховуючи результати емпіричного дослідження, проаналізовані потреби та запити військовослужбовців, ми сформулювали психологічні рекомендації для подолання симптомів ПТСР в учасників бойових дій.

Результати дослідження вказують на необхідність впровадження багаторівневої системи психологічної допомоги учасникам бойових дій, що включає первинний психологічний скринінг усіх військовослужбовців, які повертаються із зони бойових дій, короткострокові інтервенції для профілактики розвитку ПТСР у групі ризику, спеціалізовану психологічну

допомогу для осіб із клінічно значущими проявами ПТСР, а також комплексні реабілітаційні програми для осіб із супутніми розладами або ускладненнями.

Особливо важливим є впровадження диференційованого підходу відповідно до рівня вираженості симптомів ПТСР. Для осіб із низьким рівнем вираженості симптомів (32,5% за Міссісіпською шкалою) рекомендовано профілактичний підхід, що включає психоедукацію, навчання базовим технікам саморегуляції, регулярний моніторинг психологічного стану, підтримку через групи взаємодопомоги. Для осіб із середнім рівнем симптоматики (35%) оптимальними будуть регулярні сеанси індивідуальної та групової психотерапії з акцентом на подолання унікаючої поведінки, нормалізацію сну, розвиток навичок емоційної регуляції. Для осіб з високим рівнем вираженості симптомів ПТСР (32,5%) необхідний інтенсивний терапевтичний підхід, що поєднує травмафокусовану психотерапію з медикаментозним лікуванням (за показаннями), спеціалізовані програми подолання супутніх розладів.

Міждисциплінарний підхід до реабілітації передбачає координацію зусиль психологів та психотерапевтів, психіатрів та неврологів, фахівців із соціальної роботи, фізичних реабілітологів (особливо для осіб з інвалідністю), спеціалістів із професійної переорієнтації та адаптації.

Особливу увагу слід приділити розробці спеціалізованих програм для окремих категорій учасників бойових дій. Для військовослужбовців з інвалідністю необхідне поєднання психологічної реабілітації з фізичною та соціальною адаптацією, робота з хронічним боєм, формування нової ідентичності. Для молодих неодружених учасників бойових дій важливий розвиток соціальних навичок, розширення мережі підтримки, програми соціальної адаптації. Для військовослужбовців із травматичними ампутаціями або тяжкими пораненнями потрібні програми прийняття змін у тілесному образі, адаптація до нових фізичних можливостей.

На основі аналізу наукової літератури та результатів емпіричного дослідження нами визначено основні методи роботи з травмою, ефективність

яких підтверджена науковими дослідженнями: когнітивно-поведінкова терапія з фокусом на травмі, десенсибілізація та переробка за допомогою руху очей, наративна експозиційна терапія, пролонгована експозиція, когнітивна терапія, фокусована на опрацюванні травми.

Робота з провідними симптомами ПТСР відповідно до результатів дослідження має бути спрямована на різні аспекти розладу. Для подолання інтрузивних симптомів рекомендовано техніки стабілізації (заземлення, орієнтація в теперішньому, дисоціативна контейнеризація), контрольована експозиція до травматичних спогадів, переписування травматичних сценаріїв. Для зменшення гіперактивації ефективними є дихальні техніки, прогресивна м'язова релаксація, майндфулнес-практики, техніки регуляції автономної нервової системи. Для корекції уникаючої поведінки рекомендовано градуйовану експозицію, когнітивну реструктуризацію, поведінкову активацію, тренінг асертивності. Для подолання симптомів дистресу і дезадаптації доцільно застосовувати розвиток навичок емоційної регуляції, тренінги соціальних навичок, управління стресом, техніки вирішення проблем.

Кореляційний аналіз виявив статистично значущий зв'язок між симптомами ПТСР та факторами бойового стресу, тому важливо спрямувати зусилля на роботу з цими факторами. Для факторів безпосереднього емоційного впливу ($r_s = 0,553$, $p < 0,01$) рекомендовано опрацювання травматичних спогадів, десенсибілізацію до тригерів, роботу з почуттям провини та сорому, переосмислення травматичного досвіду. Для факторів опосередкованого емоційного впливу ($r_s = 0,406$, $p < 0,01$) важливий розвиток навичок управління інформаційним навантаженням, тайм-менеджмент, підвищення адаптивності до змін, формування резильєнтності (психологічної стійкості).

Результати дослідження показали, що лише 10% досліджуваних мають високий рівень ресурсного потенціалу, тому особливу увагу слід приділити розвитку ресурсного потенціалу через формування адаптивних

копінг-стратегій, розвиток навичок емоційної саморегуляції, підвищення стресостійкості, формування оптимістичного мислення, активізацію механізмів постравматичного зростання.

Враховуючи нижчі показники ПТСР у одружених учасників бойових дій, рекомендовано активне залучення сімейного ресурсу через програми сімейної психотерапії, спеціалізовані тренінги для сімей учасників бойових дій, створення груп взаємодопомоги для членів сімей, консультування членів сімей щодо розуміння ПТСР та адекватної підтримки.

Для реалізації вищезазначених рекомендацій нами розроблено тренінгову програму «Особливості подолання проявів симптомів ПТСР в учасників бойових дій на етапі реінтеграції» (додаток Б).

Розроблена нами тренінгова програма психологічної допомоги для учасників бойових дій із симптомами ПТСР є відповіддю на актуальні виклики психічного здоров'я військовослужбовців в умовах довготривалої російської повномасштабної збройної агресії щодо України. Актуальність розробленої програми обумовлена специфічними характеристиками психологічної травматизації українських військовослужбовців, що вирізняється безпрецедентною тривалістю конфлікту, його комплексною природою та надзвичайною інтенсивністю психоемоційного навантаження.

Особлива значущість програми виникає в контексті реінтеграції військовослужбовців до цивільного життя – періоду, коли конфронтація між військовим досвідом та мирними реаліями створює сприятливе підґрунтя для загострення симптомів ПТСР, порушення адаптації та підвищення ризику дезадаптивних форм поведінки.

Розроблена програма враховує різний ступінь вираженості симптоматики ПТСР (від субклінічних проявів до клінічно значущих) та інтегрує сучасні науково обґрунтовані підходи до подолання психотравми.

Мета програми: формування комплексної системи психологічної допомоги учасникам бойових дій для ефективного подолання симптомів

ПТСР, відновлення психологічної безпеки особистості, підвищення стресостійкості та сприяння успішній реінтеграції до мирного життя.

Завдання програми: програма спрямована на формування теоретичного підґрунтя через розширення знань учасників про природу ПТСР, його механізми розвитку та впливу бойових стрес-чинників на психічний стан військовослужбовців. Важливим компонентом є розвиток навичок самодіагностики, моніторингу власних симптомів та розпізнавання ранніх проявів психологічної травматизації.

Практичний блок завдань зосереджений на формуванні конкретних умінь саморегуляції: опанування техніками стабілізації психоемоційного стану, розвиток здатності керувати нервовою системою відповідно до концепції «вікна толерантності», управління тригерами та інтрузивними спогадами. Окрема увага приділяється навчанню регуляції інтенсивних емоційних станів (гнів, тривога, провини) та відновленню здорового сну.

На завершальному етапі програма спрямована на допомогу у формуванні адаптивних копінг-стратегій в умовах цивільного життя, сприяння відновленню соціальних зв'язків та інтеграції бойового досвіду. Для забезпечення довгострокових результатів завданням є забезпечення учасників індивідуальним планом самодопомоги та попередження симптомів повторного загострення, що завдяки підтриманню досягнутих позитивних змін після завершення програми.

Програма розрахована на учасників бойових дій, які мають прояви симптомів ПТСР та перебувають на етапі реінтеграції до мирного життя. Це можуть бути як діючі військовослужбовці, які раніше приймали участь в активних бойових діях, але наразі через різні обставини продовжують проходження військової служби у частинах забезпечення, зв'язку, логістики, у тилових частинах та у ТЦК та СП, а також ветерани, які звільнені в запас, отримали відстрочку за сімейними обставинами або демобілізувалися.

Учасники групи можуть мати різний ступінь вираженості симптомів ПТСР – від субклінічних проявів до клінічно значущих, але без гострих кризових станів, які потребують індивідуальної терапії.

Структура і зміст програми. Розвивальна програма «Особливості подолання проявів симптомів ПТСР в учасників бойових дій на етапі реінтеграції» має чітке планування та розрахована на 10 занять тривалістю від 90 до 205 хвилин кожне. Оптимальний режим проведення – 1-2 заняття на тиждень, що дозволяє учасникам засвоїти матеріал, відпрацювати навички на практиці та виконати домашні завдання. Загальна тривалість програми становить 6-11 тижнів залежно від обраної інтенсивності.

Кількість учасників групи – 10-12 осіб. Саме така кількість є, з одного боку, достатньо великою, щоб забезпечити необхідну різноманітність форм взаємодії, і, з другого боку, досить компактною, щоб кожен мав можливість особисто проявитися і водночас відчувати себе невід'ємною частиною групи.

Програма базується на сучасних наукових підходах до розуміння природи психологічної травми та ПТСР, а також доказово ефективних методів їх подолання. В основі програми закладено інтегративний підхід, що поєднує різні психотерапевтичні напрямки:

- Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія — для роботи з негативними думками, переконаннями, пов'язаними з травмою;
- Терапія прийняття та зобов'язання – для розвитку психологічної гнучкості та здатності з використанням травматичного досвіду як частини життєвої історії без боротьби з ним;
- Терапія, спрямована на лікування травми – для безпечного лікування травматичних спогадів та зменшення їх негативного впливу на поточне життя;
- Соматичні підходи до роботи з травмою (за П. Левіним, та за Бессел ван дер Колком) — для роботи з тілесними проявами травми та відновлення здатності відчувати безпеку на рівні тіла [2; 27; 28];

– Міжособистісна нейробіологія (за Д. Сігелом) — для розуміння нейробіологічних основ травми та розвитку навичок регуляції нервової системи через концепцію «вікна толерантності» [46];

– Наративний підхід — для реконструкції життєвої історії та інтеграції травматичного досвіду в цілісну ідентичність;

– Майндфулнес-орієнтовані практики — для розвитку здатності усвідомлено перебувати в теперішньому моменті;

– Техніки психологічної стабілізації (за Дж. Герман, Б. Ротшильд) — для відновлення відчуття безпеки та контролю [12; 45].

Такий інтегративний підхід дозволяє врахувати різноманітні аспекти травматичного досвіду та індивідуальні особливості учасників.

Компоненти програми.

Програма базується на комплексному підході до подолання симптомів ПТСР і включає три основні компоненти:

1. Інформаційно-просвітницький (психоедукаційний) компонент спрямований на надання учасникам теоретичних знань про природу ПТСР, механізми його розвитку та методи подолання. Цей компонент реалізується через:

– Міні-лекції з тем: «Психологічна травма та ПТСР: теоретичні основи», «Стрес-чинники бойової обстановки та їх вплив на психіку», «Бойовий стрес та його трансформація в ПТСР», «Самодіагностика та моніторинг симптомів ПТСР», «Вікно толерантності та регуляція нервової системи», «Дисоціація, флешбеки та інші інтрузивні симптоми ПТСР», «Гнів, агресія та тривожність в контексті ПТСР», «Сон та його порушення при ПТСР», «Інтеграція навичок та сталість результатів»;

– Презентації та відеоматеріали, що ілюструють механізми розвитку ПТСР та методи його подолання;

– Групові дискусії для обговорення теоретичного матеріалу та його зв'язку з особистим досвідом учасників;

- Інформаційні буклети та роздаткові матеріали для самостійного вивчення.

2. Діагностичний компонент спрямований на виявлення індивідуальних особливостей проявів ПТСР у учасників та формування навичок самодіагностики. Він включає:

- Стандартизовані діагностичні методики: «Опитувальник PCL-5» [56], «Опитувальник бойового стресу Блінова О.А.» [5], «Шкала оцінки впливу травматичної події» [53], «Пітсбурзький індекс якості сну» [9], «Самооцінка дисоціативних проявів», «Шкала інтенсивності емоцій», «Оцінка готовності до змін» [76].

- Вправи на самоспостереження та моніторинг симптомів: «Карта симптомів», «Карта моїх тригерів», «Емоційний термометр», «Щоденник самоспостереження»;

- Групові вправи на виявлення проблемних зон: «Карта стрес-чинників», «Індивідуальний профіль вікна толерантності», «Карта проблем зі сном»;

- Аналіз індивідуальних результатів діагностики та розробка персоналізованих стратегій подолання симптомів.

3. Корекційно-розвивальний компонент спрямований на формування практичних навичок саморегуляції та подолання симптомів ПТСР. Він включає:

- Техніки заземлення та стабілізації: «5-4-3-2-1», «Тілесне заземлення», «Квадратне дихання», «Сила тіла»;

- Техніки регуляції емоційних станів: «Безпечне вираження гніву», «Безпечне місце», «Емоційний словник», «Тактильна стимуляція», «Сенсорна активація»;

- Техніки для роботи з травматичними спогадами: «Контейнер безпеки», «Ресурсна валіза», «Переписування нічних кошмарів»;

- Техніки нормалізації сну: «Протокол сну для осіб з ПТСР», «Безпечне місце для сну»;

- Техніки для інтеграції навичок та планування: «Мій шлях відновлення», «Індивідуальний план подолання проявів ПТСР»;
- Групові техніки для формування мережі підтримки: «Коло підтримки», «Ресурсна карта подолання».

Аналіз змістового наповнення тренінгових занять.

Програма складається з 10 тематичних занять, кожне з яких має чітку структуру та спрямоване на вирішення конкретних завдань у процесі подолання симптомів ПТСР:

Аналізуючи тематику та змістове наповнення тренінгових занять, можна відзначити, що програма побудована за принципом поступового поглиблення та наступності матеріалу. Перші заняття зосереджені на формуванні базового розуміння ПТСР, створенні безпечного простору для роботи та налагодженні групової динаміки. Подальші заняття спрямовані на поглиблене дослідження механізмів розвитку ПТСР в контексті бойових дій та оволодіння практичними техніками регуляції психоемоційного стану.

Заняття 1. «Знайомство та формування безпечного простору: основи групової взаємодії» спрямоване на налагодження контакту з учасниками, створення довірливої атмосфери та розробку правил групи для успішної спільної роботи протягом усієї програми. Особлива увага приділяється створенню психологічно безпечного простору, оскільки для учасників бойових дій з ПТСР відчуття безпеки є критично важливим для ефективної роботи. У ході заняття використовуються вправи на знайомство («Клубок знайомства»), визначення очікувань учасників («Сподівання та побоювання»), а також створення безпечного простору для подальшої роботи. Важливою складовою є розробка та прийняття групових правил, які забезпечуватимуть комфортну атмосферу для всіх учасників. Мета даного заняття повністю відповідає завданням початкового етапу групової роботи з особами, які пережили травматичний досвід, і створює необхідні умови для подальшої ефективної терапевтичної роботи.

Заняття 2. «Травматичний досвід і ПТСР: теоретичні основи та симптоматика» здійснює комплексний огляд природи психологічної травми, механізмів формування ПТСР та класифікації основних симптомів. Воно має виражений психоедукаційний характер, що відповідає сучасним підходам до роботи з ПТСР, які наголошують на важливості розуміння клієнтом власного стану. Особливу увагу приділено інформаційному компоненту (міні-лекція «Психологічна травма та ПТСР: теоретичні основи»), діагностиці (опитувальник PCL-5), а також практичним технікам («Заземлення при інтрузивних симптомах»). Заняття забезпечує формування когнітивної основи для подальшої роботи з симптомами.

Заняття 3. «Вплив стрес-чинників бойової обстановки на прояви психологічної травматизації та симптоматику ПТСР» фокусується на детальному аналізі специфічних стресорів бойових дій та їх впливі на розвиток травматичних реакцій. У ході заняття обговорюються механізми акумуляції стресу, учасники складають індивідуальні карти стрес-чинників та розробляють ресурсні карти подолання. Такий підхід дозволяє персоналізувати роботу з кожним учасником, враховуючи особливості його бойового досвіду та індивідуальних реакцій на стрес-фактори.

Заняття 4. «Бойовий стрес як чинник розвитку ПТСР» присвячене дослідженню механізмів трансформації гострого бойового стресу в ПТСР з використанням методики Блінова О.А. Це заняття має важливе значення для розуміння учасниками специфіки бойового стресу та його відмінностей від інших видів стресового впливу. Учасники працюють з асоціаціями, пов'язаними з бойовим стресом, заповнюють опитувальник бойового стресу та визначають власні ресурсні зони. Методика Блінова О.А. є валідним діагностичним інструментом, адаптованим саме для роботи з українськими військовослужбовцями.

Заняття 5. «Діагностика проявів симптомів ПТСР: методи самопостереження та моніторингу симптомів» спрямоване на освоєння практичних інструментів для відстеження динаміки симптомів ПТСР.

Учасники знайомляться з методами самодіагностики, заповнюють шкалу оцінки впливу травматичної події та складають карти власних симптомів. Особливу увагу приділено формуванню навичок ведення щоденника самоспостереження. Ця частина програми відповідає принципу активної участі клієнта в терапевтичному процесі та формування у нього навичок самодопомоги.

Заняття 6. «Регуляція нервової системи: концепція вікна толерантності» присвячене розумінню механізмів гіпер- та гіпоактивації нервової системи та опануванню методів відновлення балансу. Учасники вивчають концепцію «вікна толерантності», визначають індивідуальні ознаки виходу за його межі та практикують техніки повернення до оптимального стану функціонування. Це заняття базується на концепції, розробленій доктором Д. Сігелем, яка допомагає людям визначити, коли вони перебувають у стані гіперзбудження чи гіпозбудження, і розвинути навички для повернення до зони оптимального функціонування.

Заняття 7. «Техніки заземлення та стабілізації при дисоціації, флешбеках, інтрузивних спогадах» зосереджено на практичному освоєнні технік стабілізації при дисоціативних станах. Учасники відпрацьовують техніки «5-4-3-2-1», «Тілесне заземлення» та «Контейнер безпеки», які допомагають швидко повертатися в теперішній момент при виникненні інтрузивних симптомів. Ці техніки є доказово ефективними методами роботи з дисоціацією та флешбеками і широко використовуються в травмофокусованій терапії.

Заняття 8. «Регуляція емоційних станів: управління гнівом, агресією та тривожністю» спрямоване на освоєння технік розпізнавання, прийняття та безпечного вираження інтенсивних емоцій. Учасники працюють з «Емоційним словником», складають карти тригерів, оцінюють інтенсивність емоцій та практикують техніки безпечного вираження гніву. Це заняття має особливе значення, оскільки проблеми з регуляцією емоційних станів, особливо гніву та агресії, є одними з найпоширеніших симптомів

ПТСР у військовослужбовців, які можуть суттєво ускладнювати соціальну реадаптацію.

Заняття 9. «Відновлення здорового сну та подолання нічних кошмарів» присвячене оволодінню стратегіями нормалізації сну та специфічними техніками роботи з нічними кошмарами. Учасники оцінюють якість сну за допомогою «Пітсбурзького індексу якості сну», знайомляться з протоколом сну для осіб з ПТСР та практикують техніку «Безпечне місце для сну». Порушення сну є одним із найстійкіших симптомів ПТСР, тому виділення окремого заняття для роботи з цією проблемою є методологічно обґрунтованим.

Заняття 10. «Інтеграція набутих навичок та планування подальших кроків реабілітації» завершує програму та спрямоване на закріплення результатів, інтеграцію набутих знань та навичок. Учасники розробляють індивідуальні плани подолання проявів ПТСР, оцінюють готовність до змін та обмінюються побажаннями на майбутнє. Важливою частиною цього заняття є підсумкова оцінка ефективності програми, що дозволяє не лише отримати зворотний зв'язок від учасників, але й закріпити усвідомлення прогресу, якого вони досягли.

Методологічні засади тренінгової програми

Розроблена тренінгова програма базується на технологічному підході, який включає три основні компоненти, що послідовно реалізуються в кожному занятті:

1. Інформаційно-смісловий компонент передбачає використання методів і форм роботи, які сприяють розумінню теоретичних аспектів ПТСР та механізмів його подолання. Цей компонент реалізується через міні-лекції, презентації, демонстрації, групові дискусії, роботу з інформаційними матеріалами. Він забезпечує формування когнітивної основи для усвідомлення власних симптомів та методів роботи з ними.

2. Діагностичний компонент включає методи і форми роботи, спрямовані на визначення індивідуальних особливостей прояву ПТСР та

моніторинг стану. Реалізується через використання стандартизованих опитувальників, шкал самооцінки, технік самоспостереження, аналіз ситуацій та станів. Цей компонент дозволяє персоналізувати підхід до кожного учасника та відстежувати динаміку змін.

3. Корекційно-розвивальний компонент спрямований на формування практичних навичок подолання симптомів ПТСР. Включає тренування технік саморегуляції, рольові ігри, моделювання ситуацій, індивідуальні та групові вправи, практикуми. Цей компонент забезпечує формування необхідних навичок для самостійного подолання симптомів ПТСР у повсякденному житті.

При розробці тренінгової програми дотримано важливих етичних принципів роботи з травмою, зокрема принципів безпеки, поступовості, ресурсності, добровільності та конфіденційності.

Програма має чітко структурований формат проведення занять, що включає:

Вступну частину (привітання, перевірка домашнього завдання, активізаційні вправи)

Основну частину (інформаційно-смісловий, діагностичний та корекційно-розвивальний блоки)

Заключну частину (рефлексія, завдання для самостійної роботи, ритуал завершення)

Така структура забезпечує послідовність та системність у засвоєнні матеріалу, а також створює відчуття передбачуваності та безпеки для учасників.

Особливу увагу в програмі приділено домашнім завданням, які спрямовані на закріплення отриманих знань та навичок у повсякденному житті. Вони включають: ведення щоденників самоспостереження; практику технік саморегуляції; моніторинг симптомів; відпрацювання навичок управління емоціями; застосування протоколів здорового сну.

Аналіз інтерактивних технік тренінгової програми

Зміст нашої тренінгової програми базується на використанні двох груп інтерактивних технік (організаційно-спрямовуючих та змістовно-сміслових), які сприяють формуванню потреби та вмінь учасників тренінгових занять використовувати отримані знання для подолання симптомів ПТСР, створюють умови для оволодіння практичними навичками саморегуляції та адаптації до мирного життя.

Перша група інтерактивних технік – організаційно-спрямовуючі, спрямовані на підтримку мотивації та організацію ефективної групової динаміки: правила групи, техніки знайомства та згуртування, рефлексивні вправи, методи оцінки ефективності програми, ритуали завершення.

Техніки знайомства та згуртування групи

Для створення атмосфери довіри та формування групової згуртованості на початку програми використовуються такі техніки:

- Вправа «Клубок знайомства» (заняття 1, 15 хв) – спрямована на формування первинного знайомства учасників, створення символічних зв'язків між членами групи. Використання цієї вправи дозволяє учасникам не лише представитись, але й відчувати приналежність до спільноти, що особливо важливо для осіб з ПТСР, які часто переживають відчуття ізоляції та відчуженості.

- Вправа «Енергетичний рівень» (заняття 3, 10 хв; заняття 4, 10 хв; заняття 5, 10 хв) – використовується для оцінки актуального емоційного стану учасників, налаштування на роботу та забезпечення можливості відслідковувати свій стан протягом тренінгу. Ця вправа також сприяє розвитку навички розпізнавання власних емоційних станів, що є важливим компонентом самодіагностики при ПТСР.

- Вправа «Коло підтримки: побажання на майбутнє» (заняття 10, 15 хв) – спрямована на створення мережі взаємопідтримки серед учасників, посилення відчуття приналежності до групи, обмін ресурсами та стратегіями подолання на завершальному етапі програми. Ця вправа сприяє формуванню

соціальних зв'язків, які є важливим ресурсом для тривалого подолання симптомів ПТСР.

Техніки визначення очікувань

Для виявлення потреб учасників та формування реалістичних очікувань від тренінгу використовуються:

– Вправа «Сподівання та побоювання» (заняття 1, 5 хв) – спрямована на визначення очікувань та можливих побоювань учасників щодо тренінгової програми. Ця вправа дозволяє не лише з'ясувати індивідуальні потреби кожного учасника, але й обговорити типові побоювання, пов'язані з груповою роботою та роботою з травматичним досвідом, що знижує тривожність та підвищує відчуття безпеки.

– Вправа «Мої очікування» (заняття 5, 3 хв) – дозволяє учасникам сформулювати очікування від конкретного заняття, що сприяє фокусуванню уваги на темі та підвищенню особистої залученості. Використання цієї вправи також допомагає тренеру адаптувати зміст заняття до актуальних потреб групи.

Техніки рефлексії та зворотного зв'язку

Для забезпечення усвідомлення та закріплення отриманого досвіду використовуються:

– Метод незавершених речень (заняття 1, 5 хв; заняття 2, 10 хв) – дозволяє учасникам рефлексувати власний досвід та стан через завершення запропонованих фраз. Ця техніка особливо корисна для людей з ПТСР, яким може бути складно самотійно вербалізувати свої переживання. Структурований формат вправи створює відчуття безпеки та контролю.

– Вправа «Ключовий висновок» (заняття 3, 10 хв) – спрямована на закріплення отриманих знань, усвідомлення особистісних відкриттів. Ця вправа сприяє формуванню нових, більш адаптивних когнітивних схем щодо травматичного досвіду та можливостей його подолання.

– Вправа «Ключове слово» (заняття 4, 5 хв) – допомагає учасникам сформулювати головний інсайт заняття, що сприяє кращому засвоєнню

інформації та її інтеграції з особистим досвідом. Використання цієї техніки також дозволяє тренеру отримати зворотний зв'язок щодо того, які аспекти заняття виявились найбільш значущими для учасників.

– Вправа «Підсумкова рефлексія» (заняття 5, 10 хв) – дозволяє учасникам усвідомити отримані знання та навички, оцінити їх важливість та практичну застосовність. Ця вправа сприяє формуванню стійкого наміру використовувати отримані інструменти в повсякденному житті.

– Вправа «Мій шлях відновлення» (заняття 10, 25 хв) – спрямована на активізацію рефлексії щодо пройденого в рамках програми шляху, усвідомлення динаміки змін, візуалізацію особистого процесу відновлення. Ця вправа має особливе значення на завершальному етапі програми, оскільки допомагає учасникам інтегрувати весь отриманий досвід та побачити перспективи подальшого відновлення.

Техніки завершення

Для символічного завершення роботи та закріплення отриманого досвіду використовуються:

– Вправа «Ритуал завершення» (присутня в кожному занятті, 2-5 хв) – створює відчуття завершеності та перехідності, формує символічне закріплення отриманого досвіду. Використання ритуалу завершення має особливе значення для осіб з ПТСР, оскільки створює структуру та передбачуваність, які є важливими для відчуття безпеки.

– Ритуал завершення тренінгової програми (заняття 10, 10 хв) – більш розгорнутий варіант ритуалу, спрямований на символічне завершення всієї програми, створення відчуття досягнення та нового початку. Ця вправа включає елементи визнання досягнутого прогресу та формування установки на продовження роботи з подолання симптомів ПТСР.

Техніки оцінки ефективності програми

Для отримання зворотного зв'язку та оцінки результативності програми використовується:

Оцінювання ефективності тренінгової програми (заняття 10, 20 хв) – комплексна анкета, що дозволяє учасникам оцінити різні аспекти програми та власний прогрес. Ця техніка не лише надає тренеру цінну інформацію для вдосконалення програми, але й допомагає учасникам усвідомити та закріпити досягнутий прогрес.

Необхідно наголосити, що основними правилами групи, які встановлюються на першому занятті та підтримуються протягом усієї програми, є: конфіденційність, повага до інших учасників, говоріння від свого імені (використання «Я-висловлювань»), право сказати «стоп» (можливість відмовитися від участі в конкретній вправі), правило піднятої руки (не перебивати, говорити по черзі), бути присутнім на всіх заняттях, бути чесним із собою та іншими, дотримуватись регламенту. Ці правила створюють безпечний простір для роботи з травматичним досвідом та забезпечують ефективну групову динаміку.

Друга група інтерактивних технік представлена змістовно-смысловими техніками, які забезпечують засвоєння теоретичного матеріалу та спрямовані на реалізацію діагностичного та корекційно-розвивального компонентів програми, діагностику індивідуальних особливостей учасників та формування необхідних навичок: міні-лекції, метод мозкового штурму, метод незакінчених речень, метод асоціацій, рольові ігри, моделювання ситуацій, робота в малих групах, візуалізація, релаксаційні техніки.

Техніки, спрямовані на реалізацію інформаційно-смыслового компоненту

Для передачі теоретичних знань та формування розуміння природи ПТСР використовуються:

– Міні-лекції – присутні в кожному занятті (тривалістю 5-25 хв): «Психологічна травма та ПТСР: теоретичні основи», «Стрес-чинники бойової обстановки та їх вплив на психіку», «Бойовий стрес та його трансформація в ПТСР», «Самодіагностика та моніторинг симптомів ПТСР»,

«Вікно толерантності та регуляція нервової системи», «Дисоціація, флешбеки та інші інтрузивні симптоми ПТСР», «Гнів, агресія та тривожність в контексті ПТСР», «Сон та його порушення при ПТСР», «Інтеграція навичок та сталість результатів». Міні-лекції є важливою частиною психоедукаційного компоненту програми і дозволяють учасникам отримати науково обґрунтовану інформацію про ПТСР, що сприяє нормалізації їхнього досвіду та формуванню адекватних очікувань щодо процесу відновлення;

– Відеопрезентація «Симптоми ПТСР» (заняття 2, 10 хв) – дозволяє наочно продемонструвати прояви симптомів ПТСР, що сприяє кращому розумінню та запам'ятовуванню інформації. Використання візуальних матеріалів є особливо ефективним для осіб з труднощами концентрації уваги, які часто спостерігаються при ПТСР;

– Групові дискусії – присутні в різних заняттях (тривалістю 10-35 хв): «Акумуляція стресу» (заняття 3), «Що заважає нам помічати симптоми ПТСР?» (заняття 5), «Вплив сну на загальне самопочуття та емоційний стан» (заняття 9), «Моя модель подолання ПТСР» (заняття 10). Групові дискусії дозволяють учасникам обмінятися досвідом, висловити власні думки та сумніви, що сприяє активному засвоєнню матеріалу та формуванню відчуття підтримки групи. Обговорення в групі також допомагає нормалізувати досвід учасників, показуючи, що інші люди мають схожі переживання та проблеми;

– Метод мозкового штурму – використовується в різних заняттях для генерації ідей та активізації мислення учасників. Наприклад, при розробці правил групи (заняття 1), при формуванні «Емоційного словника» (заняття 8). Цей метод стимулює активність учасників, розвиває креативне мислення та здатність знаходити нестандартні рішення проблем, що є важливою навичкою для подолання симптомів ПТСР.

Техніки, спрямовані на реалізацію діагностичного компоненту

Для визначення індивідуальних особливостей учасників та моніторингу їхнього стану використовуються:

– Стандартизовані діагностичні методики: «Опитувальник PCL-5» (заняття 2, 15 хв), «Опитувальник бойового стресу Блінова О.А.» (заняття 4, 15 хв) [5], «Шкала оцінки впливу травматичної події» (заняття 5, 20 хв) [53], «Пітсбурзький індекс якості сну» (заняття 9, 40 хв) [9], «Самооцінка дисоціативних проявів» (заняття 7, 20 хв), «Шкала інтенсивності емоцій» (заняття 8, 20 хв), «Оцінка готовності до змін» (заняття 10, 15 хв). Використання цих методик дозволяє учасникам отримати об'єктивну інформацію про свій стан, визначити проблемні зони для подальшої роботи, а також відстежувати динаміку змін протягом програми;

– Вправи на самодіагностику: «Карта симптомів» (заняття 2, 15 хв), «Карта стрес-чинників» (заняття 3, 20 хв), «Карта моїх тригерів» (заняття 7, 20 хв; заняття 8, 20 хв), «Карта проблем зі сном» (заняття 9). Ці вправи спрямовані на розвиток навичок самоспостереження та усвідомлення зв'язків між певними ситуаціями, думками, емоціями та поведінкою. Вони також допомагають учасникам ідентифікувати індивідуальні тригери, що провокують загострення симптомів ПТСР;

– Вправа «Індивідуальний профіль вікна толерантності» (заняття 6, 20 хв) – дозволяє визначити індивідуальні особливості функціонування нервової системи, схильність до гіпер- або гіпоактивації. Ця інформація є ключовою для підбору ефективних стратегій саморегуляції, відповідних до індивідуальних особливостей учасника;

– Вправа «Емоційний термометр» (заняття 8, 10 хв, домашнє завдання) – інструмент для щоденного моніторингу інтенсивності емоційних станів, що допомагає відстежувати динаміку змін емоційного стану та ефективність застосовуваних технік саморегуляції;

– Вправа «Щоденник самоспостереження» (заняття 5, 15 хв, домашнє завдання) – спрямована на формування навичок систематичного відстеження власних симптомів, думок, емоцій та поведінки. Ця вправа є важливим інструментом для розвитку усвідомленості та відповідальності за власне відновлення;

– Вправа «Щоденник здорового сну» (заняття 9, 10 хв, домашнє завдання) – дозволяє учасникам відстежувати якість сну, виявляти фактори, що впливають на сон, та оцінювати ефективність застосовуваних методів нормалізації сну.

Техніки, спрямовані на реалізацію корекційно-розвивального компоненту

Для формування практичних навичок саморегуляції та подолання симптомів ПТСР використовуються:

– Техніки заземлення: «5-4-3-2-1» (заняття 2, 15 хв; заняття 7, 10 хв), «Тілесне заземлення» (заняття 7, 15 хв; заняття 8, 15 хв), «Твердий ґрунт під ногами» (різні заняття). Ці техніки спрямовані на швидке повернення до теперішнього моменту при дисоціації, флешбеках або сильній тривозі. Вони використовують сенсорні відчуття для «заякорення» в реальності, що є важливим навиком для осіб з ПТСР;

– Техніки регуляції збудження нервової системи: «Квадратне дихання» (заняття 6, 10 хв), «Охолодження» (заняття 6, 10 хв), «Заземлення через відчуття ваги» (заняття 6, 10 хв) – для зниження гіперактивації; «Тактильна стимуляція» (заняття 6, 15 хв), «Сенсорна активація» (заняття 6, 15 хв) – для подолання гіпоактивації. Ці техніки базуються на розумінні нейрофізіологічних механізмів травматичних реакцій та дозволяють учасникам свідомо регулювати стан своєї нервової системи;

– Техніки роботи з емоціями: «Безпечне вираження гніву» (заняття 8, 35 хв), «Емоційний словник» (заняття 8, 15 хв). Ці техніки спрямовані на розвиток навичок розпізнавання, прийняття та безпечного вираження емоцій, що є критично важливим для осіб з ПТСР, які часто мають труднощі з регуляцією емоційних станів;

– Техніки роботи з травматичними спогадами: «Контейнер безпеки» (заняття 7, 20 хв) – дозволяє символічно «відкласти» травматичні спогади та емоції, щоб вони не заважали повсякденному функціонуванню. Ця техніка є особливо важливою для учасників бойових дій, оскільки дозволяє їм

контролювати інтенсивність переживань, пов'язаних з травматичним досвідом;

- Техніки візуалізації: «Безпечне місце» (заняття 8, 30 хв), «Безпечне місце для сну» (заняття 9, 15 хв) – розвивають здатність створювати внутрішнє відчуття безпеки та спокою через уявлення безпечного простору з активацією різних сенсорних модальностей;

- Техніки для нормалізації сну: «Протокол сну для осіб з ПТСР» (заняття 9, 15 хв) – комплексний набір рекомендацій з гігієни сну, адаптований для осіб з ПТСР, що враховує їхні специфічні труднощі зі сном;

- Техніки для інтеграції навичок та планування: «Індивідуальний план подолання проявів ПТСР» (заняття 10, 30 хв) – структурований інструмент для планування подальшої роботи з симптомами після завершення програми. Ця техніка сприяє формуванню відповідальності учасників за власне відновлення та забезпечує сталість досягнутих результатів;

- Вправа «Ресурсна карта подолання» (заняття 3, 20 хв) – спрямована на формування стратегій подолання наслідків впливу стрес-чинників бойової обстановки, актуалізацію особистісних ресурсів. Ця вправа допомагає учасникам усвідомити наявні у них ресурси для подолання стресу та розвинути нові стратегії копінгу;

Вправа «Моя зона ресурсів» (заняття 4, 15 хв) – допомагає виявити та активізувати особистісні ресурси для подолання бойового стресу. Вправа сприяє формуванню позитивного погляду на власні можливості відновлення, що є важливим фактором ефективної психотерапії ПТСР.

Важливо відзначити, що змістовно-сміслові техніки спрямовані на реалізацію всіх трьох компонентів програми: інформаційно-сміслового, діагностичного та корекційно-розвивального. Вони забезпечують не лише теоретичне розуміння природи ПТСР, але й формування практичних навичок, необхідних для ефективного подолання його симптомів.

ВИСНОВКИ

Вивчення особливостей подолання симптомів посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій дає підставу зробити наступні висновки.

Проведене дослідження особливостей подолання симптомів посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій дозволило комплексно вивчити теоретичні та практичні аспекти цієї актуальної проблеми в умовах тривалого збройного конфлікту в Україні. Узагальнення

результатів теоретичного аналізу та емпіричного дослідження дає підстави сформулювати наступні висновки відповідно до поставлених завдань.

Системний аналіз основних підходів до вивчення поняття «посттравматичний стресовий розлад» у зарубіжних та вітчизняних дослідженнях дозволив простежити еволюцію наукових поглядів на цей феномен від «травматичного неврозу» XIX століття до сучасного розуміння ПТСР як самостійного психічного розладу з чітко визначеними діагностичними критеріями. Встановлено, що концептуалізація ПТСР пройшла складний шлях розвитку, в якому ключову роль відіграли дослідження Г. Опенгейма, А. Кардінера, М. Горовіца, Е. Фoa та інших науковців. Українські дослідники, зокрема П. Волошин, О. Чабан, О. Кокун, Н. Агаєв, І. Пішко, Н. Лозінська, суттєво збагатили розуміння специфіки ПТСР в умовах сучасних бойових дій. У дослідженні обґрунтовано використання офіційного визначення ПТСР, затвердженого МОЗ України, яке враховує реалії тривалого військового конфлікту та інтегрує міжнародний досвід з національною специфікою.

Характеристика симптомів ПТСР в учасників бойових дій виявила специфічні особливості, пов'язані з умовами бойової діяльності. Встановлено, що симптоматика ПТСР у військовослужбовців має три основні кластери: повторне переживання травматичної події через інтрузивні спогади, флешбеки та нічні кошмари; уникання та емоційне заціпеніння, що проявляється в уникненні тригерів та втраті інтересу до значущих видів діяльності; підвищена збудливість з характерними проявами безсоння, дратівливості, труднощів концентрації уваги. Визначено часові рамки розвитку ПТСР: від гострої стресової реакції в перші дні після травми до формування власне ПТСР через місяць і більше, з виділенням гострого, хронічного та відстроченого типів розладу. Обґрунтовано, що діагностика ПТСР у військовослужбовців в Україні регламентується Уніфікованим клінічним протоколом МОЗ України та базується на критеріях МКХ-10 та

DSM-5, передбачаючи комплексну оцінку клініко-біографічного анамнезу та використання стандартизованих психодіагностичних методик.

Виокремлення та аналіз стресогенних чинників бойової діяльності дозволило визначити чотири основні групи факторів, що обумовлюють виникнення симптомів ПТСР: індивідуально-психологічні чинники, включаючи генетичну схильність, емоційну нестійкість та попередній травматичний досвід; соціально-демографічні чинники, зокрема молодий вік, відсутність сімейної підтримки, низький освітній рівень; екстремальні чинники бойової діяльності, що охоплюють як специфічні загрози життю та фізичні травми, так і неспецифічні стресори тривалої професійної діяльності в умовах невизначеності; післябойові фактори, пов'язані з відсутністю своєчасної реабілітації та проблемами соціально-економічної реінтеграції. Доведено, що центральним елементом у системі стресогенних впливів є бойовий стрес, який визначається як стан психічного напруження військовослужбовців у процесі їх адаптації до умов бойової діяльності з використанням ресурсного потенціалу. Встановлено пряму залежність між рівнем інтенсивності перенесеного бойового стресу та ризиком виникнення ПТСР.

Проведене емпіричне дослідження особливостей подолання симптомів посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій дозволило отримати важливі наукові результати, які розкривають специфіку психотравматизації військовослужбовців в умовах сучасного збройного конфлікту та обґрунтовують ефективні підходи до психологічної допомоги.

Підібраний нами комплекс діагностичних інструментів довів свою ефективність для якісної оцінки психотравматизації військовослужбовців та виявлення особливостей проявів симптомів ПТСР. Застосування двох взаємодоповнюючих методик: Опитувальника травматичного стресу І.О. Котеньова та Міссісіпської шкали для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант) забезпечило можливість комплексного аналізу як інтегральних показників вираженості симптомів ПТСР, так і

диференційованої оцінки окремих компонентів посттравматичної симптоматики. Обрані психодіагностичні методики продемонстрували високу узгодженість результатів ($r_s = 0,677$, $p < 0,01$ між показниками Міссісіпської шкали та ОТС), що підтверджує валідність отриманих даних та надійність обраного методологічного підходу до дослідження психотравматизації учасників бойових дій.

Для виявлення та аналізу чинників, що зумовлюють виникнення проявів симптомів ПТСР в учасників бойових дій, нами було використано Опитувальник бойового стресу Блінова О.А. (ОБСБ). Ця методика дозволила не лише оцінити інтегральний рівень бойового стресу, але й диференційовано проаналізувати вплив факторів безпосереднього та опосередкованого емоційного впливу, а також визначити ресурсний потенціал особистості для подолання наслідків травматичного стресу.

Використання нами трьохетапної процедури дослідження з використанням індивідуальних бесід, анкетування та психодіагностичного тестування дозволило зібрати важливі репрезентативні дані про 40 учасників бойових дій з різними соціально-демографічними характеристиками. Особливо цінним виявився комплексний підхід до формування вибірки, що враховував вікові особливості респондентів, їхній сімейний стан, наявність попереднього військового досвіду, тривалість участі в бойових діях та наявність інвалідності. Методологічно обґрунтований поділ респондентів на групи за тривалістю служби (до 18 місяців та більше 18 місяців) забезпечив можливість проведення коректного порівняльного аналізу впливу тривалості бойового досвіду на розвиток симптомів ПТСР.

Результати проведеного емпіричного дослідження виявили високу поширеність симптомів ПТСР серед учасників бойових дій: 67,5% респондентів продемонстрували ознаки психотравматизації різного ступеня вираженості, при цьому 32,5% мають високу вірогідність ПТСР з клінічно значущими проявами. Найбільш проблемними сферами виявилися дистрес і дезадаптація (42,5% респондентів з клінічно значущими проявами) та

симптоми уникнення (40%), що свідчить про значні труднощі військовослужбовців з психологічною адаптацією та соціальним функціонуванням. Встановлено, що сімейний стан є важливим захисним фактором: серед одружених учасників бойових дій клінічно значущі прояви ПТСР спостерігаються у 25% випадків, тоді як серед неодружених цей показник сягає 56,25%. Виявлено критичний період психологічної вразливості на 13–18 місяці служби, коли спостерігається найвища частота тяжких форм ПТСР (52,4% військовослужбовців з досвідом до 18 місяців демонструють клінічно значущі прояви). Наявність інвалідності виявилася потужним фактором ризику: 57,1% учасників бойових дій з інвалідністю мають клінічно значущі прояви ПТСР, причому 50% демонструють повну вираженість симптоматики. Кореляційний аналіз підтвердив, що бойовий стрес є ключовим чинником розвитку ПТСР ($r_s = 0,599$, $p < 0,01$), при цьому найсильніший зв'язок виявлено між загальними показниками ПТСР та субшкалою гострих стресових розладів ($r_s = 0,693$, $p < 0,01$). Важливим результатом стало виявлення негативної кореляції між симптомами ПТСР та ресурсним потенціалом особистості ($r_s = -0,045$, $p < 0,01$), що підтверджує захисну роль психологічних ресурсів у запобіганні розвитку посттравматичних розладів.

Розроблені психологічні рекомендації для подолання симптомів ПТСР базуються на диференційованому підході відповідно до рівня вираженості симптоматики та враховують необхідність міждисциплінарної координації зусиль фахівців. Обґрунтовано доцільність впровадження багаторівневої системи психологічної допомоги, що включає первинний скринінг, короткострокові профілактичні заходи, спеціалізовану допомогу та комплексні реабілітаційні програми.

Визначено основні методи роботи з травмою, ефективність яких підтверджена науковими дослідженнями: когнітивно-поведінкова терапія з фокусом на травмі, десенсибілізація та переробка за допомогою руху очей, нарративна експозиційна терапія тощо. Особливу увагу приділено розвитку

ресурсного потенціалу особистості, враховуючи, що лише 10% досліджуваних мають високий рівень психологічних ресурсів. Розроблена тренінгова програма «Особливості подолання проявів симптомів ПТСР в учасників бойових дій на етапі реінтеграції» інтегрує сучасні науково обґрунтовані підходи та включає 10 тематичних занять з трьома взаємопов'язаними компонентами: інформаційно-смысловим, діагностичним та корекційно-розвивальним. Програма спрямована на формування стійких навичок самодопомоги та враховує специфіку бойової травматизації учасників бойових дій в Україні.

Таким чином, проведене дослідження розкриває складну багаторівневу структуру проявів ПТСР в учасників бойових дій та обґрунтовує комплексний підхід до подолання симптомів цього розладу. Отримані результати мають важливе теоретичне значення для поглиблення розуміння механізмів психотравматизації в умовах сучасних бойових дій та практичну цінність для вдосконалення системи психологічної допомоги учасникам бойових дій.

Перспективними напрямками подальших досліджень є дослідження довгострокових наслідків бойової травматизації, розробка спеціалізованих програм для окремих категорій учасників бойових дій та дослідження факторів посттравматичного зростання особистості.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаєв Н. А., Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Остапчук В. В., Ткаченко В. В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2016.
URL:

https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/107163/1/%D0%9F%D0%BE%D1%81%D1%96%D0%B1%D0%BD%D0%B8%D0%BA%20%D0%9D%D0%9F%D0%A1_16.pdf.

2. Бессел ван дер Колк. Тіло веде лік. Як лишити психотравми в минулому / пер. з англ. І. Савюк. Харків: Віват, 2022. 624 с. Режим доступу: <https://101kniga.com.ua/wp-content/uploads/2023/05/tielo-pomnit-vsie.-kakuiu-rol-biessiel-van-dier-kolk.pdf>

3. Блінов О. А. Бойовий стрес та результати його емпіричного дослідження. *Психологічний часопис: збірник наукових праць* / за ред. С.Д. Максименка. 2018. № 2 (12). Вип. 12. С. 9–22.

4. Блінов О. А. Діагностика бойового стресу за допомогою опитувальника ОБСБ. *Вісник національного університету оборони України*. 2022. Вип. 64(6). С. 5–18. DOI: <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2021-64-6-5-18>.

5. Блінов О. А. Опитувальник бойового стресу Блінова О.А. (ОБСБ). *Психологічний часопис: збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України* / за ред. С.Д. Максименка. № 5 (9). Вип. 9. Київ. 2017. С. 32–43. URL: <https://er.nau.edu.ua/bitstream/NAU/44038/3/%D0%91%D0%BB%D1%96%D0%BD%D0%BE%D0%B2%20%D0%9E.%D0%90.%20%D0%9E%D0%BF%D0%B8%D1%82%D1%83%D0%B2%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B8%D0%BA%20%D0%B1%D0%BE%D0%B9%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D0%B3%D0%BE%20%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%83%20%D0%9E%D0%91%D0%A1%D0%91.pdf>.

6. Блінов О. А. Переживання бойового стресу військовослужбовцями підрозділів і тих, хто лікується в госпіталі. *Психологія і особистість*. 2022. Вип. 1. С. 85–99. DOI: <https://doi.org/10.33989/2226-4078.2022.1.252055>.

7. Блінов О. А. Психологія бойової психічної травми : монографія. К.: Талком, 2016. 246 с. URL: <https://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi71/0051503.pdf>.

8. Борисова О. О. Психореабілітація військових і членів їхніх сімей: навчальний посібник. Одеса. 2024. 342 с. URL: <http://dspace.pdpu.edu.ua/handle/123456789/20062>.

9. Буйссе Д. Дж., Рейнольдс К. Ф., Монк Т. Х., Берман С. Р., Купфер Д. Дж. Пітсбурзький індекс якості сну (PSQI): новий інструмент для психіатричних досліджень та практики. *Психіатрія і дослідження*. 1989. №28(2). С. 193-213. DOI: [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4).

10. Волошин П. В., Марута Н. О. Посттравматичні стресові розлади: Діагностика, теорія та лікування. Київ: Університетське видавництво Пульсари, 2003. 184 с.

11. Гаркуша І. В., Кайко В. І. Детермінанти стійкості військових ЗСУ до бойового стресу. *Вісник університету імені Альфреда Нобеля*. Серія «Педагогіка і психологія», 2019. Вип. 1 (7). С. 61–68. URL: <https://pedpsy.duan.edu.ua/images/PDF/2019/1/9.pdf>.

12. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору / Перек. з англ. О. Лизак, О. Наконечна, О. Шлапак. – Львів: Вид-во Старого Лева, 2015. – 416 с. URL: <http://resource.history.org.ua/item/10580>.

13. Горанський В. В. Особливості посттравматичних стресових розладів у учасників бойових дій. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2015. Вип. 17. С. 70-78.

14. Грицюк Р. А. Психологічна травма і шляхи її подолання: Монографія. Харків: ФОП Шейніна О.В., 2020. 392 с.

15. Денисенко М. М., Лакінський Р. В., Шестопалова Л. Ф., Лінський І. В. Основні клінічні варіанти постстресових розладів у комбатантів. *Український вісник психоневрології*. 2018. Т. 26. № 2 (95). С. 50–55.

16. Друзь О. В. Донбаський синдром: 93% учасники АТО небезпечні для себе та суспільства. *Виступ на круглому столі «Психологічна реабілітація та психіатрична допомога учасників антитерористичної операції. Шляхи зменшення суїцидів серед військовослужбовців та демобілізованих із зони АТО» на засіданні комітету з охорони здоров'я Верховної Ради України 25 серпня 2017 року*. URL:

<https://inforesist.org/glavnyiy-psihiatr-minoboronyi-93-atoshnikov-potentsialnaya-ugroza-dlya-obshchestva/>.

17. Єрмакова А. С., Скориніна–Погребна О. В. Стрес, як актуальна проблема емоційної сфери осіб, що знаходяться в зонах підвищеного ризику. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2016. Вип. 20. С. 56–63. URL:

http://repositsc.nuczu.edu.ua/bitstream/123456789/451/1/Ermakova_Skorynina-Pogrebna.pdf.

18. Кокун О. М. Особливості ступеню вияву у військовослужбовців діагностичних індикаторів ПТСР, зумовленого впливом екстремальних чинників бойової діяльності / О.М. Кокун, Н.А. Агаєв, І.О. Пішко, Н.С. Лозінська. *Проблеми екстремальної та кризової психології. Збірник наукових праць*. Вип. 20. Харків: НУЦЗУ, 2016. С. 84–93. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/84274033.pdf>.

19. Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій: метод. посіб. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2015. 170 с. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/11222/1/%D0%9F%D0%BE%D1%81%D1%96%D0%B1%D0%BD%D0%B8%D0%BA_2015.pdf.

20. Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Особливості вияву негативних психічних станів у військовослужбовців внаслідок тривалої участі в бойових діях та перебування в зоні АТО. *Вісник Національного університету оборони України*. Київ, 2015. Вип. 3. С. 123–129. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnaou_2015_3_23.

21. Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Остапчук В. В. Психологічна робота з військовослужбовцями – учасниками АТО на етапі відновлення: Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/706440/1/%D0%9F%D0%9E%D0%A1%D0%86%D0%91%D0%9D%D0%98%D0%9A_17.pdf.

22. Коkun О. М., Мороз В. М., Лозінська Н. С., Пішко І. О. Психологічна профілактика психотравматизації військовослужбовців Збройних Сил України : Методичний посібник. К: НДЦ ГП ЗСУ, 2021. 301 с. URL: https://drive.google.com/file/d/1cpN8oV_9JCd0YZ3l1SHPL2OhDQfe1QWp/view.
23. Коkun О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Стресогенні чинники бойової діяльності, що зумовлюють виникнення у військовослужбовців посттравматичних стресових розладів. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2017. Вип. 22. С. 143–150. URL: <https://nuczu.edu.ua/sciencearchive/ProblemsOfExtremeAndCrisisPsychology/vol22/15.pdf>.
24. Колесніченко О. С. Засади бойової психологічної травматизації військовослужбовців: монографія. Харків: ФОП Бровін О.В., 2018. 488 с. URL: https://books.ndcnangu.co.ua/knigi/Monograf_bojov_psihol_travm_2018.pdf
25. Корольчук О. Л. Посттравматичний стресовий розлад як новий виклик сучасній Україні. Інвестиції: практика та досвід. 2016. № 17. С. 104-111. URL: http://www.investplan.com.ua/pdf/17_2016/19.pdf.
26. Кравченко К. О., Тімченко О. В., Ширококов Ю. М. Соціально–психологічні детермінанти виникнення бойового стресу у військовослужбовців – учасників антитерористичної операції: монографія. Харків: НУЦЗУ, 2017. 256 с. URL: <http://repositsc.nuczu.edu.ua/handle/123456789/4026>.
27. Левін П. А. Зцілення від травми. Новаторська програма з відновлення мудрості тіла. Київ: Видавництво Ростислава Бурлаки. – 2022. –156 с.
28. Левін П. А. Зцілення від травми: пробудження тигра / пер. з англ. К. Яковлевої. Київ: Академвидав, – 2017. – 322 с.
29. Лозінська Н. С. Поняття бойового стресу та його наслідки у військовослужбовців. *Збірник наукових праць Національної академії*

Державної прикордонної служби України. Серія: психологічні науки. 2018. № 3(11). С. 150–166.

30. Лозінська Н. С. Психотравма як наслідок травматичного стресу в різних напрямках сучасної психології. *Вісник Національного Університету Оборони України.* 2019. № 50 (2). С. 65–73. DOI: <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2018-50-2-65-73>.

31. Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант). Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: методичний посібник // Агаєв Н.А., Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В., Ткаченко В.В. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. С. 160–165. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/107163/1/%D0%9F%D0%BE%D1%81%D1%96%D0%B1%D0%BD%D0%B8%D0%BA%20%D0%9D%D0%9F%D0%A1_16.pdf.

32. Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу. Матеріал Psylab.info – енциклопедії психодіагностики. URL: https://psylab.info/%D0%9C%D0%B8%D1%81%D1%81%D0%B8%D1%81%D0%B8%D0%BF%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D1%88%D0%BA%D0%B0%D0%BB%D0%B0_%D0%BF%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%B3%D0%BE_%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%81%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D0%B3%D0%BE_%D1%80%D0%B0%D1%81%D1%81%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%B9%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B0.

33. МКХ-10: Міжнародна статистична класифікація хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я, 10-й перегляд / ВООЗ; пер. з англ. Женева, 2019. Т. 3. URL: <https://icd.who.int/browse10/2019/en> (дата звернення: 18.05.2025).

34. Молчанова О. М. Особливості стійкості до бойового стресу у мобілізованих чоловіків в період воєнного стану в Україні. *Науковий часопис Українського державного університету імені Михайла Драгоманова. Серія*

12. *Психологічні науки*. 2024. Вип. 23 (68). DOI: [https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series12.2024.23\(68\).08](https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series12.2024.23(68).08).

35. Опитувальник травматичного стресу (ОТС). Енциклопедія сучасної юридичної психології. URL: https://legal_psychology.academic.ru/282/%D0%9E%D0%BF%D1%80%D0%BE%D1%81%D0%BD%D0%B8%D0%BA_%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%B3%D0%BE_%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%81%D0%B0_%28%D0%9E%D0%A2%D0%A1%29.

36. Опитувальник травматичного стресу І.О. Котеньова. *Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: методичний посібник* // Агаєв Н.А., Кокур О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В., Ткаченко В.В. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. С. 139–149. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/107163/1/%D0%9F%D0%BE%D1%81%D1%96%D0%B1%D0%BD%D0%B8%D0%BA%20%D0%9D%D0%9F%D0%A1_16.pdf.

37. Осьодло В. І. Особистісні чинники подолання стресових ситуацій в особливих умовах. Проблеми екстремальної та кризової психології. Вип. 14. Ч. І. 2013. С. 243–253.

38. Осьодло В. І., Зубовський Д. С. Посттравматичне зростання особистості учасників бойових дій: сучасний стан та перспективи. *Український психологічний журнал : збірник наукових праць Київського національного університету імені Т.Г. Шевченка*. Вип. 1 (3). 2017. С. 63–79.

39. Підчасов Є. В. Фактори ризику розвитку посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців, які брали участь у бойових діях. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки*. 2018. Вип. 3(2). С. 123–128.

40. Платинюк О. Б. Діагностика, корекція та профілактика непсихотичних психічних розладів в учасників бойових дій, які отримали поранення : дис. ... д-ра філос. наук : 222. Харків, 2021. 158 с.

41. Попелюшко Р. П. Основні критерії та діагностика посттравматичних стресових розладів у комбатантів. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки*. 2016. Вип. 2(1). С. 164–168. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvkhp_2016_2\(1\)_30](http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvkhp_2016_2(1)_30).

42. Посттравматичний стресовий розлад // Вікіпедія: вільна енциклопедія. URL: https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%B9_%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B5%D1%81%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D0%B9_%D1%80%D0%BE%D0%B7%D0%BB%D0%B0%D0%B4 (дата звернення: 19.05.2025).

43. Приходько І. І. Система профілактики та контролю бойового стресу у військовослужбовців. *Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія: Психологія*. 2018. Вип. 1. С. 127–143. URL: https://books.ndcnangu.co.ua/statti_NDL_3/Vnadpn_2018_1_13.pdf.

44. Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.07.2024 р. №1265. URL: https://moz.gov.ua/storage/uploads/ec4ae01d-d0d3-4c0a-bf92-3cefbef633be/dn_1265_19072024_dod.pdf (дата звернення: 13.08.2024).

45. Ротшильд Б. Спогади тіла. Психофізіологія та терапія психологічної травми / пер. з англ. К. Ковальова. Київ: Інститут психотравми, 2019. 272 с.

46. Сігел Д. Дж. Вікно толерантності: нейробіологічний підхід до регуляції емоцій / пер. з англ. Н. Мельник. Київ: Наш формат, 2020. 352 с.

47. Теслюк В. М. Дослідження бойового стресу у військовослужбовців. DOI: <https://doi.org/10.30888/2663-5712.2024-23-00-024>.

48. Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу: монографія / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос та ін. Київ: Видавничий Дім «Слово», 2020.

178

с.

URL:

https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/722181/1/Monograph2020_labpsychother.pdf.

49. Тімченко О. В., Ширококов Ю. М. Соціальнопсихологічні детермінанти виникнення бойового стресу у військовослужбовців – учасників антитерористичної операції : монографія. Харків : НУЦЗУ, 2017. 256 с. URL: <http://repositsc.nuczu.edu.ua/handle/123456789/4026> (дата звернення: 03.12.2024).

50. Хміляр О. Ф., Зубовський Д. С. Посттравматичний стресовий розлад: особливості діагностики та проявів у учасників антитерористичної операції. Технології розвитку інтелекту. 2016. Вип. 3. Т. 2. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/tri_2016_2_3_6 (дата звернення: 19.05.2024).

51. Чабан О. С. Розлади адаптації та посттравматичні стресові розлади: діагностика, клініка, лікування: монографія. Харків: Харківська медична академія післядипломної освіти, 2017. DOI: <https://doi.org/10.24412/9788179878456>.

52. Чабан О. С.: ПТСР – алгоритм виявлення та стратегії лікування. URL: http://www.upma.online/wp-content/uploads/2023/08/04_TRANSKRYPT_Oleg_C_Haban_Lektsiya_2_PTSR_chastyna_1.pdf.

53. Шкала оцінки впливу травматичної події (англ. Impact of Event Scale, скор. IES-R)». URL: https://www.eztests.xyz/tests/personality_iesr/ (дата звернення: 10.03.2025).

54. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III. 3rd ed. Washington DC: American Psychiatric Association, 1980. 494 p. URL: https://archive.org/details/diagnosticstatist0000amer_r2r3 (дата звернення: 18.05.2025).

55. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM–5). Arlington VA: American Psychiatric Publishing, 2013. 992 p. DOI: <https://doi.10.1176/appi.books.9780890425596>.

56. Bezsheiko V. Адаптація Шкали для клінічної діагностики ПТСР та опитувальника "Перелік симптомів ПТСР" для української популяції. Психосоматична медицина та загальна практика. 2016. URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/8> (дата звернення: 29.01.2025).
57. Bourne P. G. Men, stress and Vietnam. Boston : Little Brown, 1970. 195 p.
58. Brewin C. R. Post-traumatic Stress Disorder: Malady or Myth? New Haven CT. London: Yale University Press, 2003. 271 p.
59. Davidson J. R. T. Trauma: The Impact of Post-Traumatic Stress Disorder. *Journal of Psychopharmacology*. 2000. Vol. 14, № 2 (Suppl 1). P. 5–12. DOI: <https://doi.org/10.1177/02698811000142S102>.
60. Erichsen F. E. On Railway and Other Injuries of the Nervous System. London, 1867. 103 p.
61. Figley Ch. R. (Ed.). Stress Disorders Among Vietnam Veterans: Theory, Research, and Treatment. New York: Brunner/Mazel, 1978. 358 p.
62. Foa E. B., Zinbarg R. E., Rothbaum B. O. Uncontrollability and unpredictability in post-traumatic stress disorder: An animal model. *Psychological Bulletin*. 1992. Vol. 112, № 2. P. 218-238. DOI: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.2.218>.
63. Friedman M. J. Posttraumatic Stress Disorder: An Overview. Canada: University of Toronto Press, 2016. 267 с. URL: <https://www.utpjournals.press/doi/book/10.3138/9781442624658> (дата звернення: 18.05.2025).
64. Friedman M. J., Keane T. M., Resick P. A. (Eds.). Handbook of PTSD: Science and Practice. 2nd ed. New York: Guilford Press. 2014. 718 p.
65. Horowitz M. J. Disasters and psychological responses to stress. *Psychiatric Annals*. 1985. Vol. 15, № 3. P. 161–167. DOI: <https://doi.org/10.3928/0048-5713-19850301-07>.

66. Horowitz M. J. Stress Response Syndromes. New York: Jason Aronson, 1976. 358 p.
67. Horowitz M. J. Stress response syndromes: Character style and dynamic psychotherapy. Archives of General Psychiatry, 1974. Vol. 31, № 6. P. 768-781. DOI: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1974.01760180012002>.
68. Kardiner A. M. The Traumatic Neuroses of War. Psychosomatic Medicine Monograph II-III. Washington D.C. National Research Council. New York: Paul B. Hoeber. 1941. 258 p.
69. Kardiner A. M., Spiegel H. X. War Stress and Neurotic Illness. Second Edition of The Traumatic Neuroses of War. New York: Paul B. Hoeber, Inc. 1947. 428 p.
70. Keane T. M., Caddell J. M., Taylor K. L. Mississippi Scale for Combat – Related Posttraumatic Stress Disorder: Three studies in reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1988. Vol. 56(1). P. 85–90. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.1.85>.
71. Knowles K. A., Sripada R. K., Defever M. O., Rauch S. M. Comorbid mood and anxiety disorders and severity of posttraumatic stress disorder symptoms in treatment-seeking veterans. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2019. Vol. 11. № 4. P. 451–458. DOI: <https://doi.org/10.1037/tra0000383>.
72. Moeli C. F. Ueber psychische Störungen nach Eisenbahnunfällen [Психічні порушення після залізничних аварій]. *Berliner Klinische Wochenschrift*. 1881. № 18. С. 77–81. URL: <https://www.digi-hub.de/viewer/toc/BKW1881/1/>.
73. Myers C. S. A contribution to the study of shell shock: Being an account of three cases of loss of memory, vision, smell, and taste, admitted into the Duchess of Westminster's War Hospital, Le Touquet. *The Lancet*. 1915. Vol. 185. № 4772. P. 316-320. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)52916-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)52916-X).
74. Newman E. N., Kaloupek D. G., Keane T. M. Assessment of posttraumatic stress disorder in clinical and research settings. In B. van der Kolk,

A. McFarlane, L. Weisaeth (Eds.). *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York: Guilford Press. 1996. P. 242–275.

75. Oppenheim H. Die traumatischen Neurosen nach den in der Nervenlinik der Charit  in den letzten 5 Jahren gesammelten Beobachtungen. *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1889. P. 98–103.

76. Prochaska J. O., DiClemente C. C., Norcross J. C. In search of how people change: applications to addictive behaviors. *American Psychologist*. 2002. Vol. 47(9). P. 1102-1114. DOI: <https://doi.org/10.1037//0003-066x.47.9.1102>

77. Walter K. H., Levine J. A., Highfill- McRoy R. M., Navarro M. et al. Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder and Psychological Comorbidities Among U.S. Active Duty Service Members, 2006-2013. *Journal Trauma Stress*. 2018. Vol. 31. № 6. P. 837–844. DOI: <https://doi.org/10.1002/jts.22337>.

78. Watson G. G. Appendix: PTSD interview (PTSD-I) DSM-III version. *J. Clin. Psychol*. 1991. № 4.

ДОДАТКИ

Додаток А

Результати визначення коефіцієнта рангової кореляції $r_{\text{с емп}}$ Спірмена між загальним показником ПТСР за Опитувальником травматичного стресу І.О.

Котеньова (ОТС) та інтегральним показником бойового стресу за
Опитувальником бойового стресу Блінова (ОБСБ)
(метод кореляції r_s Спірмена)

№ з/п	Бал ПТСР за методикою І.О. Котеньова (змінна А)		Інтегральний показник бойового стресу за ОБСБ (змінна В)		d (ранг А- ранг В)	d ²
	Інд.значення	Ранг	Інд.значення	Ранг		
1	54,0	9	2,75	10	1	1
2	94,0	40	3,42	30,0	10	100
3	60,0	12,5	2,5	2,5	10	100
4	52,0	7,5	2,5	2,5	5	25
5	62,0	14,5	2,71	8,0	6,5	42,25
6	58,0	11	3,33	24,0	13	169
7	52,0	7,5	2,63	5,0	2,5	6,25
8	74,0	29,5	3,33	24,0	5,5	30,25
9	66,0	21,0	3,5	32,5	11,5	132,25
10	68,0	24,0	2,83	14	10	100
11	72,0	27,5	3,5	32,5	5	25
12	70,0	26	3,38	27,0	1	1
13	66,0	21,0	3,42	30,0	9	81
14	56,0	10	3,08	20,5	10,5	110,25
15	78,0	34	2,79	12,0	22	484
16	82,0	36	4,17	39,5	3,5	12,25
17	74,0	29,5	4,17	39,5	10	100
18	51,0	5,0	2,71	8,0	3	9
19	46,0	1,5	2,25	1	0,5	0,25
20	64,0	17,5	3,54	34	16,5	272,25
21	64,0	17,5	2,71	8,0	9,5	90,25
22	60,0	12,5	3,38	27,0	14,5	210,25
23	80,0	35	2,79	12,0	23	529
24	88,0	38	3,71	35	3	9
25	68,0	24,0	3,38	27,0	3	9
26	66,0	21,0	3,92	37,5	16,5	272,25
27	90,0	39	3,91	36	3	9
28	51,0	5,0	2,96	16	11	121

29	46,0	1,5	2,79	12,0	10,5	110,25
30	72,0	27,5	3,33	24,0	3,5	12,25
31	64,0	17,5	2,63	5,0	12,5	156,25
32	51,0	5,0	2,92	15	10	100
33	64,0	17,5	2,63	5,0	12,5	156,25
34	62,0	14,5	3,04	17,5	3	9
35	76,0	32,0	3,42	30,0	2	4
36	84,0	37	3,92	37,5	0,5	0,25
37	50,0	3	3,08	20,5	17,5	306,25
38	68,0	24,0	3,08	20,5	3,5	12,25
39	76,0	32,0	3,04	17,5	14,5	210,25
40	76,0	32,0	3,08	20,5	11,5	132,25

$$\sum d^2 = 4260$$

$$r_{s\text{ эм}} = 1 - (6 \cdot \sum d^2) / N \cdot (N^2 - 1) = 1 - (6 \cdot 4260) / 40 \cdot (40^2 - 1) = 0,59904$$

Додаток А.1

Результати визначення коефіцієнта рангової кореляції $r_{s\text{ эм}}$ Спірмена між балом ПТСР за Міссісіпською шкалою посттравматичного стресового розладу (військовий варіант) та інтегральним показником бойового стресу за Опитувальником бойового стресу Блінова (ОБСБ) (метод кореляції r_s Спірмена)

№ з/п	Бал ПТСР за Міссісіпською шкалою ПТСР (змінна А)		Інтегральний показник бойового стресу за ОБСБ (змінна В)		d (ранг А-ранг В)	d ²
	Інд.значення	Ранг	Інд.значення	Ранг		
1	84,0	20,0	2,75	10	10	100
2	90,0	29	3,42	30,0	1	1
3	56,0	3,5	2,5	2,5	1	1
4	78,0	13	2,5	2,5	10,5	110,25
5	76,0	11	2,71	8,0	3	9
6	74,0	9	3,33	24,0	15	225
7	56,0	3,5	2,63	5,0	1,5	2,25
8	88,0	25,5	3,33	24,0	1,5	2,25
9	87,0	23,5	3,5	32,5	9	81
10	80,0	14,5	2,83	14	0,5	0,25

11	86,0	22	3,5	32,5	10,5	110,25
12	98,0	34	3,38	27,0	7	49
13	89,0	27,5	3,42	30,0	2,5	6,25
14	67,0	5	3,08	20,5	15,5	240,25
15	89,0	27,5	2,79	12,0	15,5	240,25
16	110,0	37	4,17	39,5	2,5	6,25
17	91,0	30	4,17	39,5	9,5	90,25
18	84,0	20,0	2,71	8,0	12	144
19	77,0	12	2,25	1	11	121
20	87,0	23,5	3,54	34	10,5	110,25
21	45,0	1	2,71	8,0	7	49
22	88,0	25,5	3,38	27,0	1,5	2,25
23	93,0	31	2,79	12,0	19	361
24	123,0	39	3,71	35	4	16
25	72,0	7	3,38	27,0	20	400
26	75,0	10	3,92	37,5	27,5	756,25
27	125,0	40	3,91	36	4	16
28	95,0	32,5	2,96	16	16,5	272,25
29	83,0	17,5	2,79	12,0	5,5	30,25
30	99,0	35	3,33	24,0	11	121
31	83,0	17,5	2,63	5,0	12,5	156,25
32	73,0	8	2,92	15	7	49
33	81,0	16	2,63	5,0	11	121
34	70,0	6	3,04	17,5	11,5	132,25
35	103,0	36	3,42	30,0	6	36
36	115,0	38	3,92	37,5	0,5	0,25
37	46,0	2	3,08	20,5	18,5	342,25
38	84,0	20,0	3,08	20,5	0,5	0,25
39	80,0	14,5	3,04	17,5	3	9
40	95,0	32,5	3,08	20,5	12	144

$$\sum d^2 = 4664$$

$$r_{s\text{ enn}} = 1 - (6 \cdot \sum d^2) / N \cdot (N^2 - 1) = 1 - (6 \cdot 4664) / 40 \cdot (40^2 - 1) = 0,56145$$

Додаток А.2

Результати визначення коефіцієнта рангової кореляції $r_{s\text{ емп}}$ Спірмена між загальним показником ПТСР за Опитувальником травматичного стресу І.О. Котеньова (ОТС) та показником ГСР_ПТСР за Опитувальником бойового стресу Блінова (ОБСБ) (метод кореляції r_s Спірмена)

№ з/п	Бал ПТСР за методикою І.О. Котеньова (змінна А)		Показник ГСР_ПТСР за ОБСБ (змінна Б)		d (ранг А- ранг В)	d ²
	Інд.значення	Ранг	Інд.значення	Ранг		
1	54,0	9	3,0	11,5	2,5	6,25
2	94,0	40	4,43	36	4	16
3	60,0	12,5	1,71	1	11,5	132,25
4	52,0	7,5	3,0	11,5	4	16
5	62,0	14,5	3,57	23,5	9	81
6	58,0	11	3,57	23,5	12,5	156,25
7	52,0	7,5	2,43	3	4,5	20,25
8	74,0	29,5	3,71	27,0	2,5	6,25
9	66,0	21,0	3,43	20,0	1	1
10	68,0	24,0	2,86	8,5	15,5	240,25
11	72,0	27,5	4,29	34,5	7	49
12	70,0	26	4,0	30,5	4,5	20,25
13	66,0	21,0	4,14	32,5	11,5	132,25
14	56,0	10	2,86	8,5	1,5	2,25
15	78,0	34	3,29	16,0	18	324
16	82,0	36	4,57	37,5	1,5	2,25
17	74,0	29,5	4,71	39,5	10	100
18	51,0	5,0	2,71	5,5	0,5	0,25
19	46,0	1,5	3,57	23,5	22	484
20	64,0	17,5	4,0	30,5	13	169
21	64,0	17,5	2,71	5,5	12	144
22	60,0	12,5	3,43	20,0	7,5	56,25
23	80,0	35	3,29	16,0	19	361
24	88,0	38	4,57	37,5	0,5	0,25
25	68,0	24,0	3,57	23,5	0,5	0,25

26	66,0	21,0	3,71	27,0	6	36
27	90,0	39	4,29	34,5	4,5	20,25
28	51,0	5,0	3,0	11,5	6,5	42,25
29	46,0	1,5	2,71	5,5	4	16
30	72,0	27,5	3,71	27,0	0,5	0,25
31	64,0	17,5	3,29	16,0	1,5	2,25
32	51,0	5,0	2,29	2	3	9
33	64,0	17,5	2,71	5,5	12	144
34	62,0	14,5	3,0	11,5	3	9
35	76,0	32,0	4,14	32,5	0,5	0,25
36	84,0	37	4,71	39,5	2,5	6,25
37	50,0	3	3,29	16,0	13	169
38	68,0	24,0	3,43	20,0	4	16
39	76,0	32,0	3,29	16,0	16	256
40	76,0	32,0	3,86	29	3	9

$$\sum d^2 = 3256$$

$$r_{s \text{ емп}} = 1 - (6 \cdot \sum d^2) / N \cdot (N^2 - 1) = 1 - (6 \cdot 3256) / 40 \cdot (40^2 - 1) = 0,69318$$

Додаток А.3

Результати визначення коефіцієнта рангової кореляції $r_{s \text{ емп}}$ Спірмена між загальним показником ПТСР за Опитувальником травматичного стресу І.О. Котеньова (ОТС) та показником РБ за Опитувальником бойового стресу Блінова (ОБСБ) (метод кореляції r_s Спірмена)

№ з/п	Бал ПТСР за методикою І.О. Котеньова (змінна А)		Показник РБ за ОБСБ (змінна В)		d (ранг А- ранг В)	d ²
	Інд.значення	Ранг	Інд.значення	Ранг		
1	54,0	9	2,29	10,5	1,5	2,25
2	94,0	40	2,14	8	32	1024
3	60,0	12,5	2,8	25	12,5	156,25
4	52,0	7,5	1,57	1,5	6	36
5	62,0	14,5	1,57	1,5	13	169
6	58,0	11	2,86	27,5	16,5	272,25
7	52,0	7,5	3,14	31,0	23,5	552,25

8	74,0	29,5	2,29	10,5	19	361
9	66,0	21,0	3,43	35,5	14,5	210,25
10	68,0	24,0	2,71	21,0	3	9
11	72,0	27,5	1,86	3,5	24	576
12	70,0	26	2,71	21,0	5	25
13	66,0	21,0	2,0	5,5	15,5	240,25
14	56,0	10	3,29	33,5	23,5	552,25
15	78,0	34	2,57	16,5	17,5	306,25
16	82,0	36	4,0	39,5	3,5	12,25
17	74,0	29,5	3,57	37,5	8	64
18	51,0	5,0	2,86	27,5	22,5	506,25
19	46,0	1,5	1,86	3,5	2	4
20	64,0	17,5	3,14	31,0	13,5	182,25
21	64,0	17,5	2,71	21,0	3,5	12,25
22	60,0	12,5	2,71	21,0	8,5	72,25
23	80,0	35	2,11	7	28	784
24	88,0	38	2,57	16,5	21,5	462,25
25	68,0	24,0	2,71	21,0	3	9
26	66,0	21,0	4,0	39,5	18,5	342,25
27	90,0	39	3,43	35,5	3,5	12,25
28	51,0	5,0	2,43	14,0	9	81
29	46,0	1,5	3,57	37,5	36	1296
30	72,0	27,5	2,29	10,5	17	289
31	64,0	17,5	2,29	10,5	7	49
32	51,0	5,0	3,29	33,5	28,5	812,25
33	64,0	17,5	2,71	21,0	3,5	12,25
34	62,0	14,5	2,43	14,0	0,5	0,25
35	76,0	32,0	2,86	27,5	4,5	20,25
36	84,0	37	2,43	14,0	23	529
37	50,0	3	2,71	21,0	18	324
38	68,0	24,0	2,86	27,5	3,5	12,25
39	76,0	32,0	3,14	31,0	1	1
40	76,0	32,0	2,0	5,5	26,5	702,25

$$\sum d^2 = 11083.5$$

$$r_{s\text{ эм}} = 1 - (6 \cdot \sum d^2) / N \cdot (N^2 - 1) = 1 - (6 \cdot 11083,5) / 40 \cdot (40^2 - 1) = -0,04581$$

Додаток А.4

Результати визначення коефіцієнта рангової кореляції $r_{s\text{ эм}}$ Спірмена між загальним показником ПТСР за Опитувальником травматичного стресу І.О. Котеньова (ОТС) та показником ФБЕВ за Опитувальником бойового стресу Блінова (ОБСБ) (метод кореляції r_s Спірмена)

№ з/п	Бал ПТСР за методикою І.О. Котеньова (змінна А)		Показник ФБЕВ за ОБСБ (змінна В)		d (ранг А- ранг В)	d ²
	Інд.значення	Ранг	Інд.значення	Ранг		
1	54,0	9	3,0	14,5	5,5	30,25
2	94,0	40	3,4	24,5	15,5	240,25
3	60,0	12,5	2,8	10,0	2,5	6,25
4	52,0	7,5	2,6	5,5	2	4
5	62,0	14,5	3,0	14,5	0	0
6	58,0	11	3,4	24,5	13,5	182,25
7	52,0	7,5	2,4	2,5	5	25
8	74,0	29,5	4,0	32,5	3	9
9	66,0	21,0	3,4	24,5	3,5	12,25
10	68,0	24,0	2,8	10,0	14	196
11	72,0	27,5	4,0	32,5	5	25
12	70,0	26	3,4	24,5	1,5	2,25
13	66,0	21,0	4,2	36,5	15,5	240,25
14	56,0	10	3,2	18,5	8,5	72,25
15	78,0	34	2,8	10,0	24	576
16	82,0	36	4,2	36,5	0,5	0,25
17	74,0	29,5	4,4	39,5	10	100
18	51,0	5,0	2,6	5,5	0,5	0,25
19	46,0	1,5	1,2	1	0,5	0,25
20	64,0	17,5	3,2	18,5	1	1
21	64,0	17,5	2,4	2,5	15	225
22	60,0	12,5	4,0	32,5	20	400
23	80,0	35	3,6	29,5	5,5	30,25

24	88,0	38	4,4	39,5	1,5	2,25
25	68,0	24,0	3,6	29,5	5,5	30,25
26	66,0	21,0	4,2	36,5	15,5	240,25
27	90,0	39	4,0	32,5	6,5	42,25
28	51,0	5,0	2,8	10,0	5	25
29	46,0	1,5	3,0	14,5	13	169
30	72,0	27,5	3,4	24,5	3	9
31	64,0	17,5	2,6	5,5	12	144
32	51,0	5,0	3,4	24,5	19,5	380,25
33	64,0	17,5	2,6	5,5	12	144
34	62,0	14,5	3,4	24,5	10	100
35	76,0	32,0	3,2	18,5	13,5	182,25
36	84,0	37	4,2	36,5	0,5	0,25
37	50,0	3	3,2	18,5	15,5	240,25
38	68,0	24,0	3,0	14,5	9,5	90,25
39	76,0	32,0	2,8	10,0	22	484
40	76,0	32,0	3,4	24,5	7,5	56,25

$$\sum d^2 = 4717,5$$

$$r_{s \text{ эм}} = 1 - (6 \cdot \sum d^2) / N \cdot (N^2 - 1) = 1 - (6 \cdot 4717,5) / 40 \cdot (40^2 - 1) = 0,55351$$

Додаток А.5

Результати визначення коефіцієнта рангової кореляції $r_{s \text{ эм}}$ Спірмена між загальним показником ПТСР за Опитувальником травматичного стресу І.О. Котеньова (ОТС) та показником ФОВЕВ ОБСБ за Опитувальником бойового стресу Блінова (ОБСБ) (метод кореляції r_s Спірмена)

№ з/п	Бал ПТСР за методикою І. О. Котеньова (змінна А)		Показник ФОВЕВ за ОБСБ (змінна В)		d (ранг А- ранг В)	d ²
	Інд.значення	Ранг	Інд.значення	Ранг		
1	54,0	9	2,8	12,0	3	9
2	94,0	40	3,8	33,5	6,5	42,25
3	60,0	12,5	2,5	8	4,5	20,25
4	52,0	7,5	3,0	17,0	9,5	90,25
5	62,0	14,5	2,8	12,0	2,5	6,25
6	58,0	11	3,6	27,0	16	256

7	52,0	7,5	2,4	6,0	1,5	2,25
8	74,0	29,5	3,6	27,0	2,5	6,25
9	66,0	21,0	3,8	33,5	12,5	156,25
10	68,0	24,0	3,0	17,0	7	49
11	72,0	27,5	4,2	39	11,5	132,25
12	70,0	26	3,4	23,0	3	9
13	66,0	21,0	3,6	27,0	6	36
14	56,0	10	3,0	17,0	7	49
15	78,0	34	2,4	6,0	28	784
16	82,0	36	3,8	33,5	2,5	6,25
17	74,0	29,5	4,0	38	8,5	72,25
18	51,0	5,0	2,6	9	4	16
19	46,0	1,5	2,0	2	0,5	0,25
20	64,0	17,5	3,8	33,5	16	256
21	64,0	17,5	3,0	17,0	0,5	0,25
22	60,0	12,5	3,6	27,0	14,5	210,25
23	80,0	35	2,2	3,5	31,5	992,25
24	88,0	38	3,4	23,0	15	225
25	68,0	24,0	3,8	33,5	9,5	90,25
26	66,0	21,0	3,8	33,5	12,5	156,25
27	90,0	39	3,8	33,5	5,5	30,25
28	51,0	5,0	3,8	33,5	28,5	812,25
29	46,0	1,5	1,8	1	0,5	0,25
30	72,0	27,5	2,8	12,0	15,5	240,25
31	64,0	17,5	2,2	3,5	14	196
32	51,0	5,0	2,8	12,0	7	49
33	64,0	17,5	2,4	6,0	11,5	132,25
34	62,0	14,5	3,6	27,0	12,5	156,25
35	76,0	32,0	3,4	23,0	9	81
36	84,0	37	4,6	40	3	9
37	50,0	3	3,2	20,5	17,5	306,25
38	68,0	24,0	3,0	17,0	7	49
39	76,0	32,0	2,8	12,0	20	400

40	76,0	32,0	3,2	20,5	11,5	132,25
----	------	------	-----	------	------	--------

$$\sum d^2 = \mathbf{6267}$$

$$r_{s\,enn} = 1 - (6 \cdot \sum d^2) / N \cdot (N^2 - 1) = 1 - (6 \cdot 6267) / 40 \cdot (40^2 - 1) = 0,40693$$

Додаток А.6

Результати визначення коефіцієнта рангової кореляції $r_{s \text{ емп}}$ Спірмена між між балом ПТСР за Міссісіпською шкалою посттравматичного стресового розладу (військовий варіант) та показником субшкали симптомів ПТСР «Подія травми» за Опитувальником травматичного стресу І.О. Котеньова (ОТС) (метод кореляції r_s Спірмена)

№ з/п	Бал ПТСР за Міссісіпською шкалою ПТСР (змінна А)		Показник субшкали «Подія травми» за методикою І.О.Котеньова (змінна В)		d (ранг А- ранг В)	d ²
	Інд.значення	Ранг	Інд.значення	Ранг		
1	84,0	20,0	50,0	5,5	14,5	210,25
2	90,0	29	72,0	38,0	9	81
3	56,0	3,5	55,0	12,0	8,5	72,25
4	78,0	13	58,0	20,0	7	49
5	76,0	11	58,0	20,0	9	81
6	74,0	9	72,0	38,0	29	841
7	56,0	3,5	48,0	4	0,5	0,25
8	88,0	25,5	58,0	20,0	5,5	30,25
9	87,0	23,5	58,0	20,0	3,5	12,25
10	80,0	14,5	68,0	30,5	16	256
11	86,0	22	62,0	25,5	3,5	12,25
12	98,0	34	55,0	12,0	22	484
13	89,0	27,5	55,0	12,0	15,5	240,25
14	67,0	5	40,0	1	4	16
15	89,0	27,5	70,0	34,0	6,5	42,25
16	110,0	37	62,0	25,5	11,5	132,25
17	91,0	30	62,0	25,5	4,5	20,25
18	84,0	20,0	62,0	25,5	5,5	30,25
19	77,0	12	62,0	25,5	13,5	182,25
20	87,0	23,5	52,0	8,0	15,5	240,25
21	45,0	1	72,0	38,0	37	1369
22	88,0	25,5	50,0	5,5	20	400
23	93,0	31	68,0	30,5	0,5	0,25
24	123,0	39	70,0	34,0	5	25
25	72,0	7	68,0	30,5	23,5	552,25

26	75,0	10	56,0	16,0	6	36
27	125,0	40	68,0	30,5	9,5	90,25
28	95,0	32,5	62,0	25,5	7	49
29	83,0	17,5	55,0	12,0	5,5	30,25
30	99,0	35	58,0	20,0	15	225
31	83,0	17,5	56,0	16,0	1,5	2,25
32	73,0	8	42,0	2	6	36
33	81,0	16	52,0	8,0	8	64
34	70,0	6	70,0	34,0	28	784
35	103,0	36	55,0	12,0	24	576
36	115,0	38	72,0	38,0	0	0
37	46,0	2	44,0	3	1	1
38	84,0	20,0	56,0	16,0	4	16
39	80,0	14,5	72,0	38,0	23,5	552,25
40	95,0	32,5	52,0	8,0	24,5	600,25

$$\sum d^2 = 8442$$

$$r_{s \text{ емп}} = 1 - (6 \cdot \sum d^2) / N \cdot (N^2 - 1) = 1 - (6 \cdot 8442) / 40 \cdot (40^2 - 1) = 0,20325$$

Додаток А.7

Результати визначення коефіцієнта рангової кореляції $r_{s \text{ емп}}$ Спірмена між між балом ПТСР за Міссісіпською шкалою посттравматичного стресового розладу (військовий варіант) та загальним показником ПТСР за Опитувальником травматичного стресу І.О. Котеньова (ОТС) (метод кореляції r_s Спірмена)

№ з/п	Бал ПТСР за Міссісіпською шкалою ПТСР (змінна А)		Бал ПТСР за методикою Котеньова (змінна В)		d (ранг А- ранг В)	d ²
	Інд.значення	Ранг	Інд.значення	Ранг		
1	84,0	20,0	54,0	9	11	121
2	90,0	29	94,0	40	11	121
3	56,0	3,5	60,0	12,5	9	81
4	78,0	13	52,0	7,5	5,5	30,25
5	76,0	11	62,0	14,5	3,5	12,25
6	74,0	9	58,0	11	2	4

7	56,0	3,5	52,0	7,5	4	16
8	88,0	25,5	74,0	29,5	4	16
9	87,0	23,5	66,0	21,0	2,5	6,25
10	80,0	14,5	68,0	24,0	9,5	90,25
11	86,0	22	72,0	27,5	5,5	30,25
12	98,0	34	70,0	26	8	64
13	89,0	27,5	66,0	21,0	6,5	42,25
14	67,0	5	56,0	10	5	25
15	89,0	27,5	78,0	34	6,5	42,25
16	110,0	37	82,0	36	1	1
17	91,0	30	74,0	29,5	0,5	0,25
18	84,0	20,0	51,0	5,0	15	225
19	77,0	12	46,0	1,5	10,5	110,25
20	87,0	23,5	64,0	17,5	6	36
21	45,0	1	64,0	17,5	16,5	272,25
22	88,0	25,5	60,0	12,5	13	169
23	93,0	31	80,0	35	4	16
24	123,0	39	88,0	38	1	1
25	72,0	7	68,0	24,0	17	289
26	75,0	10	66,0	21,0	11	121
27	125,0	40	90,0	39	1	1
28	95,0	32,5	51,0	5,0	27,5	756,25
29	83,0	17,5	46,0	1,5	16	256
30	99,0	35	72,0	27,5	7,5	56,25
31	83,0	17,5	64,0	17,5	0	0
32	73,0	8	51,0	5,0	3	9
33	81,0	16	64,0	17,5	1,5	2,25
34	70,0	6	62,0	14,5	8,5	72,25
35	103,0	36	76,0	32,0	4	16
36	115,0	38	84,0	37	1	1
37	46,0	2	50,0	3	1	1
38	84,0	20,0	68,0	24,0	4	16
39	80,0	14,5	76,0	32,0	17,5	306,25

40	95,0	32,5	76,0	32,0	0,5	0,25
----	------	------	------	------	-----	------

$$\sum d^2 = 3436$$

$$r_{s\,emn} = 1 - (6 \cdot \sum d^2) / N \cdot (N^2 - 1) = 1 - (6 \cdot 3436) / 40 \cdot (40^2 - 1) = 0,67702$$

Додаток Б

Тренінгова програма на тему: «Особливості подолання проявів симптомів ПТСР в учасників бойових дій на етапі реінтеграції»

Пояснювальна записка

Актуальність програми

Повномасштабна війна в Україні створила безпрецедентні виклики для психічного здоров'я військовослужбовців. Бойові дії є найпотужнішим психосоціальним стресовим фактором, який має значний вплив на психічне та фізичне здоров'я учасників бойових дій. Це надзвичайне випробування для всієї країни, що особливо гостро позначається на психологічному стані військовослужбовців, які перебувають під постійною загрозою для життя через участь у бойових діях та екстремальні умови служби.

Психологічна травма, яку отримують українські військовослужбовці, має унікальний характер, зумовлений тривалістю конфлікту, його гібридною природою та високою інтенсивністю емоційного навантаження. Специфіка бойового досвіду українських комбатантів полягає в постійному перебуванні на межі життя та смерті, що спричиняє глибокі психоневрологічні зміни в структурі особистості.

Клінічні спостереження та психодіагностичні дослідження засвідчують, що ПТСР у комбатантів має складну симптоматику, яка включає болісні спогади про травматичні події, тривожні сни, повторне переживання болю і страху, підвищену агресивність, загострене почуття провини, значну збудливість та порушення когнітивних функцій.

Особливої уваги потребує період реінтеграції військовослужбовців до мирного життя, коли відбувається зіткнення воєнного досвіду з цивільними реаліями. У цей період часто загострюються симптоми ПТСР, виникають труднощі адаптації, проблеми з комунікацією та соціальною взаємодією. Збільшується ризик деструктивних форм поведінки, зокрема зловживання психоактивними речовинами, агресивних проявів, суїцидальних тенденцій.

За даними сучасних досліджень, від 10% до 30% військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, страждають на ПТСР. Ще більша кількість демонструє окремі симптоми розладу, що не досягають порогового рівня для встановлення діагнозу, але суттєво знижують якість життя. Без належної психологічної допомоги ці симптоми мають тенденцію до хронізації та посилення з часом.

Розробка та впровадження ефективної тренінгової програми з подолання симптомів ПТСР в учасників бойових дій на етапі реінтеграції та реабілітації є пріоритетним завданням для збереження психічного здоров'я військовослужбовців та їх успішного повернення до мирного життя. Запропонована програма спрямована на комплексне вирішення цього завдання з урахуванням сучасних наукових підходів та специфіки українського контексту.

Об'єкт дослідження програми: посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) в учасників бойових дій.

Предмет дослідження програми: особливості прояву симптомів ПТСР в учасників бойових дій та психологічні технології їх подолання на етапі реінтеграції та реабілітації.

Мета програми: формування комплексної системи психологічної допомоги учасникам бойових дій для ефективного подолання симптомів ПТСР, відновлення психологічної безпеки особистості, підвищення стресостійкості та сприяння успішній реінтеграції до мирного життя.

Завдання програми:

1. розширити знання учасників щодо природи ПТСР, його симптомів, механізмів розвитку та методів подолання.
2. проаналізувати вплив стрес-чинників бойової обстановки на розвиток симптомів ПТСР та специфіку їх прояву в учасників бойових дій.
3. сформувати навички самодіагностики та моніторингу симптомів ПТСР для своєчасного виявлення загострення проблеми.

4. навчити учасників розпізнавати та відстежувати прояви психологічної травми у власному досвіді.
5. розвинути здатність до саморегуляції нервової системи відповідно до концепції «вікна толерантності».
6. сформувати навички стабілізації психоемоційного стану через техніки заземлення та повернення до теперішнього моменту.
7. розвинути вміння управляти тригерами та інтрузивними спогадами, пов'язаними з травматичним досвідом.
8. навчити учасників ефективно регулювати інтенсивні емоційні стани: гнів, страх, тривогу, провину, сором.
9. сприяти відновленню здорового сну та подоланню нічних кошмарів.
10. допомогти у формуванні адаптивних копінг-стратегій, що відповідають вимогам цивільного життя.
11. сприяти відновленню соціальних зв'язків, розвитку комунікативних навичок та побудові мережі підтримки.
12. підтримати процес інтеграції бойового досвіду в цілісну ідентичність, пошуку нових життєвих сенсів та цілей.
13. забезпечити учасників індивідуальним планом самопомогі та подолання рецидивів для довгострокової підтримки досягнутих результатів.

Науково-методичні засади програми.

Програма базується на сучасних наукових підходах до розуміння природи психологічної травми та ПТСР, а також доказово ефективних методів їх подолання. В основі програми закладено інтегративний підхід, що забезпечує досягнення різних психотерапевтичних напрямків:

Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (TF-CBT) — для роботи з негативними думками, переконаннями та поведінковими патернами, пов'язаними з травмою [33].

Терапія прийняття та зобов'язання (ACT) — для розвитку психологічної гнучкості та здатності з використанням травматичного досвіду як частини життєвої історії без боротьби з ним [26].

Терапія, спрямована на лікування травми (BEPP) — для безпечного лікування травматичних спогадів та зменшення їх негативного впливу на поточне життя [27].

Соматичні підходи до роботи з травмою (за П. Левіном, та за Бессел ван дер Колком) — для роботи з тілесними проявами травми та відновлення здатності відчувати безпеку на рівні тіла [4], [12], [20], [21].

Міжособистісна нейробіологія (за Д. Сігелом) — для розуміння нейробіологічних основ травми та розвитку навичок регуляції нервової системи через концепцію «вікна толерантності» [24], [29], [36].

Наративний підхід — для реконструкції життєвої історії та інтеграції травматичного досвіду в цілісну ідентичність [11], [27].

Майндфулнес-орієнтовані практики — для розвитку здатності усвідомлено перебувати в теперішньому моменті [15], [16], [22], [41].

Техніки психологічної стабілізації (за Дж. Герман, Б. Ротшильд) — для відновлення відчуття безпеки та контролю [11], [28], [43].

Методичні засади.

Методика проведення програми базується на принципах активного навчання, поступовості, безпеки та інтеграції. Основним форматом роботи є тренінгові заняття, що поєднують психоедукаційний, діагностичний та корекційно-розвивальний компоненти.

Основні принципи програми:

- Безпека – створення безпечного простору для роботи з травматичним матеріалом, повага до меж та права відмовитися від виконання вправ.
- Поступовість – поетапне ускладнення завдань від базових технік стабілізації

до глибшої роботи з травматичними спогадами.

- Інтеграція – поєднання когнітивних, емоційних та тілесних аспектів досвіду для цілісного підходу до подолання ПТСР.
- Ресурсність – фокус на розвитку позитивних ресурсів та адаптивних механізмів подолання стресу.
- Індивідуалізація – врахування індивідуальних особливостей кожного учасника та можливість адаптації матеріалу до їхніх потреб.
- Практична спрямованість – акцент на розвитку конкретних навичок, які можна застосовувати в повсякденному житті.
- Комплексність – охоплення різних аспектів відновлення після травми: фізіологічного, психологічного, соціального та екзистенційного.

Опис вимог до спеціаліста, який впроваджує програму.

Для ефективного впровадження програми фахівець повинен мати:

Освіта та кваліфікація.

- вища психологічна освіта (магістр психології)
- спеціалізована підготовка в сфері травмотерапії та роботи з ПТСР
- бажано наявність сертифікації з травмофокусованої КПТ, EMDR, соматичної терапії травми або інших доказових методів роботи з ПТСР

Досвід роботи:

- мінімум 2 роки досвіду роботи з особами, які пережили травматичні події;
- досвід роботи з військовослужбовцями та/або учасниками бойових дій;
- досвід проведення групової психотерапевтичної роботи.

Професійні навички:

- глибоке розуміння природи психологічної травми та ПТСР;
- володіння методами діагностики ПТСР та оцінки стану клієнта
- вміння створювати безпечний простір для роботи з травматичним матеріалом
- навички роботи з групою
- здатність розпізнавати та відповідно реагувати на кризові стани

Особистісні якості:

- емпатія, толерантність, повага до клієнтів;
- стресостійкість та здатність до саморегуляції;
- вміння встановлювати довірливі стосунки;
- здатність утримувати психологічні межі;
- додаткові вимоги:
- розуміння специфіки військової культури та досвіду;
- обізнаність з актуальними дослідженнями у сфері психотравматології.

Перелік навчальних та методичних матеріалів, необхідних для реалізації програми

Для упровадження програми необхідно:

1. Приміщення та обладнання:

простора кімната з можливістю розставити стільці по колу; фліпчарт або дошка з маркерами різних кольорів; проектор та екран для демонстрації презентацій; ноутбук з доступом до інтернету; аудіосистема для відтворення релаксаційної музики; м'які килимки для тілесно-орієнтованих вправ (для багатьох учасників); годинник для контролю часу.

2. Канцелярські товари: папір А4 та А3; кольорові маркери, олівці, фломастери; ручки (за кілька учасників); стікери різних кольорів та розмірів; скотч; бейджі для імен учасників/

3. Дидактичні матеріали:

Роздатковий матеріал для кожного заняття; інформаційні буклети про ПЦР та методи самопомоги; опитувальники для діагностики ПТСР та супутніх симптомів; бланки, що містяться у додатках до кожного заняття.

4. Специфічні матеріали для вправ (за необхідності)

Структура і зміст програми.

Розвивальна програма «Особливості подолання проявів симптомів ПТСР в учасників бойових дій на етапі реінтеграції та реабілітації» має чітке планування та розрахована на 10 занять від 90 до 200 хв тривалістю кожне.

Оптимальний режим проведення – 1-2 заняття на тиждень, що дозволяє учасникам засвоїти матеріал, відпрацювати навички на практиці та виконати домашні завдання. Загальна тривалість програми становить 6-11 тижнів в залежності від обраної інтенсивності.

Форма проведення – практичні групові заняття.

Програма розрахована на учасників бойових дій, які мають прояви симптомів ПТСР та перебувають на етапі реінтеграції до мирного життя. Це можуть бути як діючі військовослужбовці, які раніше приймали участь в активних бойових діях, але на разі через різні обставини продовжують проходження військової служби у частинах забезпечення, зв'язку, логістики, у тилових частинах та у ТЦК та СП, а також ветерани, які звільнені в запас, отримали відстрочку за сімейними обставинами або демобілізувалися. Учасники групи можуть мати різний ступінь вираженості симптомів ПТСР – від субклінічних проявів до клінічно значущих, але без гострих кризових станів, які потребують індивідуальної терапії.

Кількість учасників групи – 10-12 учасників. Саме така кількість людей є, з одного боку, достатньо великою, щоб забезпечити необхідну різноманітність форм взаємодії, і, з другого боку, досить компактною, щоб кожен мав можливість особисто проявитися і водночас відчути себе невід'ємною частиною групи.

Кожне тренінгове заняття програми побудоване за певним алгоритмом:

Підготовчий етап:

- Підготовка приміщення та необхідних матеріалів
- Перевірка технічного обладнання
- Підготовка роздаткових матеріалів

Етап проведення заняття:

Вступна частина

- Знайомство (на першому занятті) або привітання або вступна вправа на кожному наступному занятті
- Представлення теми, мети, завдання
- Організаційні питання: тривалість, правила роботи групи та інше
- Мотивація (очікування, модель на результат)
- Рефлексія попереднього заняття та обговорення домашнього завдання (крім першого заняття)

Основна частина (набір вправ, що включають три компоненти):

1. Інформаційний компонент – теоретичний блок з подання нової інформації (міні-лекції, презентації, демонстрації)
2. Діагностичний компонент – вправи на самопізнання та рефлексію власного досвіду, скринінги симптомів ПТСР, методики діагностування
3. Корекційний компонент – практичні вправи та техніки для розвитку нових навичок

Заклучна частина

- Підведення підсумків заняття
- Рефлексія отриманого досвіду
- Обговорення домашнього завдання
- Завершальний ритуал або вправа для стабілізації емоційного стану

Завершальний етап:

- Обговорення з учасниками їх загального стану
- Відповіді на індивідуальні запитання
- Надання рекомендацій щодо самостійної роботи з домашнім завданням у період між заняттями

Форми проведення програми :

- Групові заняття
- Робота в малих групах (2-4 особи)
- Робота в парах
- Індивідуальна робота під час групових занять
- Самостійна робота між заняттями (домашні завдання)

Методи та прийоми роботи:

1. Інформаційно-просвітницькі методи: міні-лекції у формі психоедукаційних презентацій (наприклад, про ПТСР, бойовий стрес, вікно толерантності).
2. Діагностичні методи: опитувальники (PCL-5, Опитувальник бойового стресу Блінова, Пітсбурзький індекс якості сну), шкали самооцінки (наприклад, «Шкала інтенсивності емоцій»), щоденники самоспостереження.
3. Тілесно-орієнтовані методи: дихальні практики (наприклад, «Квадратне дихання»), техніки заземлення («5-4-3-2-1», «Тілесне заземлення»), методи роботи з тілесними відчуттями.
4. Методи емоційної регуляції: вправи для безпечного вираження гніву, техніки управління тривожністю, методи розпізнавання емоцій (вправа «Емоційний словник»).
5. Групові методи: групові дискусії (наприклад, «Вплив сну на загальне самопочуття та емоційний стан», «Моя модель подолання ПТСР»), мозковий штурм (при розробці правил групи).
6. Візуалізаційні методи: техніка «Безпечне місце», вправа «Контейнер безпеки», візуалізація ресурсів.
7. Практики саморегуляції: вправи на стабілізацію нервової системи в межах «вікна толерантності», техніки для подолання дисоціації та флешбеків.
8. Релаксаційні методи: прогресивна м'язова релаксація, техніки для покращення сну.
9. Рефлексивні методи: аналіз особистого досвіду, метод незавершених речень, вправа «Мій шлях відновлення».
10. Методи планування: розробка індивідуального плану подолання проявів ПТСР, створення протоколу здорового сну, планування подальших кроків реабілітації.

Очікувані результати реалізації програми.

Після завершення програми учасники:

На рівні знань:

Розумітимуть природу ПТСР, його основні симптоми та механізми розвитку
Знатимуть вплив стрес-чинників бойової обстановки на формування і розвиток ПТСР
Усвідомлюватимуть механізми трансформації гострого бойового стресу в ПТСР
Знатимуть основні принципи саморегуляції та управління симптомами ПТСР
Засвоять концепцію «вікна толерантності» та її застосування для регуляції станів гіпер- та гіпоактивації
Матимуть уявлення про інтрузивні симптоми, їх природу та способи подолання
Знатимуть методи відстеження та моніторингу власних симптомів ПТСР

На рівні вмінь:

Вмітимуть ідентифікувати та відстежувати прояви ПТСР у власному досвіді
Опанують техніки заземлення та стабілізації при дисоціації, флешбеках, інтрузивних спогадах
Зможуть ефективно регулювати інтенсивні емоції (гнів, агресію, тривожність)
Освоять методи покращення якості сну та зменшення нічних кошмарів
Зможуть застосовувати техніки саморегуляції при виході з «вікна толерантності»
Оволодіють методами безпечного вираження емоцій без деструктивних наслідків
Сформують навички розробки та дотримання персоналізованого плану подолання проявів ПТСР

На рівні установок:

Сформують більш прийнятне ставлення до власних реакцій на травматичний досвід
Розвинуть установку на активну роль у власному процесі відновлення

Підвищать рівень довіри до себе та своїх ресурсів подолання труднощів
 Сформують реалістичне ставлення до процесу відновлення як поступового шляху
 Розвинути більш співчутливе ставлення до себе під час загострення симптомів

На рівні поведінки:

Зменшать частоту та інтенсивність симптомів ПТСР
 Покращать якість сну та загальний рівень функціонування
 Зменшать рівень унікаючої поведінки та соціальної ізоляції
 Підвищать здатність до своєчасного застосування технік самопомоги
 Знизять ризик деструктивних форм поведінки (імпульсивна агресія, зловживання алкоголем)
 Підвищать здатність до планування майбутнього та інтеграції набутих навичок у повсякденне життя
 Розвинути здатність формувати систему соціальної підтримки

Методи оцінки ефективності програми:

1. Кількісні показники:

Зміни в показниках опитувальника PCL-5
 Динаміка показників за Опитувальником бойового стресу Блінова О.А.
 Показники якості сну за Пітсбурзьким індексом якості сну
 Оцінки інтенсивності емоцій за «Шкалою інтенсивності емоцій»

2. Якісні показники:

Самозвіти учасників про суб'єктивне покращення стану
 Оцінка змін у соціальному функціонуванні
 Рефлексія та зворотний зв'язок від учасників
 Аналіз виконання індивідуальних планів подолання проявів ПТСР

3. Анкетування:

Анкета оцінювання ефективності тренінгової програми
 Особлива увага приділяється здатності учасників інтегрувати набуті навички у повсякденне життя та підтримувати досягнуті результати після завершення програми.

Обмеження та рекомендації:

1. Обмеження для участі:

Гострий психотичний стан
 Високий суїцидальний ризик
 Активна залежність від психоактивних речовин
 Гострий кризовий стан, що потребує індивідуальної терапії

2. Рекомендації для підвищення ефективності:

Регулярне виконання домашніх завдань між заняттями
 Ведення щоденників самоспостереження
 Практичне застосування технік саморегуляції в повсякденних ситуаціях
 Формування груп із врахуванням специфіки травматичного досвіду

Етичні принципи реалізації програми:

1. Добровільність — участь у програмі є добровільною, учасники мають право відмовитись від виконання окремих вправ та завершити участь у програмі за власним бажанням.
2. Конфіденційність — особиста інформація, отримана в ході роботи групи, не підлягає розголошенню за межами групи.
3. Повага до особистісних меж — ведучий та учасники поважають право кожного на особистісні межі та самовизначення.
4. Ненанесення шкоди — всі інтервенції спрямовані на покращення стану учасників, при виникненні ризику погіршення стану програма корегується.
5. Професійна компетентність — ведучий програми керується науково обґрунтованими методами роботи та працює в межах своєї компетенції.

Реалізація даної програми дозволить створити ефективну систему психологічної допомоги учасникам бойових дій, спрямовану на подолання симптомів ПТСР та успішну реінтеграцію до мирного життя

**Тематичний план
проведення тренінгових занять за програмою «Особливості подолання проявів
симптомів ПТСР в учасників бойових дій
на етапі реінтеграції»**

№ з/п	Структура занять	Час пров еден ня (хв.)
Заняття 1. «Знайомство та формування безпечного простору: основи групової взаємодії»		100
Мета : Встановлення терапевтичного альянсу, створення атмосфери довіри та розробка групових правил		
1.	1. Привітання. Знайомство з ведучим та програмою	10
	2. Представлення теми, мети, завдань заняття	5
	3. Організаційні питання	5
	4. Вправа «Сподівання та побоювання»	5
	5. Вправа «Клубок знайомства»	15
	6. Міні-лекція: «Що таке безпечний простір і чому він важливий»	5
	7. Вправа «Мої ресурси»	15
	8. Метод незавершених речень	5
	9. Вправа «Правила нашої групи»	15
	10. Вправа «Ритуал завершення»	5
	11. Рефлексія заняття	10
	12. Домашнє завдання	3
	13. Виконання ритуалу завершення	2
Заняття 2. «Травматичний досвід і ПТСР: теоретичні основи та симптоматика»		135
Мета Комплексний огляд природи психологічної травми, механізмів формування ПТСР та класифікації основних симптомів		
2.	1. Привітання. Вправа «Налаштування на роботу»	5
	2. Представлення теми, мети, завдань заняття	5
	3. Огляд домашнього завдання	10
	4. Вправа «Мої знання про ПТСР»	15
	5. Міні-лекція: «Міні-лекція «Психологічна травма та ПТСР: теоретичні основи»	15
	6. Відеопрезентація «Симптоми ПТСР»	10
	7. Діагностична методика «Опитувальник PCL-5»	15
	8. Обговорення результатів діагностики	10
	9. Вправа «. Вправа «Карта симптомів»	15
	10. Техніка «Заземлення при інтрузивних симптомах»	15
	11. Рефлексія заняття –Метод незакінчених речень.	10

	12. Домашнє завдання	5
	13. Виконання ритуалу завершення	5
Заняття 3. «Вплив стрес-чинників бойової обстановки на прояви психологічної травматизації та симптоматику ПТСР»		110
Мета : Детальний аналіз специфічних стресорів бойових дій та їх вплив на розвиток травматичних реакцій		
3.	1. Привітання. Вправа «Рівень енергії»	10
	2. Обговорення домашнього завдання	10
	3. Представлення теми, мети, завдань заняття	5
	4. Міні-лекція: «Стрес-чинники бойової обстановки та їх вплив на психіку»	15
	5. Групова дискусія «Акумуляція стресу»	10
	6. Діагностична вправа «Карта стрес-чинників»	20
	9. Вправа «Ресурсна карта подолання»	20
	10. Вправа «Ключовий висновок»	10
	11. Домашнє завдання	5
	12. Виконання ритуалу завершення	5
Заняття 4. «Бойовий стрес як чинник (одна з головних причин) розвитку ПТСР»		122
Дослідження механізмів трансформації гострого бойового стресу в ПТСР з використанням методики Блінова О.А.		
4.	1. Привітання учасників	2
	2. Перевірка домашнього завдання	10
	3. Вправа «Енергетичний рівень»	10
	3. Представлення теми, мети, завдань заняття	5
	4. Міні-лекція: «Міні-лекція «Бойовий стрес та його трансформація в ПТСР»	15
	5. Вправа «Асоціації з бойовим стресом» (10 хв.)	10
	6. Заповнення Опитувальника бойового стресу Блінова О.А. (ОБСБ)	15
	7. Обговорення результатів діагностики	15
	8. Вправа «Моя зона ресурсів»	15
	9. Вправа «Ключове слово»	3
	10. Домашнє завдання	5
	11. Виконання ритуалу завершення	5
Заняття 5. «Діагностика проявів симптомів ПТСР: методи самостереження та моніторингу симптомів»		157
Мета : Освоєння практичних інструментів для відстеження динаміки симптомів ПТСР		
5.	1. Привітання учасників	2
	2. Перевірка домашнього завдання	10
	3. Вправа «Енергетичний рівень»	10
	4. Представлення теми, мети та завдань заняття	5
	5. Групова дискусія	10
	6. Вправа «Мої очікування»	3

	7. Міні-лекція: «Самодіагностика та моніторинг симптомів ПТСР»	20
	8. Групова дискусія: «Що заважає нам помічати симптоми ПТСР?»	10
	9. . Психологічний практикум: «Шкала оцінки впливу травматичної події»	20
	10. Вправа «Карта моїх симптомів»	10
	11. Вправа «Щоденник самоспостереження»	15
	12. Робота в малих групах: «Розробка плану моніторингу симптомів»	20
	13. Вправа «Підсумкова рефлексія»	10
	14. Домашнє завдання	5
	15. Виконання ритуалу завершення	5
Заняття 6. «Регуляція нервової системи: концепція вікна толерантності»		162
Мета : Розуміння механізмів гіпер- та гіпоактивації нервової системи та опанування методів відновлення балансу		
6.	1. Привітання учасників	5
	2. Перевірка домашнього завдання	10
	3. Представлення теми, мети та завдань заняття	5
	4. Вправа «Маркування стану»	10
	5. Міні-лекція: «Вікно толерантності та регуляція нервової системи»	20
	6. Діагностична вправа «Карта моїх станів»	15
	7. Опитувальник «Індивідуальний профіль вікна толерантності»	20
	8. . Практикум: «Техніки регуляції при гіперактивації» містить три техніки	30
	9. Практикум: «Техніки регуляції при гіпоактивації» містить дві техніки	30
	10. Вправа « Коло підтримки»	15
	14. Домашнє завдання «Моя піраміда регуляції»	10
	15. Виконання ритуалу завершення (2 хв.)	2
Заняття 7. «Техніки заземлення та стабілізації при дисоціації, флешбеках, інтрузивних спогадах»		45
Мета: Практичне освоєння технік стабілізації при дисоціації, флешбеках та інтрузивних спогадах		
7.	1. Привітання учасників	5
	2. Перевірка домашнього завдання «Моя піраміда регуляції»	15
	3 Міні-лекція «Дисоціація, флешбеки та інші інтрузивні симптоми ПТСР»	20
	4. Анкета «Самооцінка дисоціативних проявів» (8 питань)	20
	5. Вправа «Моя карта тригерів та проявів»	20
	6. Техніка «5-4-3-2-1»	10
	7. Техніка «Тілесне заземлення»	15
	8. Техніка «Контейнер безпеки»	20
	9 Вправа «Ресурсна валіза»	10
	10. Домашнє завдання «Ведення щоденника «Мої практики	10

	заземлення протягом наступного тижня»	
	11. Виконання ритуалу завершення	5
Заняття 8. «Регуляція емоційних станів: управління гнівом, агресією та тривожністю»		205
Мета: Освоєння технік розпізнавання, прийняття та безпечного вираження інтенсивних емоцій		
8.	1. Привітання учасників	5 хв
	2. Перевірка домашнього завдання «Моя піраміда регуляції»	15 хв
	3. Вправа «Емоційний словник»	15 хв
	4. Міні-лекція «Гнів, агресія та тривожність в контексті ПТСР»	25 хв
	5. Вправа «Карта моїх тригерів»	20 хв
	6. Діагностична вправа «Шкала інтенсивності емоцій»	20 хв
	7. Вправа «Безпечне вираження гніву»	35 хв
	8. Техніка «Тілесне заземлення»	15 хв
	9. Вправа «Безпечне місце»	30 хв
	10. Вправа «Коло емоційної стійкості»	10 хв
	11. Домашнє завдання «Емоційний термометр»	10 хв
	12. Ритуал завершення «Сила спокою»	5 хв
Заняття 9. «Відновлення здорового сну та подолання нічних кошмарів»		160
Мета: Оволодіння стратегіями нормалізації сну та специфічними техніками роботи з нічними кошмарами		
9.	1. Привітання учасників	5 хв
	2. Перевірка домашнього завдання «Емоційний термометр»	15 хв
	3. Вправа « Сонний пейзаж»	10 хв
	4. Міні-лекція «Сон та його порушення при ПТСР»	25 хв
	5. Групова дискусія «Вплив сну на загальне самопочуття та емоційний стан «	20 хв
	6. Діагностика якості сну за допомогою «Пітсбурзького індексу якості сну»	40 хв
	7. Техніка «Протокол сну для осіб з ПТСР»	15 хв
	8. Техніка «Безпечне місце для сну»	15 хв
	9. Домашнє завдання «Щоденник здорового сну»	10 хв
	10. Ритуал завершення заняття «Сила спокійного сну»	5 хв
Заняття 10. «Інтеграція набутих навичок та планування подальших кроків реабілітації»		165 хв
Мета: Закріплення результатів програми, інтеграція набутих знань та навичок, розробка індивідуального плану подолання проявів ПТСР, підвищення готовності до змін та забезпечення сталості досягнутих результатів.		
	1. Привітання учасників	5 хв

10.	2. Перевірка домашнього завдання «Щоденник здорового сну»	15 хв
	3. Вправа «Мій шлях відновлення»	25 хв
	4. Міні-лекція «Інтеграція навичок та сталість результатів»	15 хв
	5. Групова дискусія «Моя модель подолання ПТСР»	35 хв
	6. Вправа «Оцінка готовності до змін»	15 хв
	7. Розробка «Індивідуального плану подолання проявів ПТСР»	30 хв
	8. Вправа «Коло підтримки: побажання на майбутнє»	15 хв
	9. Оцінювання ефективності тренінгової програми	20 хв
	10. Ритуал завершення тренінгової програми	10 хв

Заняття 1. «Знайомство та формування безпечного простору: основи групової взаємодії»

Мета: Налагодити контакт з учасниками, створити довірливу атмосферу та разом розробити правила групи для успішної спільної роботи протягом усієї програми.

Завдання:

1. Познайти учасників між собою та з ведучим
2. Сформувавши безпечний простір для роботи групи
3. Визначити та затвердити правила групової взаємодії
4. Надати учасникам базову інформацію про ПТСР та його прояви
5. Сформувавши мотивацію до подальшої участі в програмі

Тривалість: 100 хв.

Матеріали та обладнання: фліпчарт, маркери різних кольорів, стікери трьох кольорів, бейджі для імен учасників, папір А4, кольорові олівці, ручки, роздатковий матеріал з інформацією про птср, м'яч або клубок ниток, проектор та екран (за наявності), пляшки питної води та одноразові стаканчики.

Хід заняття (100 хв):

I. ВСТУПНА ЧАСТИНА (60 хв.)

1. Привітання. Знайомство з ведучим та програмою (10 хв.)
Тренер (психолог) представляється, коротко розповідає про свій досвід роботи, кваліфікацію. Надає загальну інформацію про тренінгову програму: мета, тривалість, кількість занять, основні теми, що будуть розглянуті.

«Доброго дня! Мене звати [ім'я ведучого]. Я радий/а вітати вас на першому занятті тренінгової програми «Особливості подолання проявів симптомів ПТСР в учасників бойових дій на етапі реінтеграції та реабілітації». Наша програма розрахована на 18 занять, під час яких ми будемо працювати разом над розумінням природи психологічної травми, опануванням навичок саморегуляції, розвитком стратегій подолання стресу та адаптацією до мирного життя.»

2. Представлення теми, мети, завдань заняття (5 хв.)

Тренер (психолог) пояснює мету першого заняття, акцентує увагу на важливості знайомства та формування безпечного простору для подальшої роботи.

Мета нашого сьогоднішнього заняття:

- Познайти один з одним
- Визначити та затвердити правила нашої групи, які забезпечать комфортну та безпечну взаємодію
- Сформувавши відчуття довіри та підтримки в групі
- Визначити ваші очікування від програми
- Познайти вас з базовими концепціями нашої роботи

3. Організаційні питання (5 хв.)

Обговорення організаційних моментів: тривалість кожного заняття, регулярність, перерви, необхідність відвідування всіх занять, пояснення щодо конфіденційності.

Конфіденційність: Все, що відбувається в групі, залишається в групі. Ми не обговорюємо особисті історії інших учасників за межами цього приміщення. Це критично важливо для створення атмосфери довіри.

Домашні завдання: Після кожного заняття ви отримуватимете невеликі домашні завдання – практичні вправи, які допоможуть закріпити навички, отримані під час занять. Регулярне виконання цих завдань значно підвищує ефективність нашої роботи.

Формат роботи: Наші заняття включатимуть теоретичні блоки, групові обговорення, практичні вправи та час для обміну досвідом. Ви завжди маєте право сказати «стоп» і відмовитися від участі в конкретній вправі, якщо відчуваєте, що не готові до неї.

Технічні моменти: Під час занять, будь ласка, переводьте телефони в беззвучний режим. Якщо вам необхідно відповісти на терміновий дзвінок, ви можете вийти з кімнати.

Питання підтримки: Якщо між зустрічами у вас виникнуть складні ситуації або питання, пов'язані з темами наших занять, ви можете зв'язатися зі мною в робочий час за телефоном [номер телефону].

4. Вправа «Сподівання та побоювання» (5 хв.)

Мета: визначити очікування та можливі побоювання учасників щодо тренінгової програми.

Хід вправи: Учасникам роздаються стікери трьох кольорів. На жовтому стікері учасники пишуть свої сподівання щодо програми, на рожевому – побоювання, на зеленому – особисті цілі. Потім кожен учасник коротко озвучує написане і приклеює стікери на підготовлений фліпчарт, розділений на три колонки: «Сподівання», «Побоювання», «Цілі».

II. ОСНОВНА ЧАСТИНА (60 хв.)

2.1. ІНФОРМАЦІЙНО-СМИСЛОВИЙ КОМПОНЕНТ (20 хв.)

5. Вправа «Клубок знайомства» (15 хв.)

Мета: знайомство учасників групи, створення атмосфери довіри.

Хід вправи: Учасники сидять у колі. Тренер (психолог) тримає клубок ниток, представляється та розповідає коротко про себе (ім'я, звідки родом, чим займається, що приємного сталося за останній тиждень). Потім, тримаючи кінець нитки, передає клубок будь-якому учаснику. Той, отримавши клубок, також представляється, розповідає про себе і, тримаючи нитку, передає клубок далі. Вправа продовжується, доки всі учасники не будуть представлені та включені в «павутинку».

Після завершення ведучий просить учасників подивитися на утворену павутинку і підкреслює символічне значення: «Ця павутинка символізує наші зв'язки, нашу підтримку один одного. Коли один з нас смикає за нитку, відчувають усі. Так само в житті — ми всі пов'язані, і наші дії впливають на інших».

6. Міні-лекція: «Що таке безпечний простір і чому він важливий» (5 хв.)

Тренер (психолог) розповідає про концепцію безпечного простору в груповій роботі, його значення для відновлення після травматичних подій, пояснює важливість конфіденційності, взаємоповаги та підтримки.

2.2. ДІАГНОСТИЧНИЙ КОМПОНЕНТ (20 хв.)

7. Вправа «Мої ресурси» (15 хв.)

Мета: визначення внутрішніх та зовнішніх ресурсів учасників.

Хід вправи: Учасники отримують аркуші паперу А4, які потрібно розділити навпіл. Перша колонка має назву «Зовнішні ресурси», друга – «Внутрішні ресурси». Учасники максимально концентруються на собі і записують:

- В першій колонці – людей, на допомогу або пораду яких вони завжди можуть розраховувати
- В другій колонці – найбільш сильні риси свого характеру й темпераменту, які їх підтримують

Групова дискусія: «На які власні ресурси ви можете розраховувати на шляху до одужання? Як ви зрозуміли, що саме ці якості для вас є найбільш важливими?», «Чи достатньо наявного ресурсу для подолання труднощів?»

8. Метод незавершених речень (5 хв.)

Хід вправи: Учасники по черзі завершують речення:

- «Коли я відчуваю тривогу, мені допомагає...»
- «Найкраще я розслабляюся, коли...»
- «Найбільше мене підтримує...»
- «Я почуваюся в безпеці, коли...»

2.3. КОРЕКЦІЙНО-РОЗВИВАЛЬНИЙ КОМПОНЕНТ (20 хв.)

9. Вправа «Правила нашої групи» (15 хв.)

Мета: сформулювати правила роботи в групі, які забезпечать ефективну та безпечну взаємодію.

Хід вправи: Ведучий пропонує учасникам методом «мозкового штурму» запропонувати правила, які будуть діяти у групі. Кожне правило обговорюється, уточнюється і записується на фліпчарті. Після того, як усі правила записані, група голосує за прийняття правил. Правила можуть включати:

- Конфіденційність
 - Повага до інших учасників
 - Говорити від свого імені (використовувати «Я-висловлювання»)
 - Право сказати «стоп» (можливість відмовитися від участі в конкретній вправі)
 - Правило піднятої руки (не перебивати, говорити по черзі)
 - Бути присутнім на всіх заняттях
 - Бути чесним із собою та іншими
 - Дотримуватись регламенту
10. Вправа «Ритуал завершення» (5 хв.)

Мета: створення ритуалу, який буде використовуватися в кінці кожного заняття для завершення групової роботи та закріплення почуття єдності.

Хід вправи: Учасники обговорюють і вирішують, який ритуал вони хотіли б використовувати для завершення кожного заняття. Це може бути спільне рукостискання, коротка фраза-девіз, «дерево бажань» тощо. Група обирає один ритуал, який буде використовуватися протягом усіх занять.

ІІІ. ЗАКЛЮЧНА ЧАСТИНА (15 хв)

11. Рефлексія заняття (10 хв.)

Учасники по колу діляться своїми враженнями від заняття, відповідаючи на запитання:

- Що нового ви дізналися сьогодні?
- Які думки та почуття виникли під час заняття?
- Що було найбільш корисним?
- З яким настроєм ви завершуєте сьогоднішнє заняття?

12. Домашнє завдання (3 хв.)

1. Створення «Щоденника ресурсів» – протягом тижня записувати події, думки, дії, які допомагають відчувати себе краще, спокійніше, впевненіше.
2. Практикувати техніку глибокого дихання (5 хвилин вранці та ввечері).

13. Виконання ритуалу завершення (2 хв.)

Виконання обраного групою ритуалу завершення заняття.

Заняття 2. «Травматичний досвід і ПТСР: теоретичні основи та симптоматика»

Мета: здійснити комплексний огляд природи психологічної травми, механізмів формування ПТСР та класифікації основних симптомів.

Завдання:

1. Ознайомити учасників з теоретичними основами розуміння психологічної травми та ПТСР
2. Сформулювати розуміння причин виникнення та механізмів розвитку ПТСР
3. Навчити учасників ідентифікувати основні симптоми ПТСР
4. Сприяти розвитку навичок самодіагностики психотравматичних станів

Тривалість: 135 хв.

Матеріали: фліпчарт, кольорові маркери, стікери, роздаткові матеріали (діагностичні опитувальники, інформаційні буклети, силует людини на аркуші А4), проектор, ноутбук, презентація, аркуші паперу А4, ручки, клейкі стікери трьох кольорів.

Хід заняття (135хв):

І. ВСТУПНА ЧАСТИНА (35 хв.)

1. Привітання. Вправа «Налаштування на роботу» (5 хв.)

Тренер (психолог) Тренер вітає учасників і пропонує налаштуватись на роботу. Учасники стоять у колі, закривають очі і роблять глибокий вдих, потім на видиху відкривають очі і промовляють «Я тут і зараз». Повторюється тричі.

2. Представлення теми, мети, завдань заняття (5 хв.)

Тренер (психолог) представляє тему заняття: «Сьогодні ми говоритимемо про природу психологічної травми, механізми формування посттравматичного стресового розладу, розглянемо основні симптоми ПТСР та навчимося їх розпізнавати.

3. Огляд домашнього завдання (10 хв.)

Учасники по черзі діляться своїми спостереженнями з «Щоденника ресурсів», які вони вели протягом тижня.

4. Вправа «Мої знання про ПТСР» (15 хв.)

Ця вправа є вступною та активізуючою. Вона дозволяє зрозуміти початковий рівень знань учасників, виявити можливі помилкові уявлення та створити мотивацію для отримання нової інформації. Важливо не оцінювати відповіді як правильні чи неправильні, а розглядати їх як стартову точку для подальшого навчання.

Мета: активізувати наявні знання учасників про ПТСР, створити мотивацію для отримання нової інформації.

Хід вправи: Учасникам пропонується записати на стікерах все, що вони знають про ПТСР (по одній думці на стікері). Потім кожен учасник прикріплює свої стікери на фліпчарт, коротко коментуючи написане. Тренер (психолог) групує схожі думки і підводить підсумок у формі коротких висновків.

II. ОСНОВНА ЧАСТИНА (80 хв.)

2.1. ІНФОРМАЦІЙНО-СМИСЛОВИЙ КОМПОНЕНТ (25 хв.)

Тренер представляє інформацію у формі презентації про:

- Поняття психологічної травми та її відмінність від стресу
- Визначення ПТСР, історія вивчення та діагностичні критерії
- Механізми формування та розвитку ПТСР
- Епідеміологія ПТСР серед військовослужбовців
- Біологічні, психологічні та соціальні аспекти ПТСР

6. Відеопрезентація «Симптоми ПТСР» (10 хв.)

Перегляд короткого навчального відео, яке демонструє основні групи симптомів ПТСР:

- Симптоми вторгнення (інтрузивні)
- Симптоми уникнення
- Негативні зміни в думках і настрої
- Симптоми підвищеної збудливості (гіперактивація)

Після перегляду тренер коротко узагальнює побачене та підкреслює важливість ранньої діагностики ПТСР.

2.2. ДІАГНОСТИЧНИЙ КОМПОНЕНТ (25 хв.)

7. Діагностична методика «Опитувальник PCL-5» (15 хв.)

Мета: надати учасникам можливість здійснити самодіагностику симптомів ПТСР.

Хід вправи: Учасникам пропонується заповнити опитувальник PCL-5 (Перелік симптомів ПТСР за DSM-5) (текст опитувальника та інструкція щодо підрахунку результатів та самостійно підрахувати результати за інструкцією.

Для самоперевірки отриманого кінцевого результату балів можна перейти за посиланням URL: https://www.eztests.xyz/tests/personality_pcl5/, відсканувавши QR- код посилання, що додається до опитувальника і повторно ввести свої результати за бажанням.

Тренер (психолог) наголошує, що показники отриманого результату є суто для самооцінки і не є професійним діагнозом.

8. Обговорення результатів діагностики (10 хв.)

Питання для обговорення:

- Які симптоми ПТСР виявилися для вас найбільш характерними?

- Чи узгоджуються результати тесту з вашими суб'єктивними відчуттями?
- Які симптоми ПТСР найбільше впливають на ваше щоденне життя?

2.3. КОРЕКЦІЙНО-РОЗВИВАЛЬНИЙ КОМПОНЕНТ (30 хв.)

9. Вправа «Вправа «Карта симптомів» (15 хв.)

Мета: Мета: навчити учасників ідентифікувати та відстежувати власні симптоми ПТСР.

Хід вправи:

1. Кожен учасник отримує аркуш паперу А4, на якому заздалегідь надруковано в повний зріст схематичний силует людини.

2. Використовуючи кольорові маркери, учасники повинні позначити на силуеті зони, де вони відчувають симптоми ПТСР (червоний - симптоми гіперзбудження, синій - симптоми уникнення, зелений - інтрузивні симптоми).

3. Поруч із малюнком учасники записують короткий опис ситуацій, які провокують появу цих симптомів.

Рефлексія: Вкінці учасники діляться своїми спостереженнями в парах.

Ця вправа поєднує елементи арт-терапії та психоедукації. Вона допомагає учасникам створити візуальне представлення своїх симптомів, що сприяє кращому усвідомленню зв'язку між тілесними відчуттями та психологічними проявами ПТСР. Робота в парах під час обговорення дозволяє учасникам відчути підтримку та нормалізувати свій досвід, розуміючи, що вони не самотні у своїх переживаннях.

10. Техніка «Заземлення при інтрузивних симптомах» (15 хв.)

Мета: : навчити базової техніки зниження інтенсивності інтрузивних симптомів.

Техніка «5-4-3-2-1» є науково обґрунтованим методом зниження інтенсивності інтрузивних симптомів через активацію всіх органів чуття та повернення до «тут і зараз».

Ця техніка особливо корисна при флешбеках, дисоціації або нападах тривоги. Вона проста у використанні та може застосовуватися в різних ситуаціях без спеціального обладнання. При проведенні важливо, щоб тренер демонстрував техніку повільно, з паузами, даючи учасникам можливість насправді відчути і побачити предмети навколо.

Хід вправи: Тренер проводить демонстрацію техніки «5-4-3-2-1»:

1. Назвіть 5 предметів, які ви бачите навколо
2. Назвіть 4 відчуття, які ви відчуваєте зараз
3. Назвіть 3 звуки, які ви чуєте
4. Назвіть 2 запахи, які ви відчуваєте
5. Назвіть 1 смак, який ви відчуваєте

Учасники практикують техніку, тренер (психолог) коментує процес та відповідає на запитання.

III. ЗАКЛЮЧНА ЧАСТИНА (20 хв)

11. Рефлексія заняття (10 хв) –Метод незакінчених речень.

Рефлексія дозволяє учасникам інтегрувати отриманий досвід та інформацію, а тренеру – отримати зворотний зв'язок щодо ефективності заняття. Формат незакінчених речень робить рефлексію структурованою, але водночас дає свободу висловити індивідуальний досвід.

Хід вправи:

- «Сьогодні я дізнався/дізналася...»
- «Мене здивувало...»
- «Тепер я краще розумію...»

12. Домашнє завдання (5 хв.)

1. Вести щоденник симптомів ПТСР протягом тижня, записуючи ситуації, які викликають симптоми, характер симптомів та їхню інтенсивність за 10-бальною шкалою. (Ведення щоденника симптомів - це простий, але ефективний метод самоспостереження, який допомагає виявити патерни та тригери симптомів ПТСР).

2. Практикувати техніку «5-4-3-2-1» при виникненні інтрузивних симптомів. (Практика техніки «5-4-3-2-1» закріплює навички, отримані під час заняття, та розширює репертуар копінг-стратегій учасників)

13. Виконання ритуалу завершення (5 хв.)

Виконання обраного групою ритуалу завершення заняття (наприклад спільне рукостискання, коротка фраза-девіз тощо).

Заняття 3. «Вплив стрес-чинників бойової обстановки на прояви психологічної травматизації та симптоматику ПТСР»

Мета: детальний аналіз специфічних стресорів бойових дій та їх вплив на розвиток травматичних реакцій у військовослужбовців.

Завдання:

1. Проаналізувати типові стрес-чинники бойової обстановки
2. Дослідити механізми їх впливу на психіку військовослужбовців
3. Визначити індивідуальні реакції на стресори бойової обстановки
4. Сформувати навички раннього виявлення ознак психологічної травматизації

Тривалість заняття: 110 хв.

Матеріали: фліпчарт, маркери, проектор, ноутбук, папір А4, ручки, стікери, діагностичний бланк «Стрес-чинники бойової обстановки», форми для виконання вправ

Хід заняття (110 хв):

I. ВСТУПНА ЧАСТИНА (25 хв.)

1. Привітання. Вправа «Рівень енергії» (10 хв.)

Мета: оцінка актуального емоційного стану учасників, налаштування на роботу.

Хід вправи: Учасники стають у коло. Тренер просить кожного по черзі оцінити свій рівень енергії на даний момент за шкалою від 1 до 10, де 1 – дуже низький рівень, 10 – максимально високий. При цьому потрібно не тільки назвати цифру, але й відобразити цей стан через позу або жест.

Тренер (психолог) Рефлексія: Тренер підкреслює різноманітність станів у групі та нагадує, що все, що відбувається під час тренінгу, відбувається у «вікні толерантності» - безпечному діапазоні емоційних переживань.

2. Обговорення домашнього завдання (10 хв.)

Хід вправи: Тренер (психолог) пропонує учасникам поділитися результатами домашнього завдання, яке полягало у веденні щоденника симптомів ПТСР та практикуванні техніки «5-4-3-2-1» при виникненні інтрузивних симптомів.

Питання для обговорення:

- Які симптоми вам вдалося зафіксувати протягом тижня?
- Яка була їхня інтенсивність?
- У яких ситуаціях вони проявлялися найсильніше?
- Як часто ви використовували техніку «5-4-3-2-1»?
- Наскільки ефективною була ця техніка?

Рефлексія: Тренер підкреслює важливість ведення самостереження та регулярного використання технік стабілізації, підкреслює цінність зусиль кожного учасника.

3. Представлення теми, мети, завдань заняття (5 хв.)

Тренер (психолог) оголошує тему заняття «Вплив стрес-чинників бойової обстановки на прояви психологічної травматизації та симптоматику ПТСР», пояснює мету та завдання, підкреслює зв'язок з попередніми заняттями та значення теми для загального розуміння процесу психологічної травматизації в умовах бойових дій.

(Мета: Детальний аналіз специфічних стресорів бойових дій та їх вплив на розвиток травматичних реакцій)

II. ОСНОВНА ЧАСТИНА (75 хв.)

2.1. ІНФОРМАЦІЙНО-СМИСЛОВИЙ КОМПОНЕНТ (25 хв.)

4. Міні-лекція: «Стрес-чинники бойової обстановки та їх вплив на психіку» (15 хв.)

Тренер (психолог) представляє інформацію у формі презентації.

Основні тези міні – лекції:

- Класифікація стрес-чинників бойової обстановки
- Фізичні стрес-чинники (обстріли, фізичне виснаження, втрата сну тощо)
- Психологічні стрес-чинники (загроза життю, невизначеність, втрата побратимів)
- Моральні стрес-чинники (моральні дилеми, етичні конфлікти)
- Специфіка впливу різних чинників на психіку
- Фактори, що впливають на вразливість до бойових стресорів
- Механізми, через які стрес-чинники викликають травматичні реакції

5. Групова дискусія «Акумуляція стресу» (10 хв.)

Мета: усвідомлення ефекту накопичення стресу під впливом різних стрес-чинників.

Хід вправи: Групове обговорення:

- Як ви розумієте явище «акумуляції стресу» в умовах бойової обстановки?
- Чому важливо відстежувати не тільки гострі, але й хронічні стресори?
- Як тривалість впливу стрес-чинників пов'язана з їх травматичним потенціалом?

Рефлексія: Тренер (психолог) підсумовує відповіді учасників, підкреслюючи, що розуміння характеру та механізмів впливу стрес-чинників допомагає краще відстежувати та управляти власними реакціями.

2.2. ДІАГНОСТИЧНИЙ КОМПОНЕНТ (20 хв.)

6. Діагностична вправа «Карта стрес-чинників» (20 хв.) [17].

Мета: визначення індивідуальних стрес-чинників бойової обстановки та їх інтенсивності.

Хід вправи:

Кожен учасник отримує бланк анкети «Стрес-чинники бойової обстановки», яка містить перелік типових стрес-чинників.

Учасникам пропонується відзначити ті стрес-чинники, які вони особисто пережили, та оцінити їх інтенсивність за шкалою від 1 до 10. Після індивідуальної роботи учасники об'єднуються в мікрогрупи по 3-4 особи для обговорення своїх результатів. Потім кожна мікрогрупа представляє основні стрес-чинники, які визначили учасники, та їх середню інтенсивність.

Питання для обговорення в мікрогрупах

Які стрес-чинники виявилися найбільш інтенсивними для вашої групи?

☞ Чи є стрес-чинники, які виявилися значущими для всіх учасників у групі?

☞ Які стрес-чинники для вас особисто були найскладнішими?

☞ Які симптоми ви пов'язуєте з тими чи іншими стрес-чинниками?

Рефлексія: Тренер (психолог) допомагає учасникам побачити зв'язок між конкретними стрес-чинниками та проявами симптоматики, підкреслюючи індивідуальний характер реакцій на стрес та важливість усвідомлення власних тригерів.

2.3. КОРЕКЦІЙНО-РОЗВИВАЛЬНИЙ КОМПОНЕНТ (20 хв.)

9. Вправа «Ресурсна карта подолання» (20 хв.)»

Мета: формування стратегій подолання наслідків впливу стрес-чинників бойової обстановки, актуалізація особистісних ресурсів.

Хід вправи:

1. Учасники залишаються в тих самих мікрогрупах по 3-4 особи, як і у попередній вправі. На основі виявлених стрес-чинників кожна група отримує завдання розробити «Ресурсну карту подолання» - набір стратегій і ресурсів для протидії конкретним стрес-чинникам.

2. Для розробки використовується матриця, де по вертикалі перераховані стрес-чинники, а по горизонталі різні типи ресурсів: фізичні, емоційні, когнітивні, соціальні, духовні.

3. Групи заповнюють матрицю, визначаючи, які ресурси можуть бути ефективними для подолання кожного стрес-чинника.

4. Після виконання завдання кожна група презентує свої напрацювання.

Питання для обговорення:

- Які ресурси виявилися найбільш універсальними для різних стрес-чинників?
- Які ресурси ви вже використовуєте, а які хотіли б розвинути?
- Як можна розвивати недостатні ресурси?
- Як ви думаєте, чому одні й ті самі стрес-чинники по-різному впливають на різних людей?

Рефлексія: Тренер (психолог) підкреслює значимість усвідомлення власних ресурсів та можливості їх розвитку, акцентує увагу на тому, що різні стрес-чинники можуть вимагати різних стратегій подолання.

III. ЗАКЛЮЧНА ЧАСТИНА (20 хв)

10. Вправа «Ключовий висновок» (10 хв.).

Мета: закріплення отриманих знань, усвідомлення особистісних відкриттів.

Хід вправи: Тренер (психолог) пропонує кожному учаснику сформулювати один ключовий висновок, який він зробив для себе в результаті заняття.

Висновок повинен починатися словами: «Тепер я знаю, що...» або «Тепер я розумію, що...»

Рефлексія: Тренер (психолог) підкреслює різноманітність і цінність кожного висновку, дякує учасникам за відвертість та залученість.

11. Домашнє завдання (5 хв.)

Тренер пропонує учасникам домашнє завдання:

1. Продовжити ведення щоденника симптомів, додавши графу «Стрес-чинник, який міг викликати симптом»
2. Випробувати хоча б один новий ресурс подолання з тих, що були визначені під час заняття

12. Виконання ритуалу завершення (5 хв.)

Учасники стають у коло, беруться за руки і передають «імпульс підтримки» - легке стискання долоні по колу. Тренер дякує всім за роботу та нагадує час і тему наступного заняття.

Заняття 4. «Бойовий стрес як чинник розвитку ПТСР»

Мета: Дослідження механізмів трансформації гострого бойового стресу в ПТСР з використанням методики Блінова О.А. [5], [6], [7], [8].

Завдання:

1. Ознайомити учасників з поняттям бойового стресу та його особливостями
2. Дослідити механізми трансформації бойового стресу в ПТСР
3. Навчити учасників діагностувати рівень бойового стресу за допомогою опитувальника Блінова О.А.
4. Сформувати навички самодіагностики та саморегуляції при проявах бойового стресу

Тривалість заняття: 100 хвилин

Матеріали: Матеріали: фліпчарт, маркери, папір А4, проектор, ноутбук, презентація, ручки, роздатковий матеріал (Опитувальник бойового стресу Блінова О.А., бланки відповідей, інструкція з обробки результатів), клейкі папірці різних кольорів.

Хід заняття (100 хв):

I. ВСТУПНА ЧАСТИНА (27 хв.)

1. Привітання учасників (2 хв.)

Мета: створення доброзичливої атмосфери в групі.

Хід виконання: Тренер (психолог) вітає учасників тренінгу, відзначає важливість їхньої присутності та активної участі у програмі.

2. Перевірка домашнього завдання (10 хв.)

Мета: перевірити виконання домашнього завдання, закріпити матеріал попереднього заняття.

Хід виконання: Учасники по черзі діляться результатами виконання домашнього завдання (ведення щоденника спостережень за симптомами ПТСР, виявлення стрес-чинників та стратегій їх подолання).

Рефлексія: «Які труднощі виникали під час виконання домашнього завдання?», «Що нового ви дізналися про себе та свої реакції на стрес-чинники?»

3. Вправа «Енергетичний рівень» (10 хв.)

Мета: визначити рівень енергії та емоційний стан учасників, налаштуватися на роботу.

Ця вправа дозволяє не тільки оцінити актуальний стан учасників, але й сприяє усвідомленню зв'язку між рівнем енергії та здатністю справлятися зі стресом. Важливо створити безпечну атмосферу, де учасники можуть чесно говорити про свій стан. Вправа також виконує функцію «розігріву» перед основною частиною заняття.

Хід виконання: Тренер пропонує учасникам стати в коло і жестом показати свій енергетичний рівень (від рівня підлоги – мінімальний до витягнутих догори рук – максимальний). Кожен учасник називає своє ім'я, показує свій енергетичний рівень та коротко характеризує свій стан одним словом.

Рефлексія. Питання для обговорення

«Що потрібно зробити, щоб підвищити свій енергетичний рівень?», «Як рівень енергії впливає на нашу здатність справлятися зі стресом?»

4. Представлення теми, мети, завдань заняття (5 хв.)

Мета: ознайомити учасників з темою заняття та очікуваними результатами.

Хід виконання: Тренер представляє тему «Бойовий стрес як чинник розвитку ПТСР», пояснює актуальність цієї теми для учасників бойових дій, розкриває мету та завдання заняття.

II. ОСНОВНА ЧАСТИНА (75 хв.)

2.1. ІНФОРМАЦІЙНО-СМИСЛОВИЙ КОМПОНЕНТ (25 хв.)

5. Міні-лекція: «Міні-лекція «Бойовий стрес та його трансформація в ПТСР» (15 хв.)

Мета: надати учасникам теоретичні знання про механізми трансформації бойового стресу в ПТСР.

Хід виконання: Тренер викладає інформацію про природу бойового стресу, його відмінності від звичайного стресу, етапи розвитку та механізми трансформації в ПТСР, знайомить з концепцією О.А. Блінова щодо механізмів бойового стресу. Основні тези, які висвітлюються у міні – лекції (у презентативному матеріалі) [5], [6], [7], [8]:

Рефлексія:

- «Які аспекти бойового стресу ви вважаєте найбільш важливими для розуміння?»
- «Як ці знання можуть допомогти в щоденному житті?»

6. Вправа «Асоціації з бойовим стресом» (10 хв.)

Мета: активізувати власний досвід учасників, пов'язаний із бойовим стресом.

Метод асоціацій дозволяє актуалізувати особистий досвід учасників та сформувати спільне розуміння феномену бойового стресу. При проведенні важливо записувати всі асоціації без цензури та критики. Групування асоціацій за категоріями дозволяє структурувати отриману інформацію та продемонструвати багатоаспектність прояву бойового стресу.

Хід виконання: Учасникам пропонується по черзі назвати асоціації, які у них виникають зі словосполученням «бойовий стрес».

Тренер записує всі асоціації на фліпчарті, потім групує їх за категоріями (фізіологічні, емоційні, когнітивні, поведінкові).

Рефлексія: «На які аспекти бойового стресу ви звернули найбільшу увагу?», «Які з цих асоціацій вам найбільш знайомі з власного досвіду?»

2.2. ДІАГНОСТИЧНИЙ КОМПОНЕНТ (30 хв.)

7. Заповнення Опитувальника бойового стресу Блінова О.А. (ОБСБ) (15 хв.) [5].

Мета: визначити рівень та особливості прояву бойового стресу в учасників.

Під час діагностики важливо створити комфортну та конфіденційну атмосферу. Тренеру слід підкреслити, що результати опитувальника не є «діагнозом», а інструментом самопізнання. Важливо детально пояснити процедуру обробки результатів та їх інтерпретацію, щоб учасники могли самостійно аналізувати свій стан.

Хід виконання: Тренер роздає учасникам бланки Опитувальника бойового стресу Блінова О.А. (ОБСБ), пояснює інструкцію щодо заповнення. Учасники самостійно заповнюють опитувальник. Після заповнення тренер детально пояснює процедуру обробки результатів:

1. Підрахувати загальну суму балів за всіма 24 пунктами
2. Розділити отриману суму на кількість питань (24) для отримання інтегрального показника
3. Визначити рівень бойового стресу за шкалою:
 - о 1,0 - 2,66 — низький рівень (висока адаптованість)
 - о 2,67 - 3,91 — середній рівень (середня адаптованість)
 - о 3,92 - 5,0 — високий рівень (низька адаптованість)

Тренер наголошує на конфіденційності результатів та розповідає про можливість додаткового аналізу за субшкалами (ГСР_ПТСР, РБ, ФБЕВ, ФОЕВ).

Рефлексія:

- «Які думки та почуття виникали під час заповнення опитувальника?»
- «Чи є запитання, які викликали особливі емоції?»

8. Обговорення результатів діагностики (15 хв.)

Мета: проаналізувати результати опитувальника, визначити індивідуальні особливості прояву бойового стресу.

Хід виконання: Після самостійної обробки результатів тренер пропонує учасникам (за бажанням) поділитися своїми результатами та обговорити, наскільки вони відповідають їхньому суб'єктивному сприйняттю власного стану. Тренер надає загальну інтерпретацію різних рівнів та типів бойового стресу, пояснює значення кожної субшкали:

1. Субшкала ГСР_ПТСР - діагностика гострих стресових та посттравматичних стресових розладів
2. Субшкала РБ - ресурсний блок, спроможність долати стресові ситуації
3. Субшкала ФБЕВ - фактори, що безпосередньо емоційно впливають на особистість
4. Субшкала ФОЕВ - фактори, що опосередковано емоційно впливають на особистість

Рефлексія:

- «Чи відповідають результати тесту вашим очікуванням?»
- «Які аспекти бойового стресу виявилися для вас найбільш вираженими?»
- «Як співвідносяться об'єктивні результати з вашим суб'єктивним відчуттям?»

Діагностична вправа «Карта стрес-чинників» (20 хв.)

2.3. КОРЕКЦІЙНО-РОЗВИВАЛЬНИЙ КОМПОНЕНТ (20 хв.)

9. Вправа «Моя зона ресурсів» (15 хв.)

Мета: виявити та активізувати особистісні ресурси для подолання бойового стресу.

Формування груп за рівнями бойового стресу дозволяє учасникам обмінятися досвідом з людьми, які мають схожі проблеми та ресурси. Це створює відчуття підтримки та розуміння. Важливо, щоб тренер підтримував позитивну атмосферу та спрямовував обговорення на пошук конструктивних рішень, а не на фіксацію на проблемах.

Хід виконання: Учасники об'єднуються в малі групи по 3-4 особи відповідно до отриманих результатів опитувальника (групи формуються за рівнями бойового стресу - низький, середній, високий). Кожній групі пропонується обговорити та записати на фліпчарті:

1. Які методи та прийоми допомагають вам справлятися зі стресом?
2. Які внутрішні ресурси (особистісні якості, знання, вміння) допомагають подолати наслідки бойового стресу?
3. Які зовнішні ресурси (соціальна підтримка, професійна допомога, хобі) можна використовувати?

Після обговорення кожна група презентує свої напрацювання.

Рефлексія:

- «Які ресурси виявилися спільними для різних груп?»
- «Які нові методи подолання стресу ви відкрили для себе?»
- «Як можна розвивати і зміцнювати свої ресурси для подолання ПТСР?»

III. ЗАКЛЮЧНА ЧАСТИНА (20 хв)

10. Вправа «Ключове слово» (5 хв.)

Мета: закріпити головні інсайти заняття.

Хід виконання: Кожен учасник на стікері записує одне ключове слово або фразу, що відображає найважливіше, що він виніс із заняття. Потім всі стікери прикріплюються на фліпчарт, тренер зачитує їх уголос і коротко узагальнює результати роботи.

Рефлексія: • «Яке ключове слово чи думка здивувала вас або здалася найбільш корисною?»

11. Домашнє завдання (5 хв.)

Мета: закріпити отримані знання та навички, сприяти їх інтеграції в повсякденне життя.

Хід виконання: Тренер пропонує учасникам домашнє завдання:

1. Продовжити ведення щоденника самоспостереження, додавши розділ «Прояви бойового стресу» з оцінкою їх інтенсивності за 10-бальною шкалою.
2. Скласти персональний план з 5-7 пунктів для подолання наслідків бойового стресу, використовуючи отримані на занятті знання та результати діагностики.
3. Спробувати застосувати як мінімум два ресурси (способи подолання стресу) з тих, що були запропоновані іншими учасниками під час заняття.

Рефлексія:

- «Які питання у вас виникли щодо домашнього завдання?»
- «Яких результатів ви очікуєте від виконання цього завдання?»

12. Виконання ритуалу завершення (5 хв.)

Мета: завершити заняття на позитивній ноті, закріпити відчуття єдності групи.

Хід виконання: Учасники стають у коло, кладуть руки на плечі сусідам і разом промовляють фразу: «Я маю силу. Ми маємо силу. Разом ми подолаємо будь-який стрес».

Тренер дякує всім за активну участь та нагадує про час і тему наступного заняття.

Заняття 5. «Діагностика проявів симптомів ПТСР: методи самоспостереження та моніторингу симптомів»

Мета: Освоєння практичних інструментів для відстеження динаміки симптомів ПТСР.

Завдання:

1. Сформулювати навички самодіагностики та моніторингу симптомів ПТСР для своєчасного виявлення загострення проблеми.
2. Навчити учасників розпізнавати та відстежувати прояви психологічної травматизації у власному досвіді.
3. Ознайомити з ефективними методами самоспостереження та інструментами моніторингу симптомів ПТСР.
4. Сприяти усвідомленню учасниками зв'язку між стрес-чинниками та симптомами ПТСР.

Тривалість заняття: 162 хвилин

Матеріали: Матеріали: фліпчарт, маркери, папір А4, проектор, ноутбук, презентація, ручки, роздатковий матеріал (Опитувальник бойового стресу Блінова О.А., бланки відповідей, інструкція з обробки результатів), клейкі папірці різних кольорів.

Хід заняття (162 хв):

I. ВСТУПНА ЧАСТИНА (32 хв.)

1. Привітання учасників (2 хв.)

Мета: налаштування на конструктивну роботу в групі.

Хід виконання: Тренер вітає учасників тренінгу, відзначає важливість їхньої присутності та активної участі.

2. Перевірка домашнього завдання (10 хв.)

Мета: перевірити виконання домашнього завдання, закріпити матеріал попереднього заняття.

Хід виконання: Учасники по черзі діляться результатами виконання домашнього завдання (заповнення Опитувальника бойового стресу Блінова О.А. та самоспостереження за власними реакціями).

Рефлексія: «Які труднощі виникали під час виконання домашнього завдання?», «Що нового ви дізналися про себе та свої реакції?»

3. Вправа «Енергетичний рівень» (10 хв.)

Мета: діагностика актуального емоційного стану учасників, налаштування на роботу.

Вправа дозволяє учасникам усвідомити свій актуальний психоемоційний стан і визначити, чи знаходяться вони у «вікні толерантності». Це важливо для подальшої конструктивної роботи на занятті. Крім того, вправа дає можливість тренеру оцінити загальний емоційний фон групи і при необхідності скорегувати план роботи.

Хід виконання: Учасникам пропонується стати в коло і оцінити свій рівень енергії на даний момент за шкалою від 1 до 10, де 1 – дуже низький рівень, 10 – максимально високий. При цьому потрібно не тільки назвати цифру, але й показати жестом чи позою цей стан.

Рефлексія: Тренер підкреслює різноманітність станів у групі та нагадує про концепцію «вікна толерантності» - безпечний діапазон емоційних переживань, в якому людина може ефективно функціонувати.

4. Представлення теми, мети та завдань заняття (5 хв.)

Мета: інформування учасників про план роботи.

Хід виконання: Тренер представляє тему «Діагностика проявів симптомів ПТСР: методи самоспостереження та моніторингу симптомів», пояснює актуальність цієї теми для учасників бойових дій, розкриває мету та завдання заняття.

5. Групова дискусія: «Що заважає нам помічати симптоми ПТСР?» (10 хв.)

Мета: з'ясувати причини, які заважають вчасно розпізнавати симптоми ПТСР. Хід виконання: Тренер пропонує учасникам обговорити, чому може бути складно своєчасно помічати симптоми ПТСР у себе.

Рефлексія:

- «Які психологічні бар'єри заважають усвідомленню власних симптомів?»
- «Як особливості військової культури впливають на бажання визнавати наявність психологічних проблем?»
- «Які стереотипи існують щодо звернення по психологічну допомогу?»

6. Вправа «Мої очікування» (3 хв.)

Мета: визначити очікування учасників від заняття.

Хід виконання: Тренер пропонує кожному учаснику коротко сформулювати, що конкретно він хотів би отримати від цього заняття, яких знань чи навичок набути. Рефлексія: Тренер узагальнює очікування групи та пов'язує їх із завданнями заняття.

II. ОСНОВНА ЧАСТИНА (115 хв.)

2.1. ІНФОРМАЦІЙНО-СМИСЛОВИЙ КОМПОНЕНТ (30 хв.)

7. Міні-лекція: «Самодіагностика та моніторинг симптомів ПТСР» (20 хв.)

Мета: надати учасникам теоретичні знання про методи самодіагностики та моніторингу симптомів ПТСР.

Хід виконання: Тренер представляє інформацію у формі презентації.

Основні тези:

- Важливість відстеження ранніх ознак загострення симптомів ПТСР
- Основні групи симптомів, які потребують моніторингу: вторгнення, уникнення, негативні зміни в думках і настрої, зміни в збудженні та реактивності
- Інструменти самодіагностики: щоденники, чек-листи, шкали самооцінки, щоденники тригерів
- Значення регулярності самоспостереження
- Роль близького оточення в розпізнаванні симптомів.

8. Групова дискусія: «Що заважає нам помічати симптоми ПТСР?» (10 хв.)

Мета: з'ясувати причини, які заважають вчасно розпізнавати симптоми ПТСР.

Вправа допомагає учасникам усвідомити психологічні бар'єри, які перешкоджають своєчасному розпізнаванню проблеми. Обговорення цієї теми сприяє зниженню стигматизації психологічних проблем і формує більш відкрите ставлення до самодіагностики та моніторингу симптомів.

Хід виконання: Тренер пропонує учасникам обговорити, чому може бути складно своєчасно помічати симптоми ПТСР у себе.

Рефлексія:

- «Які психологічні бар'єри заважають усвідомленню власних симптомів?»
- «Як особливості військової культури впливають на бажання визнавати наявність психологічних проблем?»
- «Які стереотипи існують щодо звернення по психологічну допомогу?»

2.2. ДІАГНОСТИЧНИЙ КОМПОНЕНТ (30 хв.)

9. Психологічний практикум: «Шкала оцінки впливу травматичної події» (20 хв.) [1], [32].

Мета: навчити учасників використовувати стандартизований інструмент для самооцінки симптомів ПТСР. Тривалість вправи: 20 хвилин. Хід виконання: Учасникам пропонується заповнити опитувальник IES-R (Шкала оцінки впливу травматичної події), яка спрямована на виявлення симптомів ПТСР і оцінку ступеня їх вираженості. Тренер пояснює принципи інтерпретації результатів. Рефлексія:

- «Які особливості використання цієї шкали для самомоніторингу?»
- «Як часто варто проводити таку самооцінку?»
- «Як інтерпретувати зміни в результатах з часом?»

10. Вправа «Карта моїх симптомів» (10 хв.)

Мета: створення індивідуальної карти симптомів для подальшого моніторингу. Хід виконання: Кожен учасник отримує бланк із зображенням силуету людини. Завдання – відзначити на силуеті локалізацію фізичних симптомів, які вони відчувають при стресі або тривозі (наприклад, напруження в шиї, дискомфорт у шлунку, головний біль тощо). Поруч із силуетом відзначаються також емоційні, когнітивні та поведінкові симптоми.

Рефлексія:

- «Які групи симптомів переважають саме у вас?»
- «Чи помічали ви ці симптоми раніше?»
- «Як ця карта може допомогти вам відстежувати зміни у вашому стані?»

2.3. КОРЕКЦІЙНО-РОЗВИВАЛЬНИЙ КОМПОНЕНТ (35 хв.)

11. Вправа «Щоденник самоспостереження» (15 хв.)

Мета: формування навичок систематичного самоспостереження.

Хід виконання: Тренер представляє структуру щоденника самоспостереження для відстеження симптомів ПТСР. Учасники отримують бланки щоденника і практикуються у

його заповненні, фіксуючи свої симптоми за останній тиждень. Щоденник включає такі розділи: дата, ситуація/тригер, думки, емоції, фізичні відчуття, поведінка, інтенсивність дистресу (0-10).

Рефлексія:

«Які переваги використання такого щоденника?»

«Які труднощі можуть виникнути при його регулярному веденні?»

«Як можна адаптувати цей щоденник під ваші індивідуальні потреби?»

12. Робота в малих групах: «Розробка плану моніторингу симптомів» (20 хв.)

Мета: розробка індивідуалізованих стратегій відстеження симптомів ПТСР.

Хід виконання: Учасники об'єднуються в малі групи по 3-4 особи. Кожна група розробляє план моніторингу симптомів ПТСР, який включає:

що саме відстежувати (конкретні симптоми);

як часто проводити моніторинг;

які інструменти використовувати;

як фіксувати результати;

яких фахівців залучати у разі погіршення стану;

критерії для звернення по допомогу.

Після завершення роботи кожна група представляє свій план.

Рефлексія:

- «Які спільні елементи присутні в планах різних груп?»

- «Які унікальні ідеї запропонували групи?»

- «Як можна підвищити ефективність такого плану моніторингу?»

ІІІ. ЗАКЛЮЧНА ЧАСТИНА (20 хв)

13. Вправа «Підсумкова рефлексія» (10 хв.)

Мета: підведення підсумків заняття, закріплення набутих знань.

Хід виконання: Учасники по колу завершують речення:

- «Сьогодні я дізнався/дізналася...»

- «Мене здивувало...»

- «Мені було складно...»

- «Найбільш корисним для мене було...»

- «Я планую використовувати...»

Рефлексія: Тренер узагальнює відповіді учасників та підкреслює ключові моменти заняття.

14. Домашнє завдання (5 хв.)

Мета: закріплення набутих навичок у повсякденному житті. Хід виконання: Тренер дає учасникам домашнє завдання:

1. Вести щоденник самоспостереження протягом тижня, фіксуючи свої симптоми, їх інтенсивність та ситуації, в яких вони виникають.

3. Проаналізувати, які симптоми найчастіше проявляються і які фактори їх посилюють/послаблюють.

15. Виконання ритуалу завершення (5 хв.)

Мета: символічне завершення заняття, посилення групової згуртованості.

Хід виконання: Учасники стають у коло і кладуть руки на плечі сусідам. Тренер пропонує всім зробити глибокий вдих і на видиху промовити фразу: «Я не один, ми разом, і разом ми сильніші». Тренер дякує всім за роботу та нагадує про час і тему наступного заняття.

Заняття 6. «Регуляція нервової системи: концепція вікна толерантності»

Мета: Розуміння механізмів гіпер- та гіпоактивації нервової системи та опанування методів відновлення балансу.

Завдання:

1. Ознайомити учасників з концепцією «вікна толерантності» та нейробіологічними основами травматичних реакцій
2. Навчити розпізнавати індивідуальні ознаки гіпер- та гіпоактивації нервової системи
3. Сформувати навички саморегуляції для повернення в «вікно толерантності»
4. Відпрацювати практичні техніки регуляції нервової системи для використання в повсякденному житті

Заняття зосереджено на навчанні учасників розуміти та регулювати стан своєї нервової системи в рамках «Вікна толерантності», розробленого доктором Деніелом Сігелем [29]. Цей підхід допомагає людям визначити, коли вони перебувають у стані гіперзбудження (занадто активовані) чи гіпозбудження (занадто закриті), і розвинути навички, щоб повернутися до зони свого оптимального функціонування.

Тривалість заняття: 120 хвилин

Матеріали: фліпчарт, маркери, проектор, ноутбук, презентація, папір А4, ручки, роздатковий матеріал (схема «вікна толерантності», бланки для самодіагностики), картки з описом технік саморегуляції, картки різних кольорів (червоний для гіперактивації, зелений для вікна толерантності, синій для гіпоактивації), таймер, записи різних звуків (від спокійних до інтенсивних).

Хід заняття (100 хв):

I. ВСТУПНА ЧАСТИНА (30 хв.)

1. Привітання учасників (5 хв.)

Мета: встановлення контакту та створення сприятливої атмосфери для роботи.

Хід виконання: Тренер вітає учасників, коротко нагадує про правила роботи групи та план заняття. Підкреслює важливість регуляції нервової системи для подолання симптомів ПТСР

2. Перевірка домашнього завдання (10 хв.)

Мета: перевірка виконання домашнього завдання, закріплення навичок самоспостереження.

Хід виконання: Учасники по черзі діляться результатами ведення щоденника самоспостереження, який вони вели протягом минулого тижня, відзначаючи, які симптоми вони фіксували, їх інтенсивність та ситуації, в яких вони проявлялися.

Рефлексія: • Які закономірності у прояві симптомів ви виявили?

- Що було найскладнішим у веденні щоденника?
- Які фактори посилювали або послаблювали симптоми?

3. Представлення теми, мети та завдань заняття (5 хв.)

Мета: інформування учасників про план роботи.

Хід виконання: Тренер представляє тему «Регуляція нервової системи: концепція вікна толерантності», пояснює актуальність цієї теми для учасників бойових дій, розкриває мету та завдання заняття.

4. Вправа «Маркування стану» (10 хв.)

Мета: розвинути здатність точно визначати свій поточний стан нервової системи, перехід до теми заняття.

Матеріали: Картки різних кольорів (червоний для гіперактивації, зелений для вікна толерантності, синій для гіпоактивації).

Хід виконання:

1. Тренер роздає кожному учаснику набір з трьох карток різних кольорів:

Червона картка: стан гіперактивації

Зелена картка: стан оптимального збудження (вікно толерантності)

Синя картка: стан гіпоактивації

2. Тренер пояснює значення кожного кольору та відповідного стану нервової системи.

3. Тренер зачитує учасникам 2-3 ситуації з повсякденного життя, наприклад:
«Ви стоїте в довгій черзі і помічаєте, що хтось проходить без черги»

- «Ви дивитесь улюблений фільм у затишній атмосфері»
- «Ви отримуєте несподіваний телефонний дзвінок пізно ввечері»
- «Ви чуєте гучний, несподіваний звук на вулиці»
- «Ви сидите біля водойми в тихий сонячний день»
- «Ви дізнаєтесь, що вам потрібно виступити перед великою аудиторією»
- «Ви отримуєте неприємне повідомлення від незнайомця»
- «Ви знаходитеся у безпечному місці з друзями»

4. Після кожної описаної ситуації учасники піднімають картку того кольору, який відповідає їхній типовій реакції на таку ситуацію.

Рефлексія:

Тренер заохочує групове обговорення різноманітності реакцій у групі та індивідуальних варіантів реагування.

- Які закономірності ви помітили у власних реакціях?
- Чи були якісь реакції інших учасників несподіваними для вас?
- Як відрізняються реакції різних людей на однакові ситуації?
- Як ви можете використовувати усвідомлення своїх типових реакцій у повсякденному житті?
- Які ситуації стабільно викликають у вас вихід з вікна толерантності?

II. ОСНОВНА ЧАСТИНА (80 хв.)

2.1. ІНФОРМАЦІЙНО-СМИСЛОВИЙ КОМПОНЕНТ (20 хв.)

5. Міні-лекція: «Вікно толерантності та регуляція нервової системи» (20 хв.)

Мета: ознайомити учасників з концепцією «вікна толерантності» та нейробіологічними основами травматичних реакцій.

Хід виконання: Тренер представляє інформацію у формі презентації, супроводжуючи її наочними матеріалами.

Основні тези:

- Концепція «вікна толерантності» (за Д. Сігелом) та її значення для розуміння реакцій на травму
- Нейробіологічні основи травматичних реакцій: роль симпатичної та парасимпатичної нервової системи
- Три стани нервової системи: оптимальне збудження (вікно толерантності), гіперактивація та гіпоактивація
- Звуження вікна толерантності внаслідок травматичного досвіду
- Зв'язок між вікном толерантності та симптомами ПТСР
- Можливість розширення вікна толерантності через практики саморегуляції.

2.2. ДІАГНОСТИЧНИЙ КОМПОНЕНТ (35 хв.)

6. Діагностична вправа «Карта моїх станів» (15 хв.)

Мета: самодіагностика індивідуальних проявів гіпер- та гіпоактивації нервової системи.

Хід виконання: Кожен учасник отримує бланк «Карта моїх станів», який містить схему вікна толерантності з трьома зонами: гіперактивація (верхня зона), вікно толерантності (середня зона) та гіпоактивація (нижня зона). Учасникам пропонується визначити та записати:

1. У зоні вікна толерантності: фізичні відчуття, думки, емоції та поведінку, які свідчать про оптимальний стан (наприклад, спокійне дихання, ясність мислення, здатність приймати рішення, відчуття зв'язку з іншими).
2. У зоні гіперактивації: особисті ознаки надмірного збудження (наприклад, серцебиття, нав'язливі думки, дратівливість, агресивні дії).
3. У зоні гіпоактивації: особисті ознаки «відключення» (наприклад, відчуття онеміння, «порожній» розум, відчуття відстороненості, ізоляція від інших).

Рефлексія: Подумайте і впишіть у карту станів наступне:

- Які сигнали тіла найчастіше говорять вам про вихід з вікна толерантності? Які тригери, що нагадують мені про травматичну подію?

- . Мої ресурси (що допомагає мені повернутися у вікно толерантності)?

7. Опитувальник «Індивідуальний профіль вікна толерантності» (20 хв.)

Мета: визначити індивідуальні особливості вікна толерантності учасників, схильність до гіпер- або гіпоактивації.

Хід виконання: Учасники заповнюють опитувальник, який складається з 20 тверджень, що описують різні реакції на стресові ситуації. Учасники оцінюють частоту кожної реакції за шкалою від 0 до 4: 0 — ніколи 1 — рідко 2 — іноді 3 — часто 4 — майже завжди

Ключовим є співвідношення балів на обох шкалах гіперактивації та гіпоактивації, що дозволяє визначити домінуючий тип реакції на стрес.

Рефлексія: Подумайте і впишіть у карту станів наступне:

- Чи відповідають результати опитувальника вашому уявленню про себе?
- Які реакції виявилися для вас найбільш характерними?
- Як отримана інформація може допомогти вам краще регулювати свій стан?

2.3. КОРЕКЦІЙНО-РОЗВИВАЛЬНИЙ КОМПОНЕНТ (60 хв.)

8. Практикум: «Техніки регуляції при гіперактивації» містить три техніки (30 хв.)

Мета: освоєння практичних технік для зниження рівня активації при станах гіперзбудження.

Хід виконання: Тренер демонструє та пропонує учасникам спробувати техніки, які допомагають знизити рівень активації при станах гіперзбудження:

1. Техніка «Квадратне дихання» (10 хв):

Мета: Заспокоєння нервової системи через ритмізоване дихання, яке активує парасимпатичну нервову систему.

Опис для тренера:

- Запросіть учасників зайняти комфортне положення, сидячи з прямою спиною.
- Поясніть, що «квадратне дихання» називається так через чотири рівні фази дихального циклу.
- Проведіть учасників через техніку, показуючи власним прикладом і озвучуючи кожен фазу.
- Нагадайте, що дихання має бути комфортним, без перенапруження.

Інструкція для учасників:

1. Вдихніть через ніс, повільно рахуючи до 4
2. Затримайте дихання, рахуючи до 4
3. Видихніть через рот або ніс, рахуючи до 4
4. Затримайте дихання після видиху, рахуючи до 4
5. Повторіть цикл 4-6 разів

Варіації: Для учасників, яким важко затримувати дихання, можна запропонувати модифікацію без затримок: просто вдих на 4 рахунки і видих на 4 рахунки.

2. Техніка «Охолодження»(10 хв):

Мета: Використання тілесних відчуттів прохолоди для зниження фізіологічного збудження.

Опис для тренера:

- Поясніть, що під час гіперактивації тіло часто відчуває жар, а охолодження допомагає зменшити активацію симпатичної нервової системи.
- Підготуйте заздалегідь холодну воду або вологі рушники, якщо це можливо.
- Продемонструйте техніку, коментуючи свої дії.

Інструкція для учасників:

1. Звернути увагу на відчуття тепла в тілі, особливо у верхній частині грудей, шиї, обличчі
2. Уявити, що видихаєте гарячий пар, ніби охолоджуєте гарячий напій

3. Прикласти холодний компрес до лоба, задньої частини шиї або зап'ясть (якщо доступно)

4. Випити склянку холодної води

5. Свідомо уповільнити рухи та мовлення

6. Уявити, як прохолода поширюється по всьому тілу з кожним видихом

Варіації: Якщо фізичні засоби охолодження недоступні, можна використовувати уявне охолодження - візуалізувати прохолодний вітер, воду або сніг, відчуючи як тіло остигає.

3. Техніка «Заземлення через відчуття ваги» (10 хв):

Мета: Використання відчуття ваги тіла для «заземлення» та відновлення контакту з теперішнім моментом.

Опис для тренера:

- Поясніть, що під час гіперактивації ми часто втрачаємо контакт з тілом, а відчуття ваги допомагає повернутися до «тут і зараз».
- Проведіть техніку повільно, з паузами, щоб учасники могли відчувати вагу кожної частини тіла.
- Говоріть спокійним, заземленим голосом.

Інструкція для учасників:

1. Сядьте або станьте, відчуючи, як ноги чи сидниці контактують з опорою
2. Звернути увагу на відчуття притягування до землі
3. Повільно «просканувати» тіло зверху вниз: відчувати вагу голови, відчувати вагу плечей, відчувати вагу рук, відчувати вагу тулуба, відчувати вагу таза, відчувати вагу ніг.
4. Підсилити відчуття ваги, уявляючи, що тіло стає важчим з кожним видихом
5. Зосередитись на відчутті тяжіння до землі, стабільності та опори

Варіації: Можна додати легке постукування або погладження частин тіла під час «сканування» для підсилення тілесного усвідомлення.

Рефлексія:

- Яка з технік виявилася найбільш ефективною для вас?
- Які зміни у тілі ви помітили після виконання вправ?
- В яких ситуаціях повсякденного життя ви могли б застосувати ці техніки?

9. Практикум: «Техніки регуляції при гіпоактивації» містить дві техніки (30 хв.)

Мета: освоєння практичних технік для підвищення рівня активації при станах гіпоактивації.

Хід виконання: Тренер демонструє та пропонує учасникам спробувати техніки, які допомагають підвищити рівень активації при станах гіпоактивації:

1. Техніка «Тактильна стимуляція»(15 хв):

Мета: Активація нервової системи через інтенсивну тактильну стимуляцію.

Опис для тренера:

- Поясніть, що під час гіпоактивації тіло часто відчувається «ніби не своє» або онімілим, і тактильна стимуляція допомагає відновити зв'язок з тілом.
- Демонструйте техніку з достатньою інтенсивністю, щоб стимуляція була відчутною.
- Заохочуйте учасників знаходити комфортний для них рівень інтенсивності, адже Тактильна стимуляція активує механорецептори шкіри та пропріорецептори, що посиляє сигнали активації до мозку. Масаж вух і скронь додатково стимулює блукаючий нерв та судинну систему голови, посилюючи приплив крові до мозку.

Інструкція для учасників:

1. Енергійно потерти долоні одна об одну до появи тепла
2. Поплескати себе по ногах, рукам, плечам з помірною силою
3. Промасажувати мочки вух між великим і вказівним пальцями
4. Промасажувати скроні круговими рухами
5. Легко постукувати кінчиками пальців по потилиці та верхній частині шиї

6. Встати і зробити кілька енергійних рухів - підстрибування, розмахування руками, кроки на місці

Варіації: Можна використовувати різні текстури для стимуляції - м'яку щітку, грубий рушник, масажний м'ячик.

2. Техніка «Сенсорна активація» (15 хв)

Мета: Активація нервової системи через інтенсивну стимуляцію різних органів чуття.

Опис для тренера:

- Підготуйте заздалегідь різні сенсорні стимули - м'ятні цукерки, ефірні олії з активуючим ефектом (м'ята, розмарин, евкаліпт), предмети яскравих кольорів.
- Поясніть, що інтенсивні сенсорні стимули є природним способом активації нервової системи.
- Запропонуйте учасникам експериментувати з різними стимулами, щоб знайти найбільш ефективні для себе. Особливо ефективними є стимули, що активують ретикулярну формацію стовбура мозку - гострі запахи, яскраве світло, гучні звуки, інтенсивні смаки.

Інструкція для учасників:

1. Смакова стимуляція:

З'їсти щось з інтенсивним смаком - кисле, гостре, м'яке

Повільно, усвідомлено відчутти смак, не поспішаючи проковтнути

2. Нюхова стимуляція:

Вдихнути аромат ефірної олії з активуючим ефектом

Зробити кілька глибоких вдихів, відзначаючи вплив аромату

3. Звукова стимуляція:

Голосно поплескати в долоні або створити інший гучний звук

Увімкнути ритмічну, енергійну музику і послухати її

4. Візуальна стимуляція:

Подивитися на щось яскраве, контрастне

Змінити освітлення на більш яскраве

5. Комбінована стимуляція:

Поєднати кілька видів стимуляції для підсилення ефекту

Рефлексія до практикуму :

- Яка з технік найбільше допомогла вам відчутти енергію?
- Які відчуття виникали в тілі під час виконання вправ?
- Які зміни у психічному стані ви помітили?

ІІІ. ЗАКЛЮЧНА ЧАСТИНА (25 хв)

10. Вправа « Коло підтримки» (15 хв.)»

Мета: посилення відчуття безпеки через групову взаємодію, завершення заняття в ресурсному стані.

Хід виконання:

1. Тренер пояснює, що групова синхронізація є потужним ресурсом для регуляції нервової системи.

2. Учасники стають у коло, тримаючись за руки або зберігаючи близьку, але комфортну дистанцію (на вибір кожного учасника).

3. Тренер проводить синхронізацію дихання групи, запрошуючи всіх дихати в одному ритмі (вдихаємо разом на рахунок 1-2-3-4; видихаємо разом на рахунок 1-2-3-4-5-6».

Повторити 4 цикли спільного дихання) (5 хв).

4. Коло слів (10 хв)

Тренер пояснює, що зараз кожен по черзі повинен назвати одне слово, яке описує його відчуття безпеки або ресурсу. При цьому не потрібно пояснювати свій вибір – лише назвати слово. Починає тренер на власному прикладі.

Можна запропонувати починати зі слів: «Мій ресурс - це...» (варіанти: Дім; Обійми; Спокій; Захист; Тиша; Стіни; Сім'я; Затишок; Світло; Укриття; Надійність; Стабільність; Замок; Опора; Довіра; Міцність; Відпочинок; Передбачуваність; Порядок; Межі; Фортеця; Спина до стіни; Ковдра; Берег; Плече; Прихисток).

або «Безпека для мене - це...» Природа; Вода; Сонце; Ліс; Музика; Друзі; Книги; Сміх; Рух; Підтримка; Гумор; Любов; Мрія; Тепло; Мудрість; Енергія; Відпочинок; Спорт; Море; Небо; Медитація; Молитва; Віра; Надія; Радість; Розуміння; Прийняття; Терпіння; Спогади; Здоров'я; Родина)

Рефлексія:

- Які відчуття виникли у вашому тілі під час цієї вправи?
- Як змінився ваш стан?
- Наскільки ви відчували зв'язок з групою під час вправи?

Тренер дякує учасникам за роботу, нагадує про час і тему наступного заняття та завершує зустріч.

11. Домашнє завдання «Моя піраміда регуляції» (10 хв.)

Мета: за отриманими зразками «Піраміди регуляції» вдома записати техніки та інструменти для повернення у вікно толерантності.

Хід виконання:

1. Тренер пояснює концепцію «піраміди регуляції» як систему технік та інструментів для повернення у вікно толерантності при різних ситуаціях.

2. Учасники отримують шаблони піраміди з трьома рівнями:

Нижній рівень (базовий): щоденні практики для підтримки широкого вікна толерантності

Середній рівень: техніки при перших ознаках виходу з вікна толерантності

Верхній рівень: інтенсивні техніки для повернення при значному виході з вікна толерантності

3. Вдома необхідно заповнити кожен рівень конкретними техніками, які вам підходять, наприклад :

Для нижнього рівня: регулярні практики медитації, фізичні вправи, достатній сон, здорове харчування

Для середнього рівня: дихальні вправи, короткі практики заземлення, тактильна стимуляція

Для верхнього рівня: інтенсивні техніки регуляції для гострих станів гіпер- або гіпоактивації

12. Виконання ритуалу завершення (5 хв.)

Мета: символічне завершення заняття, посилення групової згуртованості.

Хід виконання: Учасники стають у коло і кладуть руки на плечі сусідам. Тренер пропонує всім зробити глибокий вдих і на видиху промовити фразу: «Я не один, ми разом, і разом ми сильніші». Тренер дякує всім за роботу та нагадує про час і тему наступного заняття.

Заняття 7. «Техніки заземлення та стабілізації при дисоціації, флешбеках та інтрузивних спогадах»

Мета: Практичне освоєння технік заземлення та стабілізації при дисоціації, флешбеках та інтрузивних спогадах; формування навичок повернення до теперішнього моменту та відновлення психологічної безпеки.

Завдання:

1. Ознайомити учасників з поняттями дисоціації, флешбеків та їх зв'язком з травматичним досвідом.
2. Навчити розпізнавати ознаки дисоціативних станів та флешбеків у себе та інших.
3. Відпрацювати техніки заземлення та повернення у теперішній момент.
4. Сформувати навички швидкої самопомогі при інтрузивних проявах ПТСР [4], [20], [21], [35], [37], [39], [40].

Тривалість заняття: 120 хвилин

Обладнання: Проектор і екран (для демонстрації міні-лекції), ноутбук/комп'ютер, фліпчарт або дошка, маркери різних кольорів (4-5 штук), ручки або олівці - по 1 для кожного учасника, папір А4 для нотаток - 5-10 аркушів для кожного учасника, предмети різної текстури для тактильного заземлення (наприклад, камінці, м'ячі-антистрес, тканини різних типів) - 5-10 різних предметів, стакани з водою для вправи з температурним заземленням - по 1 для кожного учасника, серветки.

Хід заняття (100 хв):

I. ВСТУПНА ЧАСТИНА (20 хв.)

1. Привітання учасників (5 хв.)

Мета: встановлення контакту з групою, створення робочої атмосфери.

Хід виконання: Тренер вітає учасників, коротко нагадує про правила роботи групи та ознайомлює з темою і завданнями заняття.

2. Перевірка домашнього завдання «Моя піраміда регуляції» (15 хв.)

Мета: перевірка виконання домашнього завдання, закріплення навичок саморегуляції.

Хід виконання: Учасники діляться досвідом створення власної «піраміди регуляції» і розповідають, які техніки та інструменти вони внесли для кожного рівня. Тренер просить поділитися, чи довелося комусь використовувати ці техніки протягом тижня, і якщо так, то наскільки вони були ефективними.

Питання для рефлексії:

- Які техніки ви включили до базового рівня?
- Які техніки ви обрали для середнього рівня, для перших ознак виходу з вікна толерантності?
- Які інтенсивні техніки ви записали для верхнього рівня?
- Чи довелося використовувати будь-які з цих технік протягом тижня?
- Які висновки ви зробили після виконання цього завдання?

II. ОСНОВНА ЧАСТИНА (90 хв.)

2.1. ІНФОРМАЦІЙНО-СМИСЛОВИЙ КОМПОНЕНТ (20 хв.)

3 Міні-лекція «Дисоціація, флешбеки та інші інтрузивні симптоми ПТСР» (20 хв.)

Мета: надати учасникам інформацію про дисоціації, флешбеки та інтрузивні симптоми ПТСР, механізми їх виникнення та значення технік стабілізації та заземлення.

Хід виконання: Тренер представляє інформацію щодо дисоціативних станів, флешбеків та інших інтрузивних симптомів ПТСР, пояснює їх природу та механізми, а також важливість заземлення для відновлення психологічної безпеки. В ході міні-лекції висвітлюються такі питання:

- Що таке дисоціація та дисоціативні стани
- Що таке флешбеки та їх відмінність від спогадів
- Інші інтрузивні прояви ПТСР
- Механізми виникнення інтрузивних симптомів
- Роль та значення «заземлення» в роботі з інтрузивними симптомами
- Поняття «тут і тепер» та його важливість для подолання симптомів ПТСР

2.2. ДІАГНОСТИЧНИЙ КОМПОНЕНТ (40 хв.)

Учасники отримують Бланк з інформаційною пам'яткою «Ознаки дисоціації та флешбеків» і самостійно знайомляться з поняттями дисоціація та флешбек

4. Вправа «Моя карта тригерів та проявів» (20 хв.)

Мета: визначення індивідуальних тригерів, що викликають інтрузивні симптоми, та їх проявів.

Хід виконання: Кожен учасник отримує бланк «Моя карта тригерів» (пропонується розділити аркуш паперу на дві колонки. У лівій колонці записати ситуації, стимули, обставини, які можуть викликати дисоціацію або флешбеки (тригери). У правій колонці – як це проявляється (фізичні відчуття, думки, емоції, поведінка).

У цій вправі важливо пояснити конфіденційність – учасники не зобов'язані ділитися всіма своїми записами, якщо вони торкаються дуже особистих питань. Тренеру варто підготувати приклади типових тригерів, щоб учасникам було легше розпочати роботу.

Під час виконання вправи рекомендується підходити до учасників індивідуально та допомагати їм, якщо вони мають труднощі з ідентифікацією тригерів. Важливо пояснити різницю між тригерами гніву та агресії, наголошуючи, що агресія – це вже поведінкова реакція, яка може бути викликана не лише гнівом, а й страхом або безпорадністю.

Приклади тригерів гніву (несправедливе ставлення, порушення особистих меж тощо)

Приклади тригерів агресії (пряма загроза безпеці, провокативні дії, певні звуки тощо)

Приклади тригерів тривожності (невизначеність, перебування в натовпі, нагадування про травму тощо)

Ключовим є співвідношення балів на обох шкалах гіперактивації та гіпоактивації, що дозволяє визначити домінуючий тип реакції на стрес.

Питання для рефлексії:

Після заповнення картки дайте відповіді на питання:

1. Які спільні тригери ви виявили в групі?
2. Які прояви дисоціації чи флешбеків найбільш характерні для вас?
3. Що найбільше допомагає вам повернутися в теперішній момент?
4. Чи відповідають результати вашому уявленню про себе?
5. Які реакції виявилися для вас найбільш характерними?
6. Як отримана інформація може допомогти вам краще регулювати свій стан?

2.3. КОРЕКЦІЙНО-РОЗВИВАЛЬНИЙ КОМПОНЕНТ (45 хв.)

6. Техніка «5-4-3-2-1» (10 хв.)

Мета: освоєння техніки заземлення через задіяння п'яти органів чуття.

Ця техніка заземлення використовує всі п'ять органів чуття, що допомагає швидко повернути людину у «тут і тепер». Важливо проводити цю техніку повільно, даючи час учасникам справді знайти відповідні об'єкти чи відчуття навколо себе. Для посилення ефекту можна запропонувати учасникам промовляти вголос те, що вони бачать, відчувають, чують тощо. Техніка особливо ефективна, коли людина відчуває наближення дисоціації або під час флешбеку. Варіантом виконання техніки для посилення ефекту можна додати фізичний контакт з предметами, які називаються.

Хід виконання: Тренер пояснює і демонструє техніку заземлення «5-4-3-2-1»:

- Назвіть 5 речей, які ви бачите зараз навколо себе
- Назвіть 4 речі, до яких ви можете доторкнутися
- Назвіть 3 звуки, які ви чуєте
- Назвіть 2 запахи, які ви відчуваєте (або можете уявити)
- Назвіть 1 смак, який ви відчуваєте (або можете уявити)

Учасники практикують цю техніку під керівництвом тренера.

Рефлексія:

- Які відчуття виникли під час виконання вправи?
- Наскільки ефективною вам здалася ця техніка?
- В яких ситуаціях ви могли б її застосовувати?

7. Техніка «Тілесне заземлення» (15 хв.)

Мета: навчання технікам фізичного заземлення для відновлення контакту з реальністю.

Під час цієї вправи використовуються фізичні відчуття для повернення в теперішній момент та відновлення відчуття контролю над тілом.

Хід виконання: Тренер пропонує учасникам виконати дві вправи фізичного заземлення з розрахунку по десять хвилин на виконання кожної вправи:

а) Вправа «Твердий ґрунт під ногами». При виконанні вправи учасники можуть відкривати або закривати очі - як їм зручніше:

– Станьте прямо, відчуйте вагу свого тіла

- Відчуйте, як ступні торкаються підлоги
 - Перенесіть вагу спочатку на пальці ніг, потім на п'яти
 - Потопчіть ногами, відчуйте опору під ногами
 - Напружте і розслабте ноги, відчуйте зв'язок із землею.
- (Для посилення ефекту можна додати елементи самомасажу рук, шиї, плечей)

б) Вправа «Сила тіла»:

- Міцно стисніть кулаки і потримайте 10 секунд
- Напружте м'язи рук, тримаючи їх зігнутими в ліктях
- Напружте м'язи преси і спини
- Поступово розслабте тіло в зворотному порядку

Рефлексія:

- Які зміни у відчуттях відбулися після виконання вправ?
- Яка з технік заземлення показала вам найбільш ефективною?

8. Техніка «Контейнер безпеки» (20 хв.)

«Контейнер безпеки» — це техніка, яка дозволяє символічно помістити тривожні думки, емоції або травматичні спогади в уявний контейнер, щоб тимчасово відкласти їх обробку. Це дає можливість контролювати інтенсивність переживань і продовжувати функціонувати в повсякденному житті, не уникаючи повністю цих переживань.

Мета: освоєння техніки безпечного зберігання травматичних спогадів. Ця техніка забезпечує символічне «відкладення» травматичних спогадів, емоцій чи думок, які надмірно активують нервову систему.

Хід виконання: Тренер пояснює техніку «контейнування» як метод, що дозволяє символічно помістити тривожні думки або спогади в уявний контейнер, щоб вони не заважали жити і функціонувати.

Інструкція для створення власного «контейнера»:

1. Уявіть собі уявний образ надійного контейнера, який здається вам найбільш безпечним і надійним.
2. Уявіть його в деталях: розмір, матеріал, колір, текстуру, механізм закривання
3. Додайте особливі елементи безпеки: замки, коди, печатки, магичні захисти
4. Визначте безпечне місце для зберігання вашого контейнера
5. Практикуйте розміщення тривожних думок, спогадів або емоцій у контейнер
6. Пам'ятайте, що ви можете відкрити контейнер пізніше, коли відчуватимете себе готовими працювати з його вмістом у безпечному середовищі

Варіанти контейнерів :

Міцний металевий сейф; масивна, дерев'яна зі старовинним замком і важким ключем стародавня скриня; прозорий або напівпрозорий, з внутрішнім світінням кристал, що здатний трансформувати і розсіювати негативну енергію; Сучасний, з надійним шифруванням цифровий пристрій; магична скринька, що може змінювати розмір в залежності від її вмісту і має різні захисні елементи; Кімната безпеки як особистий простір з міцними стінами та надійними дверима.

- Подумки розмістіть туди всі свої тривожні думки або спогади
- Закрийте контейнер надійним способом
- Розмістіть свій контейнер у безпечному місці
- Повертаєтесь до нього, коли ви готові, і в безпечних умовах.

Практика використання техніки «Контейнер безпеки»:

1. Подумки розмістіть у контейнер всі свої тривожні думки або спогади
2. Закрийте контейнер надійним способом (уявіть як ви закриваєте кришку або двері, замкніть замок, введіть код, активуйте захист,
3. Переконайтеся, що контейнер надійно закритий, помістіть контейнер у безпечне місце.
4. Поверніться в теперішній момент: зробіть глибокий вдих і видих, відчуйте полегшення від того, що думки безпечно збережені, зосередьтеся на поточному завданні або ситуації.

Додаткові рекомендації:

- Практикуйте цю техніку регулярно, навіть коли немає гострої потреби
- Техніку можна доповнити фізичним символом (малюнок, реальна коробка, об'єкт), який нагадуватиме про ваш уявний контейнер

Рефлексія:

Учасникам роздаємо Бланк для рефлексії після практики техніки «Контейнування».

1. Який контейнер я обрав або створив
2. Як виглядає мій контейнер? (опишіть деталі).
3. Де я вирішив(ла) зберігати мій контейнер?
4. Чи вдалося помістити туди тривожні думки/спогади?
5. Чи відчуваю я, що вони надійно збережені?
6. Які зміни у своєму стані я помітив(ла) після виконання вправи?

ІІІ. ЗАКЛЮЧНА ЧАСТИНА (25 хв)

9 Вправа «Ресурсна валіза» (10 хв.)

Мета: Символічне закріплення отриманих знань та технік, створення відчуття підготовленості до управління симптомами, формування позитивного завершення заняття.
Хід виконання: Тренер пропонує учасникам уявити, що вони збирають «ресурсну валізу» з технік та навичок, які вони отримали сьогодні. Учасники сидять у колі, і кожен по черзі називає одну техніку або навичку, яку він «кладе у валізу» і планує використовувати. Тренер може розпочати, щоб показати приклад: «Я кладу в ресурсну валізу техніку 5-4-3-2-1, яка допоможе мені швидко повернутися в теперішній момент, коли я помічу перші ознаки дисоціації».

Рефлексія:

- Які з технік здаються вам найбільш корисними для повсякденного використання?

10. Домашнє завдання «Ведення щоденника «Мої практики заземлення протягом наступного тижня» (10 хв.)

Мета: закріплення отриманих навичок у повсякденному житті.

Хід виконання: Тренер пропонує учасникам вести щоденник «Мої практики заземлення протягом наступного тижня». Для цього роздає кожному учаснику Бланки щоденника практики заземлення - по 1 примірнику для кожного учасника для домашнього завдання. Він може мати наступний формат:

День	Використана техніка	Ситуація	Ефективність (1-10)	Відчуття до	і після
понеділок					

Тренер пояснює:

- Щодня практикуйте хоча б одну техніку заземлення
- Записуйте, в якій ситуації ви її застосували
- Оцініть ефективність за шкалою від 1 до 10
- Коротко опишіть свої відчуття до і після застосування техніки

11. Виконання ритуалу завершення (5 хв.)

Мета: символічне завершення заняття, підтримка групової згуртованості.

Хід виконання: Учасники стають у коло, кладуть руки на плечі сусідам і промовляють фразу: «Я не один, ми разом, і разом ми сильніші». Тренер дякує всім за роботу та нагадує про час і тему наступного заняття.

Заняття 8. «Регуляція емоційних станів: управління гнівом, агресією та тривожністю»

Мета: Освоєння технік розпізнавання, прийняття та безпечного вираження інтенсивних емоцій для ефективного подолання проявів ПТСР у учасників бойових дій.

Завдання:

1. Надати учасникам інформацію про природу гніву, агресії та тривожності та їх зв'язок з ПТСР.
 2. Навчити учасників розпізнавати ранні ознаки цих емоційних станів.
 3. Розвинути навички самостійної регуляції інтенсивних емоцій через практичні техніки.
 4. Опанувати безпечні способи вираження гніву та агресії без деструктивних наслідків.
 5. Сформувати навички зниження рівня тривожності через регуляцію фізіологічних та когнітивних процесів.
- [20], [21], [22], [28], [42].

Тривалість: 205 хвилин.

Обладнання: фліпчарт, маркери, папір формату А4, ручки, кольорові олівці або фломастери, м'яч, килимки для вправ, ноутбук, звукові колонки для музики, одноразові паперові тарілки, маски для сну або хустки для зав'язування очей.

Хід заняття (205 хв):

I. ВСТУПНА ЧАСТИНА (20 хв.)

1. Привітання учасників (5 хв.)

Мета: створення доброзичливої атмосфери в групі, налаштування на роботу.

Хід виконання: Тренер вітає учасників, коротко нагадує про правила роботи групи, представляє тему заняття та ознайомлює з планом роботи.

2. Перевірка домашнього завдання «Моя піраміда регуляції» (15 хв.)

Мета: перевірка виконання домашнього завдання, закріплення навичок заземлення.

Хід виконання: Учасники презентують результати виконання домашнього завдання – ведення щоденника практики технік заземлення. Кожен учасник ділиться своїм досвідом застосування технік.

Рефлексія:

- Які техніки ви внесли до базового рівня?
- Які техніки ви обрали для середнього рівня, для перших ознак виходу з вікна толерантності?
- Які інтенсивні техніки ви записали для верхнього рівня?
- Чи довелося використовувати будь-які з цих технік протягом тижня? Які результати ви отримали?
- Які висновки ви зробили після виконання цього завдання?

II. ОСНОВНА ЧАСТИНА (140 хв.)

2.1. ІНФОРМАЦІЙНО-СМИСЛОВИЙ КОМПОНЕНТ (40 хв.)

3. Вправа «Емоційний словник» (15 хв.)

Мета: розширити словниковий запас учасників щодо емоцій, визначити відмінності між різними відтінками емоційних станів.

Хід виконання:

1. Тренер заздалегідь готує і розміщує на дошці великі стікери із зображеннями смайлів, що відображають 8 базових емоцій (гнів, страх, радість, смуток, відраза, здивування, сором, провина).
2. Учасники розділяються на малі групи по 3-4 особи. Кожна група отримує на двох аркушах вісім базових емоцій у кольоровому форматі по чотири емоції на одному аркуші.
3. Тренер пояснює завдання: «Зараз ми проведемо мозковий штурм. Для кожної базової емоції, представленої смайлом на дошці, вам потрібно підібрати якомога більше відтінків або варіацій цієї емоції. Наприклад, для емоції «гнів» наприклад відтінками можуть бути роздратування, лютя, обурення тощо».
4. Групи працюють 5-7 хвилин, записуючи кожен відтінок емоції на окремому стікері.

5. Після завершення часу представник від кожної групи по черзі виходить до дошки, називає відтінок базової емоції та прикріплює стікер поруч з відповідним смайлом, групуючи схожі варіанти.

6. Тренер модерує процес, допомагає систематизувати відтінки, додає пропущені варіанти та уточнює значення деяких емоційних станів.

7. У результаті на дошці формується восьмикутна «карта емоцій» з базовими емоціями у центрі та відтінками навколо них

Рефлексія:

- Для яких емоцій ви змогли знайти найбільше відтінків?
- Які з названих відтінків для вас нові або рідко використовуються?
- Як здатність точно називати свої емоції може допомогти у їх регуляції?
- Чи помітили ви емоційні стани, які важко віднести лише до однієї базової емоції?

4. Міні-лекція «Гнів, агресія та тривожність в контексті ПТСР» (25 хв.)

Мета: надати учасникам теоретичні знання про природу гніву, агресії та тривожності, їх зв'язок з ПТСР, фізіологічні та психологічні прояви.

Хід виконання: Тренер надає інформацію про:

- Відмінності між емоцією гніву та агресивною поведінкою
- Адаптивні функції гніву, агресії та тривожності
- Специфічні прояви цих емоцій у контексті ПТСР
- Нейробіологічні механізми та «хімію» гніву, агресії та тривожності
- Стадії розвитку гніву та шляхи його регуляції
- Когнітивні, фізіологічні та поведінкові прояви тривожності
- Вплив бойового досвіду на регуляцію інтенсивних емоцій

Тренер використовує презентативний виклад матеріалу через проектор та екран для візуалізації інформації, у презентації матеріал подається у схемах та таблицях. Крім того, бажано поширювати серед учасників електронний варіант презентації з кожного заняття для індивідуального користування.

2.2. ДІАГНОСТИЧНИЙ КОМПОНЕНТ (40 хв.)

5. Вправа «Карта моїх тригерів» (20 хв.)

Мета: допомогти учасникам визначити особисті тригери гніву, агресії та тривожності.

Хід виконання: Кожен учасник отримує бланк «Моя карта тригерів», у цьому аркуші в таблиці є поділ на три три колонки: «Тригери гніву», «Тригери агресії» та «Тригери тривожності». Кожен учасник заповнює колонки, визначаючи ситуації, людей, слова або думки, які зазвичай викликають у нього відповідні емоційні реакції.

Тренеру варто підготувати приклади типових тригерів, щоб учасникам було легше розпочати роботу.

Важливо пояснити різницю між тригерами гніву та агресії, наголошуючи, що агресія – це вже поведінкова реакція, яка може бути викликана не лише гнівом, а й страхом або безпорадністю.

Приклади тригерів гніву (несправедливе ставлення, порушення особистих меж тощо)

Приклади тригерів агресії (пряма загроза безпеці, провокативні дії, певні звуки тощо)

Приклади тригерів тривожності (невизначеність, перебування в натовпі, нагадування про травму тощо)

Рефлексія:

- Які тригери пов'язані з вашим бойовим досвідом?
 - Які тригери є спільними для більшості учасників групи?
6. Діагностична вправа «Шкала інтенсивності емоцій» (20 хв.)

Мета: навчити учасників оцінювати інтенсивність власних емоційних реакцій.

Хід виконання: Тренер представляє концепцію шкали інтенсивності емоцій від 0 до 10, де 0 – повна відсутність емоції, а 10 – максимальна інтенсивність. Кожен учасник створює

власну шкалу для гніву та тривожності, описуючи для кожного рівня інтенсивності: фізичні відчуття, думки, поведінкові прояви.

Після цього учасники відмічають на своїх шкалах: рівень емоції, за якого вони ще можуть ефективно контролювати свою поведінку, рівень емоції, при якому контроль стає складним, поточний рівень емоції.

Спочатку йдуть таблиці з прикладами заповнення:

Приклад шкали інтенсивності гніву (з усіма рівнями від 0 до 10)

Приклад шкали інтенсивності тривожності (з усіма рівнями від 0 до 10)

Для кожної шкали додано зразок відміток (контрольні точки)

Після прикладів розміщені порожні таблиці для заповнення учасниками:

Порожня таблиця «Моя шкала інтенсивності гніву»

Порожня таблиця «Моя шкала інтенсивності тривожності»

Місця для особистих відміток контрольних точок

Рефлексія:

- Як змінюються ваші фізичні відчуття при зростанні інтенсивності емоції?
- На якому рівні інтенсивності вам найважче контролювати свої реакції?
- Які ранні сигнали підказують вам, що інтенсивність емоції зростає?

2.3. КОРЕКЦІЙНО-РОЗВИВАЛЬНИЙ КОМПОНЕНТ (80 хв.)

7. Вправа «Безпечне вираження гніву» (35 хв.)

Мета: освоїти практичні техніки безпечного вираження гніву для ефективного подолання проявів ПТСР.

Матеріали: аркуші паперу А4; кольорові олівці або фломастери; одноразові паперові тарілки; достатньо простору для рухової активності; можливо: газети як альтернативні предмети, пляшки з водою та одноразові стаканчики.

Хід виконання:

Вступ (3 хв.) Тренер пояснює: «Гнів — це нормальна емоція, яка потребує здорового вираження. Коли ми пригнічуємо гнів, він може накопичуватися і виявлятися в деструктивній поведінці. Сьогодні ми опануємо три безпечні техніки для вираження гніву. Важливо розуміти різницю між контрольованим вираженням гніву та імпульсивною агресією. Ми вчимося керувати своїми емоціями, а не дозволяти їм керувати нами».

Техніка 1: «Письмовий вилив гніву» (10 хв.).

Інструкція для учасників:

1. Кожен учасник отримує аркуш паперу та кольорові олівці/фломастери
2. Оберіть колір, який асоціюється у вас з гнівом (часто це червоний, чорний)
3. Почніть малювати неоформлені різкі лінії на папері, передаючи на листок свій внутрішній гнів
4. Можете також використовувати завершення фраз:
 - «Я розлючений, тому що...», - «Мені важко прийняти...»
 - «Я не можу змиритися з...»; - «Мене дратує, коли...»
5. Після завершення визначте, що зробити з цим листком:
 - Розірвати на дрібні шматочки
 - Зім'яти у щільну кулю
 - Порвати і символічно «відпустити»

Техніка 2: «Фізичне вираження гніву» (10 хв.)

Інструкція для учасників:

1. Кожен отримує паперову одноразову тарілку
2. Уявіть, що ця тарілка символізує ваш гнів або ситуацію, яка викликає гнів
3. Виразіть свій гнів через фізичні дії з тарілкою:
 - Зім'яти, - Зігнути, - Порвати на шматки, - Пошматувати
4. Важливо! Виконуйте дії усвідомлено, зберігаючи контроль над рухами
5. Зверніть увагу на фізичні відчуття під час виконання дій

Варіації вправи (на вибір тренера):

- Замість тарілок можна використовувати газети (зім'яти, порвати)

Техніка 3: «Заземлення» (5 хв.). Інструкція для учасників:

1. Станьте прямо, ноги на ширині плечей
2. Відчуйте повний контакт стоп із підлогою
3. Дихайте повільно і глибоко, концентруючись на відчуттях у тілі
4. Уявіть, що через ваші ноги проходить канал, який з'єднує вас із землею
5. Уявіть, що ваш гнів — це енергія червоного кольору, яка накопичилася у вашому тілі
6. З кожним видихом уявляйте, як ця енергія протікає вниз через тіло, ноги і входить у землю
7. Зробіть кілька сильних тупань ногами, відчуваючи, як енергія гніву розряджається через контакт із землею
8. Продовжуйте тупати, доки не відчуєте певне полегшення
9. Завершіть вправу глибоким вдихом та повільним видихом

Повернення до стану рівноваги (5 хв.)

Після виконання всіх трьох технік тренер пропонує учасникам:

- Зробити 3-5 глибоких вдихів та видихів, струсити руки та ноги, розслабляючи м'язи; випити води, повільно походити по кімнаті, відчуваючи своє тіло

Рефлексія та обговорення вправи (5 хв.)

1. Яка з технік вираження гніву здалася вам найбільш ефективною? Чому?
2. Чи відчули ви фізичне полегшення після вираження гніву?
3. Яких змін у тілі ви помітили до і після виконання вправ?

Ключові моменти для тренера

- Наголосіть, що ці техніки — це тимчасові заходи для безпечного вираження гніву, а не довгострокове вирішення проблем

- Підкресліть важливість усвідомлення фізичних дій і збереження контролю над ними

Висновок. Безпечне вираження гніву — це навичка, яку можна розвивати. Регулярна практика цих технік допомагає зменшити інтенсивність гніву, запобігти його накопиченню та уникнути деструктивних наслідків. Важливо пам'ятати, що гнів — це сигнал про незадоволені потреби або порушені особисті межі, тому важливо також працювати з першопричинами гніву.

8. Техніка «Тілесне заземлення» (15 хв.)

Мета: навчання технікам фізичного заземлення для відновлення контакту з реальністю. Під час цієї вправи використовуються фізичні відчуття для повернення в теперішній момент та відновлення відчуття контролю над тілом.

Хід виконання: Тренер пропонує учасникам виконати дві вправи фізичного заземлення з розрахунку по десять хвилин на виконання кожної вправи:

а) Вправа «Твердий ґрунт під ногами». При виконанні вправи учасники можуть відкривати або закривати очі - як їм зручніше:

- Станьте прямо, відчуйте вагу свого тіла
- Відчуйте, як ступні торкаються підлоги
- Перенесіть вагу спочатку на пальці ніг, потім на п'яти
- Потопчіть ногами, відчуйте опору під ногами
- Напружте і розслабте ноги, відчуйте зв'язок із землею.

(Для посилення ефекту можна додати елементи самомасажу рук, шиї, плечей)

б) Вправа «Сила тіла»:

- Міцно стисніть кулаки і потримайте 10 секунд
- Напружте м'язи рук, тримаючи їх зігнутими в ліктях
- Напружте м'язи преси і спини
- Поступово розслабте тіло в зворотному порядку

Рефлексія:

- Які зміни у відчуттях відбулися після виконання вправ?
- Яка з технік заземлення показала вам найбільш ефективною?

9. Вправа «Безпечне місце» (30 хв.)

Мета: навчити учасників використовувати сенсорні модальності для зниження рівня тривожності через створення і активацію образу безпечного місця.

Теоретичне обґрунтування: техніка «Безпечне місце» є одним із потужних інструментів у роботі з тривожністю, ПТСР та гострими стресовими станами. Вона базується на нейропсихологічному принципі, що мозок не повністю розрізняє реальний досвід та яскраву уяву. Коли людина детально уявляє безпечне місце з активацією всіх сенсорних модальностей, мозок реагує зниженням рівня стресових гормонів та активацією парасимпатичної нервової системи, що відповідає за розслаблення. Ця техніка також створює «сенсорні якорі» — стимули, які допомагають швидко повернутися до стану спокою в стресових ситуаціях [4].

Хід виконання

1. Вступ і пояснення техніки (5 хв.)

Тренер пояснює: «Сьогодні ми опануємо потужну техніку для зниження тривожності — «Безпечне місце». Ця техніка допомагає швидко знизити рівень тривоги через активацію образу місця, де ви почуваетесь абсолютно безпечно і захищено. Особливість цієї техніки полягає в тому, що ми будемо активізувати всі органи чуттів — зір, слух, дотик, запах і смак — щоб створити максимально реалістичний, заспокійливий досвід.

Наш мозок не завжди розрізняє реальний досвід та яскраву уяву, тому коли ми детально уявляємо щось приємне і безпечне, наше тіло починає розслаблятися, а рівень тривоги знижується. Безпечне місце стане вашим особистим 'сховищем', куди можна подумки переміститися в моменти стресу чи тривоги».

2. Створення «сенсорної картки безпеки» (10 хв.)

Пропонується учасникам роздати роздатковий матеріал на аркушах А4 для використання під час проведення вправи «Безпечне місце». Інструкція для учасників:

1. У отриманому бланку «Моя сенсорна картка безпеки» аркуш паперу розділено на п'ять секцій відповідно до п'яти чуттів.
2. У кожній секції запишіть:
 - о Зір: Заспокійливі візуальні образи (наприклад, зелений ліс, морський берег, затишна кімната)
 - о Слух: Заспокійливі звуки (наприклад, шум моря, спів птахів, тиха музика)
 - о Дотик: Приємні тактильні відчуття (наприклад, м'яка ковдра, тепла ванна, легкий вітерець)
 - о Запах: Заспокійливі аромати (наприклад, запах хвої, свіжоспеченого хліба, лаванди)
 - о Смак: Смаки, що викликають приємні відчуття (наприклад, м'ятний чай, шоколад, улюблений фрукт)
3. Для кожної сенсорної модальності визначте принаймні 3 варіанти, які особисто для вас є найбільш заспокійливими.

Тренер коментує: «Ця сенсорна картка стане вашою особистою 'аптечкою' для роботи з тривожністю. Ви можете носити її з собою і в моменти підвищеної тривоги звертатися до неї, щоб активізувати заспокійливі сенсорні відчуття.»

Інструкція (тренер говорить повільно, з паузами) (10 хв):

«Зробіть кілька глибоких, повільних вдихів... Видихайте повністю, відпускаючи напруження... Відчуйте, як з кожним видихом ваше тіло стає більш розслабленим...

Тепер уявіть місце, де ви почуваетесь абсолютно безпечно і комфортно... Це може бути реальне місце з вашого життя або уявне... Це може бути приміщення або відкритий простір... Це може бути місце з вашого минулого, теперішнього, або місце, яке ви хотіли б відвідати...

Почніть детально досліджувати це безпечне місце... Спочатку зверніть увагу на те, що ви бачите... Які кольори присутні в цьому місці?... Яке освітлення?... Що знаходиться навколо вас?... Роздивіться деталі... (пауза)

Тепер зверніть увагу на звуки у вашому безпечному місці... Можливо, це тиша, або шелест листя, або спів птахів, або тихий гомін хвиль... Які звуки ви чуєте? Як вони впливають на ваш стан?... (пауза)

Відчуйте, що ви торкаєтеся в цьому місці... Яка текстура під вашими руками?... Під вашими ногами?... Можливо, ви відчуваєте м'якість ковдри, або тепло піску, або прохолоду трави... Відчуйте температуру повітря на вашій шкірі... (пауза)

Які аромати присутні у вашому безпечному місці?... Можливо, запах моря, або квітів, або свіжоспеченого хліба... Вдихніть цей аромат... Відчуйте, як він впливає на ваш стан... (пауза)

І нарешті, чи є у вашому безпечному місці якісь смаки?... Можливо, ви смакуєте улюблений напій або їжу... Відчуйте цей смак... (пауза)

Тепер повністю зануртеся в ваше безпечне місце... Відчуйте, як воно впливає на ваше тіло... Відзначте, як змінюється ваше дихання... Як розслабляються ваші м'язи... Як почуття безпеки і захищеності наповнює вас... (довга пауза)

Запам'ятайте це відчуття... Знайте, що ви можете повернутися до цього безпечного місця в будь-який момент, коли відчуєте тривогу або напруження... Це місце завжди доступне для вас...

Тепер починаємо повільно повертатися до тут і зараз... Зробіть глибокий вдих... На рахунок три ви повільно відкриєте очі, відчуваючись розслабленими і захищеними... Один... Два... Три...»

Рефлексія :(5 хв.)

1. Як змінився ваш емоційний стан після виконання техніки «Безпечне місце»?
2. Які фізичні зміни ви помітили у своєму тілі (дихання, напруження м'язів, тощо)?
3. Яка сенсорна модальність (зір, слух, дотик, запах, смак) була для вас найсильнішою і найбільш заспокійливою?

III. ЗАКЛЮЧНА ЧАСТИНА (25 хв.)

10. Вправа «Коло емоційної стійкості» (10 хв.)

Мета: сформувати відчуття завершеності, групової підтримки та особистої емоційної стійкості.

Хід виконання:

1. Учасники стають у коло, тримаючись за руки або на комфортній для них відстані.
2. Тренер пропонує кожному по черзі закінчити фразу: «Сьогодні я став/стала емоційно стійкішим/стійкішою, тому що...»
3. Після того як усі учасники висловляться, тренер пропонує глибоко вдихнути і на видиху уявити, як група наповнюється спільною силою для регуляції емоцій.
4. Тренер завершує вправу словами: «Емоційна стійкість — це не відсутність емоцій, а вміння їх розпізнавати, приймати та регулювати. Сьогодні ми зробили ще один крок до майстерності у цьому мистецтві».

11. Домашнє завдання «Емоційний термометр» (10 хв.)

Мета: закріпити навички розпізнавання та регуляції інтенсивних емоцій у повсякденному житті.

Матеріали: бланк «Емоційний термометр» роздається кожному учаснику.

Хід виконання:

1. Тренер роздає учасникам бланк «Емоційний термометр» і пояснює принцип його використання:

Бланк містить спрощений «термометр» з поділками від 0 до 10 для відстеження інтенсивності емоцій.

Учасникам пропонується щоденно, бажано у фіксований час (наприклад, ввечері), відмічати на термометрі максимальний рівень інтенсивності гніву та тривожності, який вони відчували протягом дня.

Якщо рівень емоції перевищував 5 балів, потрібно коротко записати:

- Ситуацію, яка викликала емоцію
 - Техніку, яку використали для регуляції
 - Результат (чи допомогла техніка)
2. Тренер пояснює: «Цей простий інструмент допоможе вам відстежувати динаміку ваших емоційних станів та ефективність технік регуляції. Він займає лише 2-3 хвилини на день, але дає цінну інформацію для саморозвитку».

12. Ритуал завершення «Сила спокою» (5 хв.)

Мета: символічне завершення заняття, підтримка групової згуртованості.

Хід виконання:

1. Учасники стають у коло.
2. Тренер пропонує всім разом зробити три глибокі вдихи та видихи.
3. На останньому видиху всі учасники разом промовляють: «Я володію своїми емоціями. Я зберігаю спокій у бурі. Я сильніший/сильніша за свій гнів і тривогу».
4. Тренер дякує учасникам за роботу та нагадує про дату і час наступного заняття.

Заняття 9. «Відновлення здорового сну та подолання нічних кошмарів»

Мета: Оволодіння стратегіями нормалізації сну та специфічними техніками роботи з нічними кошмарами для ефективного подолання проявів ПТСР у учасників бойових дій..

Завдання:

1. Надати учасникам інформацію про природу сну, механізми порушення сну при ПТСР та нічні кошмари.
2. Провести діагностику якості сну учасників та виявити основні проблемні області.
3. Ознайомити учасників із принципами гігієни сну та специфічними рекомендаціями для осіб з ПТСР
4. Навчити учасників вести щоденник сну для відстеження закономірностей та аналізу факторів, що впливають на якість сну
5. Опанувати техніку переписування нічних кошмарів (Imagery Rehearsal Therapy) для зменшення їх частоти та інтенсивності.
6. Освоїти техніку прогресивної м'язової релаксації для підготовки до сну.
7. Сформувати в учасників персоналізований протокол здорового сну з урахуванням індивідуальних потреб та особливостей.
8. Розвинути навички рефлексії щодо зв'язку якості сну з загальним психологічним станом [2], [23], [38], [45].

Тривалість: 160 хвилин.

Матеріали: фліпчарт, маркери, папір А4, кольорові олівці, фломастери, стікери, ручки, м'які подушки, пледи для створення комфортної атмосфери, проектор, ноутбук, колонки, аудіозаписи для релаксації, бланки опитувальників, бланки для ведення щоденника сну, бланки для техніки переписування нічних кошмарів.

I. ВСТУПНА ЧАСТИНА (30 хв.)

1. Привітання учасників (5 хв.)

Мета: створення доброзичливої атмосфери в групі, налаштування на роботу.

Хід виконання: Тренер вітає учасників, коротко нагадує про правила роботи групи, представляє тему заняття та ознайомлює з планом роботи.

Тренер: «Доброго дня, шановні учасники! Радий бачити всіх вас на нашому дев'ятому занятті. Сьогодні ми зосередимось на надзвичайно важливій темі для якості життя та процесу відновлення – на питаннях здорового сну та подоланні нічних кошмарів.

Порушення сну є одним із найпоширеніших симптомів ПТСР, що значно погіршує загальне самопочуття та ускладнює процес реабілітації. На сьогоднішньому занятті ми дізнаємось про фізіологію сну, вплив травматичного досвіду на якість сну, освоїмо практичні техніки для покращення сну та роботи з нічними кошмарами».

2. Перевірка домашнього завдання «Емоційний термометр» (15 хв.)

Мета: аналіз виконання домашнього завдання, закріплення навичок саморегуляції емоційних станів.

Хід виконання: Учасники презентують результати виконання домашнього завдання – ведення щоденника «Емоційний термометр», у якому вони відстежували рівні гніву та тривожності, а також застосовували техніки емоційної регуляції.

Рефлексія:

- Що ви помітили, відстежуючи рівень своїх емоцій щодня?
- Які закономірності у виникненні сильних емоцій ви виявили?
- Які техніки регуляції були найбільш ефективними?
- Чи вдалося вам зменшити інтенсивність емоційних реакцій завдяки своєчасному застосуванню технік?
- Як відстеження емоцій вплинуло на ваш сон?

3. Вправа «Сонний пейзаж» (10 хв.)

Мета: визначення поточного психоемоційного стану учасників, створення умов для усвідомлення зв'язку між якістю сну та психоемоційним станом через засоби художньої експресії та метафоричного мислення.

Матеріали: індивідуальні бланки «Сонний пейзаж» для кожного учасника (два варіанти: зразок із прикладами заповнення та чистий бланк для заповнення учасником), ручки або олівці.

Хід виконання: тренер роздає кожному учаснику два бланки «Сонний пейзаж» – один заповнений як зразок, інший – чистий для особистого заповнення. Тренер пояснює символічне значення елементів пейзажу:

Небо – стан свідомості, думки

Сонце – енергія, емоційний стан

Земля/трава – фізичні відчуття в тілі

Вода – глибинні процеси підсвідомості, сновидіння

Учасникам пропонується записати в кожній зоні свого бланку одне слово або коротку фразу, що відображає:

У зоні «Небо» – стан свідомості/думок після сну (ясний/заплутаний/тощо)

У зоні «Сонце» – рівень енергії після сну (за шкалою від 1 до 10) та емоційний стан

У зоні «Земля/трава» – фізичні відчуття в тілі після сну (бадьорість/втома/тощо)

У зоні «Вода» – характер сновидінь (якщо були)

Тренер дає учасникам 3-4 хвилини на заповнення індивідуальних бланків.

Після заповнення бланків тренер пропонує учасникам придумати і записати на бланку «погодну метафору», яка найкраще описує їхній поточний стан:

«Якби ваш сон і ваш нинішній стан були погодою, якою погодою вони б були?» (наприклад, «ясний сонячний день», «похмуро з проясненнями», «гроза», «туман» тощо).

Тренер пропонує 3-4 добровольцям за бажанням поділитися своїми записами, коментуючи їх словами: «Після сьогоднішнього сну мій пейзаж виглядає так...» а пояснюючи свою погодну метафору.

Рефлексія:

Чи відчули ви зв'язок між якістю сну та різними аспектами самопочуття (думки, емоції, тіло), вплив сновидінь на загальний стан?

Чому якісний сон потрібний для самопочуття людини?

II. ОСНОВНА ЧАСТИНА (135 хв.)

2.1. ІНФОРМАЦІЙНО-СМИСЛОВИЙ КОМПОНЕНТ (45 хв.)

4. Міні-лекція «Сон та його порушення при ПТСР» (25 хв.)

Мета: надати учасникам інформацію про природу сну, механізми порушення сну при ПТСР та зв'язок між якістю сну і психологічним здоров'ям у доступній формі.

Хід виконання: Тренер за допомогою презентації надає інформацію, використовуючи просту мову та зрозумілі приклади.

Основний зміст міні-лекції:

1. Що таке сон і навіщо він потрібен
2. Як сон змінюється при ПТСР

Типові проблеми зі сном у військових з ПТСР:

- Складно заснути — мозок продовжує «сканувати» небезпеку
- Поверхневий сон — ви ніби спите «одним оком»
- Часті пробудження — ваша система безпеки реагує на найменші звуки або рухи
- Нічні кошмари — мозок продовжує обробляти травматичні події навіть уві сні

Важливо розуміти: це не ваша вина і не слабкість — це нормальна реакція організму на ненормальні обставини.

3. Чому виникають нічні кошмари

«Нічні кошмари — це спроба вашого мозку «розібратися» з болючими спогадами». Ось що відбувається:

4. Як сон і психологічний стан впливають один на одного
5. Наслідки хронічного недосипання
6. Принципи гігієни сну — перші кроки до покращення

Рефлексія: «Що з почутого найбільше відгукнулося вам особисто?

Чи впізнали ви свій досвід у тому, про що я розповідав/розповідала?» [2], [23], [38], [45].

5. Групова дискусія «Вплив сну на загальне самопочуття та емоційний стан» (20 хв.)

Мета: поглибити розуміння важливості здорового сну для успішної реабілітації та реінтеграції.

Хід виконання: Тренер модерує групову дискусію, записуючи ключові моменти на фліпчарті.

Питання для обговорення:

- Як якість сну впливає на загальне самопочуття та емоційний стан?
- Приклади відповідей «Коли не висипаюсь, весь день як у тумані, нічого не можу зробити нормально»; «Після поганого сну дратує буквально все. Навіть дружина каже, що по моему обличчю вранці вже бачить, як я спав»; «Недосипання для мене — це гарантована агресія. Буквально вибухаю через дрібниці».
- Що заважає вам зараз мати здоровий сон?
 - Приклади відповідей учасників: «Постійна тривога. Як тільки лягаю, починають крутитися думки про все на світі»; «Боюся спати, бо майже щоночі кошмари. Відтягую момент засинання як можу»; «Звук на передовій спати «одним оком». Тепер навіть вдома прокидаюсь від найменшого шурхоту»; «Режим збитий повністю. На службі звук спати вдень, тепер вночі не можу».

Рефлексія через метод «Світлофор»: Кожен учасник отримує три стікери різних кольорів:

- Зелений – записує те, що сприяє його здоровому сну
- Жовтий – записує те, що іноді заважає його здоровому сну
- Червоний – записує те, що завжди заважає його здоровому сну

Учасники наклеюють свої стікери на відповідні секції на фліпчарті, після чого тренер систематизує та узагальнює отримані відповіді.

Приклади записів на стікерах:

Зелений стікер (що сприяє здоровому сну):

«Фізичне навантаження протягом дня»; «Тепла ванна або душ перед сном»; «Провітрена кімната»; «Читання книги перед сном»; «Фіксований час відбою»; «Розмова з дружиною

перед сном»; «Відсутність гаджетів за годину до сну»; «Медитація перед сном»; «Відмова від кави після обіду»; «Склянка теплого молока на ніч»; «Легка вечеря за 2-3 години до сну»; «Спати з відкритою кватиркою».

Жовтий стікер (що іноді заважає здоровому сну): «Перегляд новин перед сном»; «Робочі дзвінки ввечері»; «Пізня вечеря»; «Алкоголь»; «Кофеїн»; «Сварки з близькими»; «Занадто яскраве світло вечорами»; «Тривожні думки про майбутнє»; «Перегляд відео на YouTube допізна»; «Спортивні тренування перед сном»; «Гучні сусіди»; «Надмірні переживання через дрібниці».

Червоний стікер (що завжди заважає здоровому сну): «Спогади про бойові дії»; «Повітряні тривоги»; «Нічні кошмари»; «Думки про загиблих побратимів»; «Сирени, гучні звуки, вибухи»; «Постійна тривога за безпеку родини»; «Енергетики після 18:00»; «Самозвинувачення за події на війні»; «Безконтрольне гортання стрічки в соцмережах»; «Страх не почути небезпеку уві сні»; «Біль у тілі, старі поранення»; «Думки про тих, хто зараз на передовій».

Можливе узагальнення тренера після вправи:

«Дякую всім за відвертість. Як ми бачимо, у нас виділяються кілька груп факторів, що впливають на сон:

Те, що сприяє здоровому сну — це в основному структурованість (режим дня, ритуали), фізична активність протягом дня та створення комфортного середовища для сну.

Те, що іноді заважає — це переважно інформаційне перевантаження, порушення режиму харчування, складні емоції та зовнішні подразники.

Те, що завжди заважає — це здебільшого травматичні спогади, тривоги за безпеку (свою та близьких), дисфункціональні думки та фізичний дискомфорт.

Як ми можемо помітити, деякі фактори ми можемо контролювати (наприклад, режим дня і харчування), а з деякими потрібно спеціально працювати, використовуючи техніки, яким ми сьогодні будемо навчатися.»

2.2. ДІАГНОСТИЧНИЙ КОМПОНЕНТ (40 хв.)

6. Діагностика якості сну за допомогою «Пітсбурзького індексу якості сну» (40 хв.)

[23].

Мета: оцінити поточну якість сну учасників, визначити основні проблемні області.

Теоретичний компонент: Використання стандартизованого інструменту для оцінки сну дає учасникам об'єктивний зворотний зв'язок щодо їхніх проблем зі сном. Тренер має пояснити, що результати опитувальника є відправною точкою для відстеження змін, а не діагнозом.

Метод рефлексії через «Карту проблем зі сном» допомагає учасникам візуалізувати свої конкретні труднощі зі сном і цілеспрямовано працювати над ними.

Хід виконання:

1. Тренер роздає учасникам бланки опитувальника «Пітсбурзький індекс якості сну» (PSQI).
2. Учасники заповнюють опитувальник відповідно до інструкції.
3. Тренер пояснює принципи інтерпретації результатів.
4. Учасники самостійно підраховують свої бали та визначають рівень якості сну.

Примітка: Інструкція для підрахунку балів PSQI-U - детальна покрокова методика розрахунку по всіх семи компонентах якості сну: 1) суб'єктивна якість сну; 2) затримка сну; 3) тривалість сну; 4) ефективність сну; 5) порушення сну; 6) використання снодійних; 7) денна дисфункція.

Інструкція також включає формулу для обчислення загального балу та його інтерпретацію, де зазначено значення різних діапазонів балів. [23].

Рефлексія вправи проходить через заповнення «Карти проблем зі сном»:

Учасники отримують бланк «Карта проблем зі сном»- структурований бланк для самоаналізу, який дозволяє учасникам: відмітити наявні проблеми зі сном та їх

інтенсивність; визначити три пріоритетні проблеми; описати вплив цих проблем на повсякденне життя; записати фактори, що погіршують та покращують сон.

2.3. КОРЕКЦІЙНО-РОЗВИВАЛЬНИЙ КОМПОНЕНТ (30 хв.)

7. Техніка «Протокол сну для осіб з ПТСР» (15 хв.)

Мета: навчити учасників основним правилам гігієни сну, специфічним для осіб з ПТСР, та допомогти створити персоналізований протокол сну.

Матеріали: бланки «Протокол сну для осіб з ПТСР»; ручки; фліпчарт і маркери для демонстрації ключових пунктів; проектор та демонстраційний екран.

Хід виконання:

Вступна частина (5 хв.) Тренер пояснює: «Якість сну можна значно покращити, якщо дотримуватися певних правил і створити свій власний протокол. Для людей з ПТСР звичайна гігієна сну потребує спеціальних адаптацій, які ми зараз розглянемо. Важливо розуміти, що відновлення здорового сну — це процес, який вимагає послідовності і терпіння».

Представлення компонентів протоколу (5 хв.) Тренер поступово представляє і пояснює кожен компонент протоколу сну, демонструючи їх на фліпчарті або через проектор виводить інформацію на демонстраційний екран:

Регулярність режиму: «Лягайте спати і прокидайтеся в один і той же час щодня, навіть у вихідні. Це допомагає синхронізувати ваш внутрішній годинник.»

Безпечне середовище: «Створіть простір для сну, де ви почуваетесь захищеними — можливо, це перевірка замків, сон у певному положенні, використання нічника.»

Ритуал підготовки до сну: «Розробіть послідовність заспокійливих дій перед сном (тепла ванна, читання, легка медитація). Уникайте новин та соцмереж за годину до сну.»

Правила при безсонні: «Якщо не можете заснути протягом 20 хвилин — встаньте, перейдіть в інше приміщення, виконайте спокійну діяльність і поверніться в ліжку, коли відчуєте сонливість.»

Уникнення стимулянтів: «Обмежте кофеїн після обіду, нікотин ввечері, алкоголь перед сном (хоч він і викликає сонливість, але порушує структуру сну).»

Фізична активність: «Регулярно займайтеся фізичними вправами, але завершуйте інтенсивні тренування мінімум за 3-4 години до сну.»

Управління світлом: «Уникайте яскравого та блакитного світла (екрани) перед сном, впустіть природне світло вранці, використовуйте затемнення для сну.»

Створення персоналізованого протоколу (5 хв.) Тренер роздає учасникам бланки «Протокол сну для осіб з ПТСР» і пояснює завдання:

«Перед вами бланк, який допоможе створити персональний протокол сну. Для кожної категорії є загальні рекомендації та місце, де ви можете записати конкретні кроки, адаптовані до ваших умов і потреб. Наприклад, у розділі 'Ритуал підготовки до сну' ви можете записати: '1) Вимкнути новини та соцмережі о 21:00; 2) Прийняти теплий душ; 3) Почитати книгу 15 хвилин; 4) Виконати дихальну вправу 4-7-8'».

Учасники заповнюють бланки, створюючи персоналізований протокол сну.

Рефлексія до техніки «Протокол сну для осіб з ПТСР» через «Шкалу впевненості» (5 хв.)

Тренер: «Завершивши заповнення протоколу, оцініть за 10-бальною шкалою вашу впевненість у здатності дотримуватися кожного пункту.

Обведіть числа від 1 до 10, де 1 — абсолютно невпевнений, 10 — повністю впевнений. Для пунктів з оцінкою нижче 6 подумайте про можливі перешкоди та шляхи їх подолання, запишіть їх у відповідну графу».

Підкресліть, що навіть часткове дотримання протоколу краще, ніж нічого

8. Техніка «Безпечне місце для сну» (15 хв.)

Мета: навчити учасників створювати фізично та психологічно безпечний простір для сна, що підвищить відчуття захищеності та покращить якість сну.

Матеріали: робочі аркуші «Створення безпечного місця для сну», кольорові олівці або маркери, фонові спокійна музика (при технічній можливості)

Хід виконання:

Для візуалізації інформаційного компоненту вправи тренер через проектор виводить інформацію на демонстраційний екран:

Тренер пояснює: «Для людей з ПТСР відчуття безпеки під час сну є критично важливим. Багато військових звикли спати у складних умовах, з постійною готовністю до небезпеки. Повернувшись до цивільного життя, мозок продовжує сканувати простір на наявність загроз, що перешкоджає глибокому сну. Сьогодні ми створимо план безпечного місця для сну — як фізично, так і психологічно.

Компоненти безпечного місця для сну (4 хв.)

Тренер представляє ключові елементи безпечного місця для сну:

- Фізичні аспекти безпеки: розташування ліжка, перевірка дверей і вікон, доступність виходів
- Сенсорний комфорт: температура, освітлення, звуки, запахи, тактильні відчуття
- Психологічна безпека: ритуали, особисті предмети, які дають відчуття захисту
- Чіткий план дій: що робити, якщо виникає тривога або панічний стан

Створення персонального плану (10 хв.)

Учасники отримують робочі аркуші, де вони:

- а) Оцінюють поточні умови сну за шкалою безпеки від 1 до 10
- б) Аналізують, що саме створює відчуття небезпеки під час сну
- в) Малюють/описують ідеальний безпечний простір для сну, позначаючи ключові елементи
- г) Складають список конкретних змін, які можна впровадити вже сьогодні

Обмін досвідом та ідеями (5 хв.)

Учасники об'єднуються в пари та діляться 1-2 найважливішими ідеями щодо створення безпечного простору для сну.

Рефлексія (5 хв.) за питаннями:

Які елементи безпечного місця для сну здаються вам найважливішими?

Які зміни ви плануєте впровадити першими?

Рекомендації для тренера:

- Підкресліть, що безпечне місце для сну — це індивідуальний концепт, який може суттєво відрізнятися для різних людей
- Визнайте, що деякі учасники можуть мати обмежені можливості для зміни фізичного середовища, в такому разі фокус має бути на психологічних аспектах безпеки
- Наголосіть, що створення безпечного місця для сну — це процес, який можна постійно вдосконалювати

III. ЗАКЛЮЧНА ЧАСТИНА (15 хв.)

9. Домашнє завдання «Щоденник здорового сну» (10 хв.)

Мета: закріпити отримані знання та навички, впровадити їх у повсякденне життя.

Хід виконання:

1. Тренер пояснює завдання на наступний тиждень, яке включає:

Заповнюйте щоденник кожного ранку протягом 7 днів. Будьте якомога точнішими у своїх записах.

Дотримання персоналізованого протоколу сну

Відстеження змін у якості сну та емоційному стані

Після завершення тижня проаналізуйте закономірності та заповніть підсумкову таблицю.

Запишіть будь-які особливі обставини, емоції, події, які могли вплинути на ваш сон

2. Учасники отримують всі необхідні бланки та інструкції для виконання домашнього завдання.

10. Ритуал завершення заняття «Сила спокійного сну» (5 хв.)

Мета: символічне завершення заняття, підтримка групової згуртованості, закріплення позитивного настрою.

Хід виконання:

1. Учасники стають у коло, взявшись за руки (або просто стоячи поруч, якщо фізичний контакт викликає дискомфорт).
2. Тренер пропонує всім разом зробити три глибокі вдихи та видихи.
3. На останньому видиху всі учасники разом промовляють: «Спокійний сон - моє право і моя сила. Ніч за ніччю я відновлюю свій сон і свою душу.»
4. Тренер дякує учасникам за роботу та нагадує про дату і час наступного заняття.

Заняття 10. Інтеграція набутих навичок та планування подальших кроків реабілітації

Мета: Закріплення результатів програми, інтеграція набутих знань та навичок, розробка індивідуального плану подолання проявів ПТСР, підвищення готовності до змін та забезпечення сталості досягнутих результатів.

Завдання:

1. Надати учасникам інформацію про природу гніву, агресії та тривожності та їх зв'язок з ПТСР.
2. Навчити учасників розпізнавати ранні ознаки цих емоційних станів.
3. Розвинути навички самостійної регуляції інтенсивних емоцій через практичні техніки.
4. Опанувати безпечні способи вираження гніву та агресії без деструктивних наслідків.
5. Сформувати навички зниження рівня тривожності через регуляцію фізіологічних та когнітивних процесів [11], [13], [25], [37], [41].

Тривалість: 165 хвилин

Обладнання: фліпчарт, маркери, папір А4, кольорові олівці, фломастери, стікери, ручки, папки для індивідуальних планів, проектор, ноутбук, презентація, роздаткові матеріали (бланки індивідуальних планів, бланки оцінювання ефективності тренінгу), сертифікати про проходження програми для кожного учасника.

Хід заняття (165 хв):

I. ВСТУПНА ЧАСТИНА (50 хв.)

1. Привітання учасників (5 хв.)

Мета: створення доброзичливої атмосфери, налаштування на підсумкову роботу.

Хід виконання: Тренер вітає учасників на завершальному занятті тренінгової програми, відзначає пройдений шлях та важливість підсумкової зустрічі для закріплення результатів і планування подальших кроків.

Тренер: «Доброго дня, шановні учасники! Радий бачити всіх вас на нашому заключному, десятому занятті програми «Особливості подолання проявів симптомів ПТСР в учасників бойових дій на етапі реінтеграції та реабілітації». Ми з вами пройшли значний шлях – від розуміння природи психологічної травми до опанування конкретних технік роботи з різними симптомами ПТСР. Сьогодні ми підведемо підсумки нашої спільної роботи, закріпимо отримані знання та навички, а найголовніше – створимо індивідуальні плани подальшої роботи, які допоможуть вам продовжувати процес відновлення самостійно».

2. Перевірка домашнього завдання «Щоденник здорового сну» (15 хв.)

Мета: аналіз виконання домашнього завдання, закріплення навичок відстеження якості сну та факторів, що на нього впливають.

Хід виконання: Учасники презентують результати ведення щоденника здорового сну, який вони заповнювали протягом тижня, діляться своїми спостереженнями та висновками.

Рефлексія:

- Що нового ви дізналися про свій сон, ведучи щоденник?

- Які закономірності ви виявили щодо факторів, які покращують або погіршують якість вашого сну?
- Наскільки ефективними були техніки, які ви використовували для покращення сну?
- Які зміни ви помітили в загальному самопочутті у зв'язку з покращенням якості сну?
- Які елементи протоколу здорового сну ви плануєте продовжувати використовувати?

3. Вправа «Мій шлях відновлення» (25 хв.)

Мета: активізувати рефлексію щодо пройденого в рамках програми шляху, усвідомити динаміку змін, візуалізувати особистий процес відновлення та сприяти інтеграції набутого досвіду.

Матеріали: Аркуші паперу А4 із заготовленим шаблоном «Мій шлях відновлення» (два варіанти: один варіант – це демонстраційний приклад заповненого шаблону, другий варіант для індивідуального заповнення кожним учасником), кольорові олівці, фломастери, ручки, фліпчарт для запису ключових питань рефлексії.

Хід виконання:

1. Тренер пояснює учасникам суть вправи: «Сьогодні ми підбиваємо підсумки нашої програми, і важливо усвідомити весь шлях, який ви пройшли. Цей шлях не був прямим і легким, він містив різні етапи, перешкоди, відкриття та здобутки. Використовуючи метафору дороги, ми зараз візуалізуємо ваш особистий процес відновлення.»

2. Тренер демонструє приклад заповненого шаблону та пояснює елементи, які учасники мають відобразити на своїх малюнках:

Мій шлях до відновлення – це емоційна крива, що показує динаміку внутрішнього стану.

Елементи емоційної кривої:

- Початкова точка (стан на початку програми): емоційний стан на початку («Невпевненість, тривога») та сьогодні («Більше впевненості та розуміння»)

- Ключові моменти на шляху (найважливіші заняття, техніки, відкриття): «розуміння природи ПТСР»; «Освоєння технік заземлення»; «Робота з емоціями».

- Перешкоди, які доводилось долати («Важко було визнати проблему» «Складно контролювати гнів»)

- Ресурси, які сприяли руху вперед («Підтримка групи»; «Техніки саморегуляції» тощо)

- Ключові інсайти та усвідомлення: «Мої реакції - нормальні після того, що я пережив. Це не моя вина»; «Я можу контролювати свої реакції через техніки заземлення»; «Гнів - це сигнал про потреби, які не задоволені. Можу виражати його безпечно»

- Поточна точка (де ви знаходитесь сьогодні)

- Напрямок подальшого руху

3. Тренер роздає учасникам шаблони та художнє приладдя, наголошуючи: «Не хвилюйтесь про художні навички, важливим є зміст, а не естетика малюнку. Ви можете використовувати кольори для позначення різних емоційних станів, додавати символи, стрілки, нотатки.»

4. Учасники протягом 10 хвилин індивідуально працюють над створенням власних візуалізацій шляху відновлення.

5. Після завершення роботи тренер пропонує учасникам об'єднатися в пари та поділитися своїми малюнками, розповідаючи про свій шлях відновлення. На це відводиться 5 хвилин на кожного учасника).

Рефлексія вправи (5 хв):

- Які найважливіші відкриття ви зробили для себе протягом програми?
- Як змінилося ваше ставлення до своїх симптомів та до процесу відновлення?
- Які навички, отримані в програмі, стали для вас найціннішими?
- Де ви бачите себе на цьому шляху через пів року? Через рік?

Тренер підсумовує вправу: «Ці візуалізації — не лише відображення пройденого шляху, але й карта для подальшого руху. Збережіть їх як нагадування про ваш прогрес і як ресурс,

до якого можна повертатись у складні моменти. Усі досягнення, інсайти та навички, які ви здобули, залишаються з вами і надалі допомагатимуть у процесі відновлення.»

II. ОСНОВНА ЧАСТИНА (110 хв.)

2.1. ІНФОРМАЦІЙНО-СМИСЛОВИЙ КОМПОНЕНТ (50 хв.)

4. Міні-лекція «Інтеграція навичок та сталість результатів» (15 хв.)

Мета: надати учасникам теоретичне підґрунтя для закріплення та інтеграції отриманих навичок і забезпечення сталості результатів.

Тренер використовує презентативний виклад матеріалу через проектор та екран для візуалізації інформації, у презентації матеріал подається у вигляді кольорових схем та пояснень. Крім того, бажано поширювати серед учасників електронний варіант презентації з кожного заняття для індивідуального користування.

Хід виконання: Тренер представляє інформацію про:

Принципи інтеграції нових навичок у повсякденне життя

Процес формування нових звичок та нейропластичність мозку

Фактори, що сприяють сталості змін (регулярність практики, соціальна підтримка, відслідковування прогресу)

Типові виклики на шляху відновлення та способи їх подолання

Модель подолання рецидивів та збереження досягнутих результатів

Основні тези міні-лекції:

Закріплення навичок та формування нових звичок:

Для формування нової звички потрібно від 21 до 66 днів регулярної практики

Ключ до успіху – регулярність практики, а не її тривалість

Принцип «якщо-то» для формування тригерів практики та поєднання нової практики з уже існуючими звичками

Нейропластичність мозку та процес відновлення:

Мозок здатний змінюватись у будь-якому віці

«Нейрони, що активуються разом, з'єднуються разом» - формування нових нейронних зв'язків

Час, потрібний для нейрофізіологічних змін

Фактори, що сприяють сталості змін:

Регулярна усвідомлена практика технік саморегуляції

Соціальна підтримка та спілкування з людьми, які розуміють ваш досвід

Відслідковування прогресу та фіксація успіхів

Фізична активність, здорове харчування та якісний сон

Попередження рецидивів:

Розрізнення «зриву» (одноразового повернення до старих патернів) та «рецидиву» (повного повернення до попереднього стану)

Плануйте заздалегідь свою реакцію на можливі зриви

Розпізнавайте ранні сигнали погіршення стану та активуйте план підтримки

Практика самоспівчуття у складних ситуаціях

Стратегія довгострокового самоуправління:

Регулярні практики самомоніторингу

Вміння просити про допомогу, коли це необхідно

Поєднання різних стратегій та технік в залежності від ситуації

Баланс між роботою над симптомами та піклуванням про загальне благополуччя

5. Групова дискусія «Моя модель подолання ПТСР» (35 хв.)

Мета: узагальнити отримані знання про подолання проявів ПТСР, сприяти розробці індивідуалізованого підходу до самопомогі.

Матеріали: проектор, ноутбук, візуалізація Комплексна модель подолання проявів ПТСР, фліпчарт, маркери різних кольорів.

Хід виконання вправи:

1) Вступ і демонстрація моделі (5 хв.):

Тренер починає вправу з демонстрації на проекторі візуалізованої комплексної моделі подолання проявів ПТСР.

Тренер: зараз я представляю вам інтегративну модель подолання проявів ПТСР, яка відображає комплексний підхід до відновлення. На цій схемі ви бачите сім основних компонентів: роботу з тілом, емоціями, думками, поведінкою, соціальну взаємодію, здоровий спосіб життя та роботу з сенсом і цінностями. Всі ці компоненти взаємопов'язані і утворюють цілісний підхід до відновлення. Зараз ми разом персоналізуємо цю модель, виходячи з вашого особистого досвіду та напрацювань під час програми.

2) Індивідуальна рефлексія (5 хв.):

Тренер пропонує учасникам протягом 2 хвилин подумати та визначити:

Які 2-3 компоненти моделі є для них особисто найбільш значущими

Які конкретні техніки в рамках цих компонентів вони вважають найефективнішими⁵

3) Модерована групова дискусія за запитаннями (15 хв):

Тренер модерує обговорення, записуючи ключові ідеї на фліпчарті поруч із відповідними компонентами моделі.

1. Які стратегії подолання симптомів ПТСР ви вважаєте найбільш ефективними особисто для вас?

(Тренер записує відповіді учасників біля відповідних компонентів моделі на фліпчарті.

Приклади варіантів відповідей: Робота з тілом: дихання, Прогресивна м'язова релаксація за Джекобсоном, Вправи на заземлення, особливо контакт з холодною водою під час флешбеків, Регулярні фізичні вправи помітно знижують загальний рівень напруги).

2. Які техніки саморегуляції ви плануєте використовувати регулярно?

(Приклади варіантів відповідей можан виділяти різними кольоровими маркерами: Техніки «Дихання по квадрату»; техніка «майндфулнес «Тут і зараз», техніка «5-4-3-2-1» для повернення у теперішній момент при тривозі; Техніка «Безпечне місце»)

3. Які зовнішні ресурси підтримки ви можете залучити до свого процесу відновлення?

Тренер додає ці ресурси окремим списком Приклади варіантів відповідей: регулярні сесії з психотерапевтом; сімейні консультації разом з дружиною; реабілітаційні програми в центрах для ветеранів, спортивна секція/клуб, де можу регулярно займатись ; додаток для смартфона з медитаціями та техніками усвідомленості; онлайн форуми з підтримки для людей з ПТСР; кризова телефонна лінія, коли відчуваю, що не справляюсь; друзі, які пройшли схожий досвід і розуміють мене)

4. Яку роль відіграють стосунки та соціальне середовище у вашому процесі відновлення?

(Тренер підкреслює або виділяє відповідні елементи моделі Приклади варіантів відповідей: Підтримка дружини дає сили продовжувати, коли хочеться здатись; спілкування з побратимами допомагає відчувати, що мене розуміють; відновлення довіри до людей - важливий крок до нормального життя; соціальне середовище може як сприяти одужанню, так і погіршувати стан; важливо знайти людей, які не драматизують і не жаліють, а просто підтримують; родина часто першою помічає ознаки погіршення стану, яких я сам не бачу; спільні активності з іншими зменшують фіксацію на травматичному досвіді; соціальні зв'язки повертають відчуття нормальності і належності до суспільства)

4) Створення групової адаптованої моделі подолання ПТСР (5 хв.):

Тренер разом з учасниками доопрацьовує візуалізацію на фліпчарті, акцентуючи увагу на найбільш актуальних для даної групи учасників ресурсах підтримки та стратегіях подолання проявів ПТСР.

5) Підведення підсумків (5 хв.):

Тренер узагальнює результати дискусії: Ми разом створили персоналізовану модель подолання проявів ПТСР, яка відображає ваш колективний досвід та напрацювання. Як ви бачите, найбільш виділеними компонентами для нашої групи стали [називає 2-3

компоненти, які отримали найбільше уваги]. Ця модель демонструє, що відновлення — це комплексний процес, який поєднує роботу з тілом, емоціями, думками, поведінкою, соціальними зв'язками, способом життя та сенсом. Кожен з вас може адаптувати цю модель до власних потреб, посилюючи ті компоненти, які найбільш актуальні саме для вас.

Результат дискусії: На фліпчарті залишається доповнена та персоналізована для даної групи модель подолання проявів ПТСР. Тренер фотографує створену модель, щоб пізніше надати її учасникам як додатковий ресурс.

2.2. ДІАГНОСТИЧНИЙ КОМПОНЕНТ (15 хв.)

6. Вправа «Оцінка готовності до змін» (15 хв.)

Мета: допомогти учасникам оцінити свою готовність продовжувати роботу з симптомами ПТСР та посилити мотивацію до змін.

Матеріали: бланки «Оцінка готовності до змін», ручки.

Хід виконання:

Тренер представляє концепцію стадій змін за моделлю Прохазки та ДіКлементе: [25, 41]

- Передобдумування (відсутність усвідомлення проблеми)
- Обдумування (усвідомлення проблеми, але невпевненість щодо дій)
- Підготовка (готовність діяти, розробка плану)
- Дія (активне впровадження змін)
- Підтримка (закріплення змін, профілактика рецидивів)

Учасники отримують бланк «Оцінка готовності до змін», де пропонується:

- Оцінити за шкалою від 1 до 10 важливість змін для себе
- Оцінити за шкалою від 1 до 10 впевненість у своїй здатності змінитися
- Визначити, на якій стадії змін вони перебувають для різних аспектів відновлення (робота з тривогою, гнівом, сном тощо)
- Визначити фактори, що можуть підтримати зміни, та потенційні перешкоди

Рефлексія:

- Що для вас означають ці результати?
- Які фактори підвищують вашу готовність до змін?
- Які стратегії можуть допомогти вам перейти на наступну стадію змін?

2.3. КОРЕКЦІЙНО-РОЗВИВАЛЬНИЙ КОМПОНЕНТ (45 хв.)

7. Розробка «Індивідуального плану подолання проявів ПТСР» (30 хв.)

Мета: створити персоналізований план дій для подальшої роботи з симптомами ПТСР після завершення тренінгу.

Матеріали: бланки «Індивідуальний план подолання проявів ПТСР», ручки, кольорові маркери.

Хід виконання:

1. Тренер пояснює структуру індивідуального плану та його значення: «Цей план – ваш особистий дороговказ у подальшому процесі відновлення. Він допоможе вам не втратити набуті навички та продовжити роботу самостійно. План має бути реалістичним, конкретним і відповідати саме вашим потребам»/

2. Учасники отримують структурований бланк плану, який включає такі розділи:

А. Визначення пріоритетних симптомів

Перелік симптомів, які найбільше турбують

Ранжування їх за рівнем впливу на життя (від 1 до 10)

Визначення 3-х пріоритетних симптомів для роботи

В. Стратегії і техніки для роботи з кожним пріоритетним симптомом

Конкретні техніки та стратегії для кожного симптому

Частота та тривалість практики

Показники ефективності (як зрозуміти, що техніка працює)

С. Розклад регулярних практик

Щоденні практики (наприклад, техніки заземлення, дихальні вправи)
 Щотижневі практики (наприклад, робота з думками, переписування кошмарів)
 Щомісячний самоаналіз та корекція плану

D. Система моніторингу та оцінки прогресу

Інструменти для відстеження змін (щоденники, шкали самооцінки)

Періодичність моніторингу

Критерії оцінки прогресу

E. Мережа підтримки

Список людей, до яких можна звернутися за підтримкою

Професійна допомога (психолог, психотерапевт, психіатр за потреби)

Групи підтримки, громадські організації, ресурсні центри

F. План реагування на кризові ситуації

Ознаки погіршення стану

Конкретні дії при погіршенні

Контакти для термінової допомоги

3. Учасники самостійно заповнюють бланки, тренер консультує їх індивідуально за потреби.

4. Після заповнення основних розділів учасникам пропонується додати розділ «Моя готовність до змін», де вони формулюють:

Своє зобов'язання щодо реалізації плану

Особисте послання собі на моменти, коли буде важко дотримуватись плану

Винагороди за дотримання плану та досягнення прогресу

Рефлексія:

- Наскільки реалістичним є ваш план?
- Які частини плану видаються вам найлегшими/найскладнішими для реалізації?
- Що може допомогти вам дотримуватися плану?
- Як ви плануєте відзначати свої успіхи?
-

8. Вправа «Коло підтримки: побажання на майбутнє» (15 хв.)

Мета: створення мережі взаємопідтримки серед учасників, посилення відчуття приналежності до групи, обмін ресурсами та стратегіями подолання.

Хід виконання:

- «Побажання на майбутнє»

Тренер пропонує учасникам стати в тісне коло.

Кожен учасник по черзі робить крок вперед і звертається до групи з коротким побажанням або посланням.

Після всіх висловлювань тренер пропонує учасникам взятися за руки або покласти руки на плечі сусідів (якщо це комфортно) і відчути підтримку групи.

Тренер завершує вправу словами: «Ми пройшли цей шлях разом. Кожен з нас зробив свій внесок у спільний досвід групи, і кожен забирає з собою цінні знання та підтримку.

Процес відновлення триває, але тепер у вас є навички та розуміння, як рухатися далі. І пам'ятайте - ви не самі на цьому шляху.»

Рефлексія:

- Які емоції та думки у вас виникли під час цієї вправи?
- Як відчуття приналежності до групи людей зі схожим досвідом може підтримувати вас у процесі відновлення?
- Як ви можете підтримувати зв'язок із групою або створювати нові кола підтримки у майбутньому?

III. ЗАКЛЮЧНА ЧАСТИНА (30 хв.)

9. Оцінювання ефективності тренінгової програми (20 хв.)

Мета: отримати зворотний зв'язок від учасників щодо ефективності програми, задоволеності різними її аспектами та пропозицій для вдосконалення.

Матеріали: бланки «Анкета оцінювання ефективності тренінгової програми», ручки.

Хід виконання:

1. Тренер пояснює важливість зворотного зв'язку для вдосконалення програми та підкреслює цінність відвертих відповідей учасників: «Ваша думка дуже важлива для нас. Будь ласка, поділіться своїми враженнями від програми - як позитивними, так і критичними. Це допоможе нам вдосконалити програму для інших учасників бойових дій.»
2. Учасники отримують бланки «Анкета оцінювання ефективності тренінгу», які включають:
 - Оцінку важливості та актуальності тем тренінгу
 - Оцінку отримання нових знань та навичок
 - Оцінку практичної корисності та застосовності інформації
 - Оцінку якості викладення матеріалу та організації занять
 - Оцінку роботи тренера
 - Відкриті питання щодо найбільш та найменш корисних аспектів програми
 - Пропозиції щодо вдосконалення програми
 - Загальну оцінку задоволеності програмою
3. Учасники заповнюють анкети індивідуально.
4. Після заповнення анкет тренер пропонує учасникам (за бажанням) поділитися своїми враженнями від програми в цілому:
 - Що було найбільш цінним для вас у цій програмі?
 - Які заняття або теми були найбільш корисними?
 - Що ви будете використовувати у повсякденному житті?

Рефлексія: Тренер дякує учасникам за відвертий зворотний зв'язок та підкреслює, що їхні відгуки допоможуть вдосконалити програму для інших учасників бойових дій.

10. Ритуал завершення тренінгової програми (10 хв.)

Мета: символічне завершення програми, створення відчуття завершеності, посилення мотивації до продовження роботи.

Матеріали: сертифікати про проходження програми.

Хід виконання:

1. Учасники стають у коло.
2. Тренер розміщує у центрі кола символічний предмет (наприклад, свічку).
3. Тренер звертається до групи: «Ми завершуємо нашу програму, але це не кінець, а лише етап вашого шляху відновлення. Кожен із вас зробив значний крок до розуміння себе, своїх реакцій та шляхів подолання наслідків травматичного досвіду. Ви отримали інструменти та знання, які допоможуть вам рухатися далі. Пам'ятайте, що відновлення – це процес, який має свої злети й падіння, і це нормально. Важливо не зупинятися й продовжувати піклуватися про себе. Ви заслуговуєте на повноцінне життя та благополуччя.»
4. Після висловлювань усіх учасників тренер вручає кожному учаснику сертифікат про проходження програми, супроводжуючи це особистим побажанням або відзначенням прогресу, який зробив конкретний учасник.
5. На завершення всі учасники разом промовляють фразу: «Я знаю, що я можу. Я розумію, що зі мною відбувається. Я маю інструменти для допомоги собі. Я не сам/сама на цьому шляху.»

Рефлексія:

- Які відчуття виникають у вас зараз, коли ми завершуємо програму?
- З яким настроєм ви йдете далі?

Тренер висловлює вдячність групі за довіру, участь, відкритість та бажає успіхів на подальшому шляху