

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«ДОНБАСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
ГОРЛІВСЬКИЙ ІНСТИТУТ ІНОЗЕМНИХ МОВ**

КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

РЕКОМЕНДОВАНО до захисту
Протокол засідання кафедри
16.11.2024 № 4/3-П

Молчанова Наталія Володимирівна

Кваліфікаційна робота

ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ ПТСР У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

на здобуття освітнього ступеня магістра
зі спеціальності 053 Психологія
галузі знань 05 Соціальні та поведінкові науки
освітньо-професійної програми Практична психологія

Науковий керівник:
кандидат психологічних
наук, доцент
Дроздова Д. С.

Дніпро – 2024

АНОТАЦІЯ

Магістерська робота присвячена дослідженню психологічних аспектів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та моральної травми серед військовослужбовців. У роботі аналізуються причини, характерні прояви та наслідки цих станів, а також їхній вплив на психічне здоров'я та соціальну адаптацію ветеранів.

Особливу увагу приділено концепції моральної травми, яка виникає внаслідок порушення етичних і моральних принципів під час участі у бойових діях. Вивчено зв'язок моральної травми з ПТСР і визначено ключові виклики у процесі реабілітації.

На основі результатів дослідження розроблено корекційну програму, спрямовану на підтримку психічного здоров'я військовослужбовців, яка включає методи відновлення емоційного балансу, формування стресостійкості та сприяння соціальній інтеграції. Запропоновані підходи можуть бути інтегровані у сучасні реабілітаційні практики.

ANNOTATION

The master's thesis is dedicated to studying the psychological aspects of post-traumatic stress disorder (PTSD) and moral injury among military personnel. The research analyzes the causes, characteristic manifestations, and consequences of these conditions, as well as their impact on veterans' mental health and social adaptation.

Special attention is given to the concept of moral injury, which arises from violations of ethical and moral principles during participation in combat operations. The relationship between moral injury and PTSD has been explored, and key challenges in the rehabilitation process have been identified.

Based on the study results, a correctional program aimed at supporting the mental health of military personnel has been developed. This program includes methods for restoring emotional balance, building resilience, and promoting social integration. The proposed approaches can be integrated into modern rehabilitation practices.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. Теоретичні основи дослідження прояву ПТСР у військовослужбовців.....	8
1.1. Огляд основних понять та типів посттравматичного стресового розладу.....	8
1.2. Причини та фактори, що сприяють розвитку ПТСР у військовослужбовців.....	26
1.3. Моральна травма як критерій прояву ПТСР у військовослужбовців.....	36
Висновки до розділу 1.....	41
РОЗДІЛ 2. Дослідження особливостей прояву ПТСР у військовослужбовців.....	43
2.1.Методологічне забезпечення дослідження прояву ПТСР у військовослужбовців.....	43
2.2. Дослідження ризику впливу моральної травми на прояв ПТСР у військовослужбовців.....	54
Висновки до розділу 2	65
РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВО- СЛУЖБОВЦЮ З МОРАЛЬНОЮ ТРАВМОЮ ТА СИМПТОМАМИ ПТСР.....	66
3.1. Розробка й впровадження корекційної програми для роботи з моральною травмою та симптомами ПТСР.....	67
Висновки до розділу 3	78
ВИСНОВКИ	79
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	81
ДОДАТКИ.....	90

ВСТУП

Актуальність дослідження. Розв’язана війна Росії проти України є однією з найтрагічніших сторінок у житті нашої держави. Кожна війна унікальна за сукупністю своїх умов. Війна в Україні з 24 лютого 2022 року є «війною нової генерації»: збройна агресія за своїми масштабами, появами нових видів зброї, форм і методів ведення бойових дій, різновекторність травматичних впливів на психіку учасників бойових дій та є найбільшим військовим конфліктом на теренах Європи після Другої світової війни.

Події, які відбуваються на сході України в зоні проведення бойових дій характеризуються високою інтенсивністю, напруженістю, швидкоплинністю. За цих умов психіка наших військовослужбовців функціонує на межі допустимих навантажень. Виснаження призводить до зниження ефективності боєздатності військовослужбовців в екстремальних умовах збройного протистояння.

Практика ведення бойових дій довела, що далеко не кожен військовослужбовець безболісно для свого психічного здоров’я переносить екстремальні умови бою. Перебуваючи під інтенсивним впливом психотравмуючих чинників бойового середовища, військовослужбовець може отримати розлади психіки різного ступеня важкості, що призводить до часткової або повної втрати боєздатності.

Національна служба здоров’я України повідомила, що «В електронній системі охорони здоров’я протягом останніх двох років фіксується значне збільшення пацієнтів зі встановленим діагнозом посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). За даними ЕСОЗ у 2023 році кількість пацієнтів з ПТСР зросла майже в чотири рази в порівнянні з 2021 роком, а за перші два місяці 2024 року діагноз встановлено фактично такій же кількості пацієнтів, як за весь 2021 рік.

Показники у розрізі цифр за роками виглядають так:

- 2021 - 3 167 пацієнтів;
- 2022 - 7 051 пацієнтів;

- 2023 - 12 494 пацієнтів;

- 2024 - 3 292 пацієнтів (станом на 06.03.2024)” [70].

Зростання пацієнтів зі встановленим діагнозом посттравматичний стресовий розлад свідчить про не досить привабливі перспективи збільшення та поширення даного захворювання. Натомість станом на кінець червня 2024 року в Електронній системі охорони здоров'я було зареєстровано 27 544 українці із діагнозом «Посттравматичний стресовий розлад». З них 8 888 особам такий діагноз встановлено у 2024 році [40].

Підтримка, збереження та зміцнення психічного й фізичного здоров'я військовослужбовців ЗСУ в наш час є одним з пріоритетних завдань української державної влади. Від того як влада буде реалізовувати це завдання залежить боєздатність ЗСУ і резистентність країни, її суверенітет, загалом й саме її існування.

Через війну значно погіршилися показники психологічного здоров'я у військовослужбовців. Все це призвело до розвитку ПТСР - посттравматичного стресового розладу, який набув нових якісних і кількісних характеристик. ПТСР є одним із найпоширеніших психічних розладів військовослужбовців, який розвивається внаслідок, регулярних стресових подій і руйнує їх ментальне здоров'я.

Війна в Україні актуалізувала проблему посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Беручи до уваги проблему психічного здоров'я в безпрецедентних масштабах, включаючи ПТСР українських військовослужбовців–учасників бойових дій, тема дослідження кваліфікаційної роботи «Особливості прояву посттравматичного розладу (ПТСР) у військовослужбовців» є вкрай важливою і актуальною.

Об'єкт дослідження: особливості прояву ПТСР військовослужбовців ЗСУ.

Предмет дослідження: особливості психологічного прояву ПТСР у військовослужбовців, передумови його виникнення і типові прояви, наслідки та шляхи його подолання.

Метою кваліфікаційної роботи є визначити, теоретично обґрунтувати й емпірично дослідити особливості прояву ПТСР у військовослужбовців, в тому числі прояви моральної травми у військового, а також розробити і впровадити програми психологічної допомоги цим особам.

Відповідно до мети поставлені такі основні **завдання дослідження:**

1. Здійснити теоретичний аналіз літератури з проблеми особливості прояву ПТСР у військовослужбовців; виявити особливості прояву моральної травми у військовослужбовців.
2. Визначити методологічні засади дослідження проявів ПТСР у військовослужбовців, а також моральної травми у вирішенні етичних дилем, специфічних для воєнного стану.
3. Здійснити емпіричне вивчення проявів ПТСР у військовослужбовців, які несуть службу на сході України.
4. Розробити Корекційну програму для роботи з моральною травмою та симптомами ПТСР "Психологічна корекція моральної травми у осіб з симптомами ПТСР" .

Методи дослідження. Для розв'язання дослідницької проблеми був застосований комплекс методів, вибір яких зумовлено предметом, метою та завданнями дослідження. Для забезпечення надійності та достовірності результатів дослідження були використані відомі та перевірені методи дослідження проявів симптомів ПТСР військовослужбовців.

До комплексу увійшли наступні методи:

Теоретичні:

– аналіз психолого-педагогічної, соціальної літератури (узагальнення інформації щодо понять “моральна травма” , “бойовий стрес”, “ПТСР” та особливостей прояву ПТСР у військовослужбовців);

-аналіз базових джерел: анкети, спогади бійців, опубліковані в ЗМІ, мемуари, щоденники, інтерв'ю у відео форматі тощо.

Емпіричні.

– метод спостереження (вивчення психологічних особливостей проявів ПТСР військовослужбовців);

-метод опитування: анонімне, індивідуальне, усне анкетне; тестування (вивчення психологічних особливостей проявів ПТСР у випробуваних).

Метод математико-статистичної обробки даних.

В емпіричному дослідженні з визначення особливостей прояву симптомів ПТСР у військовослужбовців використані наступні методики: Шкала PCL-5 (Перелік симптомів ПТСР).

Наукова новизна дослідження полягає в тому, що отримані результати дослідження дозволяють зрозуміти особливості проявів симптомів ПТСР у військовослужбовців та забезпечують підставу для подальших досліджень у цій області. Дослідження моральної травми, як одного із симптомів прояву ПТСР у військовослужбовців.

Практичне значення. Результати дослідження можуть бути використані у професійній діяльності роботі психологів, які надають психологічну допомогу військовослужбовцям з метою психокорекції ПТСР; педагогів з метою інформаційно-просвітницької роботи серед цивільних та молоді. Використання корекційної програми для роботи з моральною травмою та симптомами ПТСР "Психологічна корекція моральної травми у осіб з симптомами ПТСР" дозволить зменшити інтенсивність проявів моральної травми та симптомів ПТСР через роботу з почуттями провини, сорому та самоприйняття.

Апробація результатів: Результати дослідження були представлені на: VIII Всеукраїнській науково-практичній конференції молодих учених «Мовна комунікація і сучасні технології у форматі різномірних систем» (Дніпро, 2024р.) та III Міжнародній науково-практичній конференції «Вища технічна освіта XXI століття: виклики, проблеми, перспективи» (м. Івано-Франківськ, 2024р.)

Структура роботи: Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг роботи складає 101 сторінку, з них основний текст –80 сторінки.

РОЗДІЛ 1. Теоретичні основи дослідження ПТСР у військовослужбовців

1.1. Огляд основних понять та типів посттравматичного стресового розладу

Поняття посттравматичного стресового розладу міститься в самій назві. ПОСТ означає “після”; ТРАВМАТИЧНИЙ - це наслідок небезпечних, травматичних або шокуючих подій; СТРЕСОВИЙ - це психологічна та фізична реакція на небезпеку; РОЗЛАД - психічний розлад, що розвився після травматичних подій.

Теоретичну основу дослідження ПТСР у військовослужбовців охоплюють кілька ключових напрямів психологічної науки, які дають змогу глибше зрозуміти природу, механізми розвитку та специфіку прояву цього розладу в контексті бойового досвіду.

Стрес (англ. stress — напруження) — стан напруженості —сукупність захисних фізіологічних реакцій, що настають в організмі тварин і людини у відповідь на вплив різних несприятливих факторів (стресорів) — холоду, голодування, психічних і фізичних травм, опромінення, крововтрати, інфекції тощо [68, с.511].

Дослідження ґрунтується на таких основних теоретичних концепціях: теорії травматичного стресу, когнітивно-поведінкового підходу, біопсихосоціальна модель ПТСР, теорії моральної травми, психоаналітичної теорії травми, гуманістичного підходу, а також моделі резилієнтності.

Основоположником концепції теорії травматичного стресу вважається Ганс Сельє. Його дослідження стосувалися фізіологічних реакції організму на стрес. Теорія травматичного стресу базується на розумінні того, що вплив надзвичайно сильного стресора може перевищувати адаптаційні можливості особистості. В розрізі військових подій та збройного конфлікту, на думку Ганса Сельє, травматичний стрес виникає через пряму загрозу життю, спостереження насилля або втрату близьких у бойових умовах. У цьому випадку механізми ПТСР включають гіперактивацію нервової системи та порушення процесів пам'яті, що

утримують травматичні спогади. Дана теорія являється одним із найважливіших підходів до розуміння і пояснення психологічних наслідків травматичних подій. Дослідження впливу екстремальних стресових ситуацій на психологічний і фізіологічний стан людини є основою теорії. Основою теорії травматичного стресу стали В наукових працях Ганса Сельє відображено дослідження саме стресу як реакцію організму на сильні подразники. До ключових аспектів теорії травматичного стресу відноситься визначення травматичного стресу, який виникає внаслідок подій, які є надзвичайно загрозливими чи руйнівними для людини, таких як війна, насильство, природні катастрофи. Ці події виходять за межі звичайного людського досвіду і можуть спричинити значні порушення в емоційній та когнітивній сфері.

Реакцію організму на стрес Ганс Сельє описав у межах своєї теорії "загального адаптаційного синдрому", і зазначив, що вона включає три стадії: тривога, опір та виснаження.

Тривога ним визначена як активація симпатичної нервової системи, що супроводжується викидом адреналіну та кортизолу.

На стадії опору організм намагається адаптуватися до стресового подразника.

Тривала дія стресу виснажує ресурси організму, що може призводити до фізичних і психічних розладів, що характеризується виснаження.

Психологічна складова травматичного стресу може проявлятися у вигляді посттравматичного стресового розладу (ПТСР), який характеризується флешбеками, нічними кошмарами, емоційною онімінням, уникненням травматичних спогадів та гіперзбудженням.

З часів Другої світової війни досліджували "бойову втому", що спонукало до розвитку теорії травматичного стресу. Пізніше у 1980 році ПТСР офіційно визнали в Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III) як окремий розлад.

Сучасний підхід теорії травматичного стресу інтегрує біологічні, психологічні та соціальні аспекти. Досліджуються такі чинники, як генетична

схильність, минулий досвід і соціальна підтримка, впливають на реакцію на травму. Дисфункція гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі (НРА), гіперактивація мигдалеподібного тіла, яке відповідає за страх і емоції, а також порушення функцій гіпокампа, що пов'язано з обробкою пам'яті, ось приклади цього підходу.

З практичної точки застосування теорія травматичного стресу стала основою для розробки багатьох терапевтичних підходів, зокрема когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), експозиційної терапії та майндфулнес-методик. Її використовують у роботі з військовослужбовцями, жертвами катастроф, насильства і біженцями.

Теорія травматичного стресу має велике значення в роботі з військовослужбовцями, оскільки травматичний стрес у військових умовах зазвичай викликається загрозою життю, пораненнями чи втратами товаришів. За допомогою теорії травматичного стресу пояснюється, як бойовий досвід військовослужбовця, може впливати на розвиток ПТСР та інших емоційних розладів, що дозволяє своєчасно діагностувати та вжити заходів до реабілітації.

Когнітивно-поведінковий підхід підкреслює роль дисфункціональних думок і переконань, які формуються під впливом травми. Згідно з моделлю когнітивного процесу Е. Бек та А. Елліс, травматичний досвід у військовослужбовців може призводити до формування негативних когніцій, наприклад, думок про власну безпорадність, провину чи нездатність адаптуватися до цивільного життя.

Когнітивно-поведінковий підхід є одним із найефективніших методів роботи з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) та іншими психологічними проблемами. Цей підхід базується на принципах когнітивної психології, яка вивчає мислення, і поведінкової терапії, яка досліджує механізми формування і зміни поведінки. До основних положень когнітивно-поведінкового підходу відносять роль думок у формуванні емоцій і поведінки, поведінковий компонент та емпіричну перевірку.

Психологічні проблеми у людини виникають через дезадаптивні або ірраціональні думки, це є ключовою ідеєю когнітивно-поведінкового підходу .

Зміна дезадаптивної поведінки, такої як уникнення травматичних спогадів або тригерів є основою поведінкового підходу. Метод експозиційної терапії поведінкового підходу полягає в тому, що людина поступово стикається з травматичними спогадами в контрольованих умовах.

Когнітивно-поведінковий підхід побудований на принципах наукового методу. Перевірка точності переконань та розробка альтернативних, реалістичних думок відбувається терапевтом і клієнтом.

Застосування когнітивно-поведінкового підходу при ПТСР відбувається у вигляді когнітивної реструктуризації, що спрямована ідентифікацію і зміну ірраціональних переконань. Експозиційна терапія покликана для роботи з травматичними спогадами, в результаті якої пацієнт поступово "переживає" травматичну подію через уяву або в реальних умовах, щоб зменшити інтенсивність страху і навчитися сприймати ситуацію без надмірного стресу. Навчання навичок саморегуляції, як один підходів включає в себе техніки релаксації, майндфулнес і регуляція емоцій, які допомагають людині краще контролювати свої реакції на тригери.

Ефективність когнітивно-поведінкового підходу у роботі з військовослужбовцями висока, вважається одним із найефективніших методів лікування ПТСР, порівняно з іншими терапевтичними підходами. Когнітивно-поведінковий підхід адаптується через включення елементів, які враховують військову культуру, групову згуртованість і специфічні травматичні події до роботи з військовослужбовцями.

Ефективність застосування когнітивно-поведінкового підходу доведена доказовою базою проведених досліджень.

Біопсихосоціальна модель розладів, в тому числі ПТСР, розроблена в рамках загального підходу до психічного здоров'я. Вперше такий підхід був запропонований Джорджем Енгелем (George Engel) ще у 1977 році в його статті "The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine", опублікованій у

журналі Science. Важливість інтеграції біологічних, психологічних і соціальних аспектів у розуміння здоров'я та хвороб висвітлена в його роботі, викладені ідеї стали основою для подальших розробок у галузі психіатрії та психології, зокрема для розуміння складних розладів, таких як ПТСР.

Біопсихосоціальна модель була адаптована до ПТСР та розширена дослідниками, включаючи Бреслау Н. (Breslau, 1998), який підкреслював вплив соціальних факторів, таких як підтримка після травми. Розроблена Модель Дугласа Вогта (Douglas Vogt, 2011) особливо цінна для адаптації терапевтичних втручань, які враховують унікальні стресори, з якими стикаються військові, включаючи бойовий досвід і труднощі реінтеграції. Дослідження Дугласа Вогта, опубліковане в журналі *Military Medicine*, доводить, що для покращення результатів лікування ПТСР важливо врахувати різні етапи військового досвіду (до, під час і після служби).

Біопсихосоціальна модель широко використовується для пояснення механізмів виникнення ПТСР та створення багаторівневих стратегій лікування. Ця модель є основою для сучасних досліджень і програм реабілітації військовослужбовців із бойовим досвідом. Концепція біопсихосоціальної моделі ПТСР враховує вплив біологічних, психологічних і соціальних факторів на розвиток розладу. До біологічних аспектів цієї моделі включено дисбаланс у роботі системи стрес-реакції (гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі) та зміну функціонування мозкових структур (мигдалеподібне тіло, гіпокамп та префронтальна кора). ПТСР пов'язаний із гіперактивацією мигдалеподібного тіла, яке відповідає за реакцію страху, та зниженим функціонуванням префронтальної кори, яка регулює емоційний контроль. Гіпокамп, що є відповідальним за формування пам'яті, також виявляє зменшений об'єм у пацієнтів із ПТСР. Зміни рівнів серотоніну, дофаміну та норепінефрину, які регулюють стресові реакції, впливають на емоційний стан. Ці зміни сприяють постійному стану тривожності, гіперзбудженню та проблемам зі сном.

Психологічні фактори включають індивідуальну вразливість, стратегії подолання та роль травматичних спогадів. Люди з ПТСР часто переживають

нав'язливі спогади, флешбеки та нічні кошмари, що пов'язані із травматичними подіями. Моделі когнітивної обробки включають негативні переконання про себе, інших і світ, що ускладнені у когнітивному переробленні травматичних подій через відчуття провини чи сорому. Емоційна регуляція пов'язана зі складнощами з управлінням емоціями, зокрема схильність до гніву, страху, апатії або емоційної дисоціації.

Останній компонент Біопсихосоціальної моделі - соціальний. Соціальне оточення відіграє важливу роль у розвитку і подоланні ПТСР. Підтримка сім'ї, ставлення до ветеранів у суспільстві та соціально-економічні умови є соціальними факторами цієї моделі. Наявність або відсутність підтримки від сім'ї, друзів чи колег значно впливає на здатність справлятися з розладом. Люди без достатньої соціальної підтримки частіше страждають на тяжкі форми ПТСР.

Стигматизація переживання ПТСР у деяких культурах або спільнотах може бути фактором, що ускладнює звернення особи за допомогою. Військовослужбовці, що стикаються з травмою, відчувають тиск на "сильну" поведінку, і це може створювати перешкоди виявленню негативних емоційних станів. До соціальних стресорів відносять втрату роботи, труднощі з інтеграцією в цивільне життя або інші соціальні фактори, які погіршують стан.

Біопсихосоціальна модель підкреслює, що ПТСР не є наслідком лише одного чинника. Всі три складові: біологічні, психологічні і соціальні фактори, взаємодіють між собою. Травматична подія може викликати біологічні зміни (гіперактивація мигдалеподібного тіла), які впливають на психологічну обробку (нав'язливі думки, емоційна дисоціація) і посилюються через соціальну ізоляцію.

На думку науковців, біопсихосоціальна модель дозволяє враховувати унікальні особливості кожного пацієнта і розробляти індивідуальні стратегії допомоги.

Наступна концепція вивчення проявів ПТСР - це теорія моральної травми. Запропонована Бреттом Літцом, ця концепція розглядає травматичний досвід як наслідок порушення власних моральних принципів. Військовослужбовці, які були

свідками або учасниками жорстоких дій, можуть відчувати інтенсивні почуття провини, сорому чи зради, що ускладнює процес реабілітації.

Теорія моральної травми (Moral Injury) отримала розвиток через роботи Джонатана Шея, Бретта Літца та інших дослідників, які досліджували психологічні наслідки дій або ситуацій, що порушують глибоко вкорінені моральні переконання. Ця концепція є особливо актуальною для військовослужбовців і тих, хто стикається з етичними дилемами у складних професійних умовах, таких як медицина чи перша допомога.

Теорія моральної травми була розроблена для пояснення наслідків дій або ситуацій, які порушують глибокі моральні переконання та етичні принципи людини. Цей термін особливо актуальний для військових, медиків, першої допомоги та інших професій, які стикаються з морально складними ситуаціями.

Вперше систематизували поняття моральної травми у 2009 році Бретт Літц (Brett Litz) та його колеги. "Психологічні, соціальні та духовні наслідки дій, які суперечать моральним принципам людини" ось таке визначення моральної травми було ними визначено. Основну увагу приділено тому, як порушення морального коду веде до почуття провини, сорому, гніву чи втрати віри у себе чи інших.

Визначальні події, що викликають моральну травму у людини зазначили наступні: участь у діях, що суперечать моральним принципам, пасивне спостереження за порушенням моральних норм іншими, неможливість запобігти морально неправомірним діям.

Під активною участю у морально неприйнятних діях вважають участь у насильстві, яке вважається морально неправильним (наприклад, вбивство цивільних). Виконання наказів, які суперечать особистим переконанням (наприклад, спричинення шкоди іншим без об'єктивної необхідності).

Спостереження за моральними порушеннями це свідчення жорстокості, знущань або вбивств без можливості втрутитися. А також неможливість допомогти потерпілим або тим, хто потребує захисту.

Стосовно неможливості запобігти порушенням, то відносять ситуації, коли людина відчуває відповідальність за те, що не змогла зупинити аморальні дії (наприклад, через страх за власне життя або неможливість вплинути).

Пасивна участь або відсутність дії полягає у свідомому виборі не втручатися в ситуації, які можуть призвести до страждань інших людей. Переживання «бездіяльності» як морального порушення.

Виконання обов'язків, які суперечать моральним стандартам, прикладом якого можна вказати лікарі або медичний персонал, які повинні були приймати важкі рішення (припинення життя пацієнта), що суперечать їхнім етичним переконанням.

У військовослужбовців моральна травма доволі часто зустрічається, якщо вони змушені були брати участь у бойових діях, які порушували правила ведення війни або спостерігали за загибеллю своїх товаришів або мирних жителів. Також подією моральної травми у військовослужбовців є відчуття відповідальності за те, що не змогли запобігти трагедії.

Вище перелічені події викликають емоційну реакцію у вигляді глибокого конфлікту із внутрішніми цінностями; формування сильних емоцій, такі як сором, вина, злість або відраза.

Викликані моральною травмою емоції мають наслідки для особистості, що характеризуються: втратою віри у справедливість чи людяність; порушення соціальних зв'язків; симптоми, схожі на ПТСР, включаючи флешбеки та ізоляцію.

Якщо моральну травму розглядати у військовому контексті, то моральна травма часто виникає у військових через вбивства цивільних осіб; спостереження за жорстокістю; виконання наказів, що суперечать особистим принципам.

Моральна травма фокусується на етичних і моральних аспектах пережитого, що є її відмінністю від ПТСР, який фокусується на страхові чи фізичній загрозі.

Моральна травма виникає через переживання або участь у подіях, які порушують особисті моральні або етичні принципи.

Цікаво, що моральна травма також пов'язана з порушеннями біопсихосоціального функціонування: фізіологічні стресові реакції, соціальні

конфлікти та психологічні труднощі можуть поєднуватися, посилюючи загальну дезадаптацію.

Психоаналітична теорія травми. У межах цього підходу травма розглядається як конфлікт між несвідомим і свідомим досвідом, що супроводжується витісненням спогадів у несвідоме. Це може проявлятися у формі флешбеків, нічних кошмарів і труднощів з інтеграцією травматичних подій у життєвий досвід.

Психоаналітична теорія травми виникла на основі ранніх праць Зигмунда Фрейда і була розширена його послідовниками, такими як Анна Фрейд, Жак Лакан та інші. Вона зосереджується на ролі несвідомого в обробці травматичних переживань та їх впливі на психічне здоров'я.

Поняття травми у Зигмунда Фрейда, в його ранніх роботах, визначено травму як подію, яка перевищує здатність людини її переробити, порушуючи психологічну рівновагу.

В 1896 році Зигмунд Фрейд в своїй науковій роботі "Про неврози", висунув теорію, що витіснені спогади про травматичні події дитинства (зокрема, сексуальні) можуть спричинити психопатологію в дорослому віці.

За його думкою механізми травматизації відбуваються шляхом витіснення; повторення, тривозі та захисних механізмів, а тож ролі ранніх переживань.

Під витісненням розумілося несвідоме пригнічення спогадів про травму для збереження психічної цілісності. Повторення - це тенденція до несвідомого відтворення травматичних подій у снах, діях або стосунках. Тривога та захисні механізми проявлялися у травмі, яка викликає сильну тривогу, що активує захисні механізми, такі як заперечення, проекція або раціоналізація.

Щодо ролі ранніх переживань, то Фрейд вважав, що дитячі травми є ключовими у формуванні особистості та можуть бути джерелом неврозів. Відносинам з батьками та раннім переживанням відторгнення або насильства, було приділена особлива увага Анна Фрейд та Его-психологія.

Анна Фрейд — дочка Зигмунда Фрейда, відома як одна із засновників егопсихології та ключова постать у розвитку дитячого психоаналізу. Її внесок полягає в розширенні теоретичних і практичних аспектів класичного психоаналізу, особливо через дослідження механізмів захисту та ролі его в адаптації до реальності. В її роботах та дослідженнях Его розглядається як активний компонент психіки, який не лише реагує на внутрішні імпульси, але й адаптується до зовнішньої реальності. Его відповідає за баланс між вимогами інстинктивних потягів, суперего (моральних норм) і реальністю. Анна Фрейд зосередила увагу на тому, як Его використовує захисні механізми для збереження психічної стабільності. У 1936 році своїй праці «Его та механізми захисту», вона детально описала різні способи, якими его захищає особистість від тривоги: витіснення (пригнічення небажаних спогадів чи імпульсів у несвідоме), сублімація (перенаправлення небажаних імпульсів у соціально прийнятні дії); проекція (приписування власних негативних рис іншим), інтелектуалізація (перетворення емоційних конфліктів у логічні або аналітичні).

Вона розширила теорію травми, підкресливши роль его як посередника між внутрішніми імпульсами і зовнішнім світом. Травма розглядається як загроза цілісності его.

Аналіз захисних механізмів Его дозволяє терапевтам краще розуміти поведінку пацієнтів і пропонувати ефективні стратегії роботи.

Анна Фрейд залишила значний слід у психології, розробивши теоретичний фундамент, який дозволив поєднати класичний психоаналіз із реаліями повсякденного функціонування особистості. Її роботи мають велике значення для психотерапії, особливо в роботі з дітьми та пацієнтами з травматичними переживаннями.

Жак Лакан зосередився на символічній природі травми, вказуючи, що її вплив визначається тим, як суб'єкт інтерпретує подію через мову та культурні контексти.

Дональд Віннікотт описав роль середовища в обробці травми, особливо материнської фігури, яка сприяє "контейнеруванню" дитячих емоцій.

Гуманістичний підхід у психології виник у середині ХХ століття як відповідь на недоліки психоаналізу та біхевіоризму, які, на думку його прихильників, обмежували уявлення про людину лише до її несвідомих імпульсів або поведінкових реакцій. Гуманістична психологія зосереджується на унікальності особистості, її внутрішньому потенціалі, свободі вибору та прагненні до самореалізації.

До основних ідей гуманістичного підходу належить цінність особистості, в якому людина розглядається як унікальна, творча й активна істота, здатна на свідомий вибір і розвиток.

Ідея цілісності особистості робить акцент на гармонійному розвитку всіх аспектів особистості, як фізичного, емоційного, інтелектуального, соціального та духовного.

Самоактуалізація має ідею, що головною метою життя вважається реалізація внутрішнього потенціалу, досягнення особистісного зростання і сенсу життя.

Ця концепція, запропонована Абрагамом Маслоу, є центральною в гуманістичній психології. Свобода вибору та відповідальність трактується як людина має свободу вибору у своїх діях, але несе за них відповідальність.

Гуманістичний підхід вважає, що людина за своєю природою добра, і в несприятливих умовах може розвинути виключно позитивний потенціал.

Особистий досвід людини, її сприйняття реальності є ключовим аспектом у розумінні її поведінки.

Основоположники гуманістичного підходу Карл Роджерс, Абрагам Маслоу, Віктор Франкл.

Внесок Карла Роджерса полягає в розробці клієнт-центрованої підхід у психотерапії. Він вважав, що основним завданням психолога є створення безпечного середовища, яке сприяє особистісному зростанню. До ключових понять відносять умови прийняття, актуалізуюча тенденція, конгруентність.

Абрагам Маслоу, видатний науковець та відомий своєю пірамідою потреб, на вершині якої знаходиться самоактуалізація. Маслоу наголошував на

важливості задоволення базових потреб (фізіологічних, безпеки) як основи для досягнення вищих рівнів.

Засновник логотерапії Віктор Франкл підкреслював значення пошуку сенсу життя як головного мотиватора людини, навіть у складних обставинах.

Гуманістична психологія інколи критикується за недостатню наукову обґрунтованість і труднощі в емпіричній перевірці її концепцій. Вона може бути недостатньо ефективною для людей із серйозними психічними розладами, оскільки орієнтується на здорових і мотивованих особистостей.

Гуманістичний підхід залишається одним із ключових напрямів сучасної психології, зокрема в терапії, освіті та організаційному розвитку.

Гуманістична психологія, розроблена К. Роджерсом та А. Маслоу, акцентує увагу на важливості емоційної підтримки та безпечного середовища для подолання наслідків травми. Особлива роль у реабілітації військових належить емпатії, підтримці близьких і створенню умов для самореалізації.

Моделі резиліентності підходи підкреслюють важливість психологічної стійкості (резиліентності) у запобіганні розвитку ПТСР. Фактори, що сприяють резиліентності, включають внутрішні ресурси особистості, соціальну підтримку та попередній досвід подолання стресу.

Ці моделі описують механізми адаптації особистості до стресу, кризових ситуацій і травматичних подій, забезпечуючи ефективне функціонування навіть у складних обставинах. Основна мета моделей резиліентності — зрозуміти, чому одні люди краще адаптуються до труднощів, ніж інші, і як можна підвищити рівень стійкості.

До ключових моделей резиліентності відноситься модель факторів ризику і захисту (Risk and Protective Factors Model). Вона розроблена в рамках досліджень розвитку дітей, які стикалися зі значними труднощами (наприклад, бідність, насильство). До факторів ризику віднесено обставини, які підвищують ймовірність негативних наслідків. Захисні фактори -це аспекти, які допомагають мінімізувати негативний вплив.

Екологічна модель резилієнтності (Ecological Systems Model) заснована на ідеях Урі Бронфенбреннера, ця модель підкреслює взаємодію між індивідом і різними рівнями соціального середовища (сім'я, школа, спільнота).

Резилієнтність залежить від балансу між стресорами та ресурсами, доступними на різних рівнях екосистеми.

Динамічна модель стійкості (Dynamic Model of Resilience) стверджує, що резилієнтність не є статичною характеристикою, а змінюється залежно від обставин, часу і ресурсів. Особливу увагу приділяє життєвим етапам і кризовим подіям, які можуть викликати потребу в адаптації.

Біопсихосоціальна модель резилієнтності пояснює стійкість як результат взаємодії біологічних факторів (генетична схильність, нейробиологія), психологічних ресурсів (оптимізм, стресостійкість, самоусвідомлення), соціальних ресурсів (підтримка близьких, соціальні зв'язки).

Ця модель широко використовується в дослідженнях медичних працівників, військових і інших професій, які стикаються з високим рівнем стресу.

Розроблена Майклом Рутером модель трьох шляхів резилієнтності (Three Pathways Model) визначає три основні механізми резилієнтності:

Стійкість — здатність залишатися стабільним і функціональним попри стрес.

Відновлення — здатність швидко повернутися до попереднього рівня функціонування після травми.

Реконструкція — перетворення труднощів у можливості для розвитку.

До основних факторів резилієнтності відносять особистісні та соціальні ресурси, змістовні цілі, оптимізм, навички вирішення проблем. Розгляд ПТСР із позицій багатовимірних моделей дає змогу сформулювати комплексний підхід до діагностики, профілактики та лікування цього розладу у військовослужбовців.

Таке міждисциплінарне розуміння створює передумови для розробки ефективних реабілітаційних програм, орієнтованих на відновлення емоційного здоров'я, соціальної інтеграції та покращення якості життя військових.

В основу теорії травми і ПТСР покладено психологічна травма, яка є фундаментом для розуміння ПТСР, зокрема в контексті екстремального стресу, що виникає під час військових дій. Теорія травми розглядає вплив небезпечних або катастрофічних подій, які порушують базові уявлення людини про безпеку та стабільність.

Ідея травми як психологічного феномену розвивалася через внесок багатьох дослідників із різних дисциплін — від медицини до психології. Від Фрейда до сучасних авторів, таких як Бессел ван дер Колк і Бретт Літц, кожен із них зробив свій внесок у формування теорії травми.

Розвиток теорії травми, як поняття, проходив через декілька важливих етапів, за які відповідали різні дослідники. Жан-Мартен Шарко, французький невролог і засновник сучасної неврології, був одним із перших. У ХІХ столітті він звернув увагу на вплив травматичних подій на психіку, при дослідженні пацієнтів із "істеричними" симптомами в контексті травматичних переживань. Жан-Мартен Шарко вивчав істерію і для діагностики і терапії пацієнтів з істерією, використовував гіпноз. На початку він вважав істерію неврологічним розладом, зумовленим спадковими особливостями нервової системи. Спостерігаючи, як симптоми змінювалися під впливом гіпнозу, він почав бачити зв'язок між психологічними переживаннями пацієнтів і їхнім фізичним станом. Це допомогло йому зрозуміти, що прояви істерії викликані не лише фізичними, але й психологічними факторами, такими як травматичний досвід або сильні емоційні потрясіння.

На початку ХХ століття Фрейд і його колега Йозеф Брейер запропонували ідею, що травматичний досвід може залишити несвідому "психічну рану", яка проявляється у формі симптомів. Вони заклали основу для психоаналітичного розуміння травми.

Подальший розвиток теорії травми відбувався під час Першої світової війни. Військові психологи під час та після Першої світової війни помітили таке явище у військових як "шок від снарядів". Це спостерігалось у солдатів,

які пережили бойові дії. Спостереження за цим явищем у військових стало поштовхом до систематичного вивчення травматичних станів.

Зураб Беберашвили зазначає, що травма - більш шире поняття, ніж гострий стресовий (Acute Stress Disorder, ASD) або посттравматичний стресовий розлад. Для розуміння суті травми, ми можемо використовувати поняття спектра травми (spectre of trauma), який включає в себе велику кількість проблем, викликаних травмою: починаючи від побутової мікро-травми, завершуючи складною травмою, важкою залежністю (аддикцією) і диссоціативним розладом, якщо вони травматичної природи за своїм походженням [4, с.19].

Кількість і джерела травмуючих ситуацій полягає в їх багатомірності та різноманітності, що досить ускладнює їх вивчення. Дослідники їх узагальнили та загалом визначають їх як ситуації, що загрожують життю людини або можуть призвести до серйозної фізичної травми або поранення; мають відношення до впливу або інформації про вплив шкідливих факторів середовища; взаємопов'язані зі сприйняттям фізичного насильства щодо інших людей.

Поряд з такою масштабністю травмуючої ситуації, мають місце і такі травмуючі ситуації, які не завжди перебувають в полі зору уваги фахівців. До цих видів травмуючих ситуацій можна віднести одна людина є суб'єктом, який взаємодіє з іншими травмуючими умовами, при цьому сама подія має індивідуальний характер.

Дослідження психологів науковців виділяють поняття надзвичайної (екстремальної) ситуації. Особливість цієї ситуації полягає в тому, що тягнуть за собою людські жертви, шкоду здоров'ю людей або навколишньому середовищу, значні матеріальні втрати та порушення умов життєдіяльності людей на певній території, за обставин, що склалися внаслідок аварії, небезпечного природного явища, катастрофи, стихійного чи іншого лиха, які можуть спричинити тривалий вплив на психічний стан людини, викликати сильний стрес, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), а також серйозні емоційні й поведінкові реакції. Надзвичайні (екстремальні) ситуації характеризуються

високим рівнем небезпеки, непередбачуваністю розвитку подій і необхідністю оперативного прийняття рішень в умовах дефіциту часу та ресурсів.

Крім того, такі ситуації можуть мати як безпосередній вплив на осіб, які стали їхніми учасниками, так і опосередкований вплив на свідків подій, рятувальників, медичних працівників, що працюють із постраждалими. В результаті екстремальні події нерідко призводять до порушення соціальних зв'язків, загострення психологічних проблем і потребують розробки ефективних заходів реабілітації та підтримки для відновлення психічного й фізичного стану постраждалих.

Класифікація екстремальних ситуацій запропонована дослідниками поділяється за ознаками ступеню раптовості і ступеню швидкості розповсюдження. Ознака ступеню швидкості розповсюдження включає в себе екстремальні ситуації, що мають характер вибухового, стрімкого розповсюдження, або характер помірному, плавного розповсюдження. Військові конфлікти, техногенні аварії, стихійні лиха відносять до вибухового, стрімкого розповсюдження.

Види екстремальних ситуацій у психотерапії поділяють на кризові, проблемні, критичні, екзистенціальні, термінальні, емоційно складні життєві ситуації.

Ситуація, що породжує дефіцит сенсу в подальшому житті людини, як ситуація неможливості реалізації внутрішніх потреб свого життя (мотивів, прагнень, цінностей тощо) визначається як кризова ситуація.

Критичні ситуації поділяють на такі типи:

- стрес — неможливість реалізації “вітальних” тут-і-тепер установок;
- фрустрація — непереборні труднощі в реалізації життєво необхідних мотивів;
- конфлікт — суб'єктивно нерозв'язне протиріччя мотивів та цінностей;
- криза — ситуації, що сприяють неможливості реалізації життєвих задумів.

Військовослужбовці постійно відчувають бойовий стрес. Бойовий стрес — це психологічна і фізіологічна реакція, яка виникає у відповідь на інтенсивний

тиск і небезпеку під час бойових дій. Безпосередня участь у боях або під час підготовки та перебування в зоні бойових дій може спровокувати виникнення цього виду стресу, наслідки якого для психічного та фізичного можуть бути як короткостроковими так і довгостроковим.

Стресори, пов'язані з бойовими діями, мають різні джерела, зокрема: одиничні інциденти, які потенційно можуть серйозно вплинути на підрозділ або солдатів, яких це стосувалося; тривалий вплив різних бойових інцидентів; затяжний вплив через тривалу операцію у ворожих умовах. Впливи цих стресорів відчутні до, під час і після військових операцій і місій. Інколи стресори пов'язані зі значними чи множинними потенційно травмувальними подіями (PTE — potentially traumatic event). PTE — це така подія, під час якої індивід чи група переживає інтенсивне почуття жаху, страху, беспорядності чи безнадії і яка сприймається і відчувається як загроза власній безпеці або ж стабільності. Можливими емоційними і когнітивними реакціями на PTE є провина, гнів, сум і порушення поглядів на світ і віру.

Блінов О.А. в своїй праці зазначає, що результатом впливу бойового стресу є ураження психіки бійців, яка має форму бойової психічної травми. Вона є віртуальноопераційною діагностичною категорією, що характеризує нову форму адаптованості бійця до вимог небезпечного середовища та пояснює причини розладів адаптації військовослужбовців. У загальному розумінні це нормальна реакція здорового організму людини на ненормальні обставини зовнішнього середовища [7, с. 3].

Довгостроковий бойовий стрес може перерости в посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

Основними відмінностями від ПТСР є те, що бойовий стрес — це негайна реакція на стресові події, яка часто минає після усунення загрозової ситуації, тоді як ПТСР розвивається через тривалий час і характеризується хронічними симптомами.

Для розуміння й вивчення стресу, травми й посттравматичного стресу існують різні теоретичні підходи, які відображають ці терміни у їх взаємозв'язку та відмінностях.

Поняття “post-traumatic stress disorder”, “traumatic stress”, “post-traumatic stress” часто використовуються як синоніми у зарубіжних науковців. Стосовно вітчизняних наукових публікацій найчастіше використовується поняття “травматичний” та “посттравматичний” стрес або просто “стрес”, для розуміння ПТСР. Особливий стан психіки, організму в цілому, який визначається широкою мобілізацією функціональних резервів для подолання будь-якого стресового (часто екстремального) впливу дає загальне поняття стресу.

Психічний стрес має основні риси:

1. це стан організму, що виникає в результаті взаємодії між організмом та середовищем;
2. більш напружений стан, ніж звичайний мотиваційний; необхідною умовою його виникнення є сприйняття людиною погрози;
3. явища стресу виникають тоді, коли нормальна адаптивна реакція недостатня.

Особливою формою загальної стресової реакції, за якої відбувається перевантаження психологічних, фізіологічних та адаптаційних можливостей людини визначають травматичний стрес. Такий вид стресу для особи є травматичним та може стати причиною психологічної травми.

Травматичний стрес, на думку дослідників В. Ромек, В. Конторович, відмінні особливості. Ці відмінності полягають в наступному: подія, що відбулася, усвідомлюється (людина розуміє те, що з нею сталося та з якої причини у неї погіршився психологічний стан); існують зовнішні причини, які викликають цей стан; пережита ситуація руйнує звичний спосіб життя; подія, що відбулася, викликає жах та відчуття безпорадності.

М. Хоровіц запропонував термін “посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)” вперше. Діагностичні критерії ПТСР, які були ним розроблені, прийняті за основу при складанні Американської класифікації хвороб.

1.2. Причини та фактори, що сприяють розвитку ПТСР у військовослужбовців

Основним діагностичним стандартом в європейських країнах є Міжнародний класифікатор хвороб (МКХ-10). В ньому зазначено, що услід за травмуючими подіями, які виходять за межі звичайного людського досвіду, може розвиватися посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

Васильєв С.П. в 2016 році в своїй роботі зазначив, що здійснивши аналіз науково-психологічних досліджень посттравматичного стресового розладу і проаналізувавши стан цієї проблеми у зарубіжній та вітчизняній психології, доводиться визнати, що вітчизняні психологи, на відміну від зарубіжних колег, практично не володіють психологічним інструментарієм для діагностики посттравматичного синдрому та його проявів [9, с.6].

Однак, завдяки роботі науковців, на сьогоднішній день наявні адаптовані та перекладені інструменти для діагностування ПТСР у військовослужбовців.

Наказом Міністерства охорони здоров'я України 19 липня 2024 року № 1265 затверджено, Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації". Також затверджена клінічна настанова, заснована на доказах "Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації" [44].

В даній клінічній настанові зазначено, що Посттравматичний стресовий розлад виникає як відтермінована або затяжна реакція на стресову подію або ситуацію (короткочасну або тривалу) винятково загрозливого або катастрофічного характеру, яка, ймовірно, може спричинити глибокий дистрес майже у будь-якої людини. Сприятливі фактори, такі як особистісні риси (наприклад, компульсивні, астеничні) або невротичні захворювання в анамнезі, можуть знизити поріг розвитку синдрому або погіршити його перебіг, але вони не є ні необхідними, ні достатніми для пояснення його виникнення. Типовими ознаками є епізоди повторного переживання травми у нав'язливих спогадах

("флешбеки"), сновидіннях або кошмарах, що відбуваються на тлі стійкого відчуття "заціпеніння" та емоційного притуплення, відсторонення від інших людей, нереагування на оточення, ангедонія, уникнення діяльності та ситуацій, що нагадують про травму [64].

В. Алещенко в своєму дослідженні вказує, що непрошені спогади – мабуть, найбільш важливий симптом, що дає право говорити про присутність посттравматичних стресових порушень. У пам'яті ветерана раптово спливають моторошні сцени, пов'язані з подією, що травмує, причому ці спогади можуть виникати як у сні, так і наяву. Наяву вони з'являються у тих випадках, коли навколишнє оточення чимось нагадує те, що сталося "у той час", тобто під час події, що травмує: запах, образ, звук, немов би прийшли з тієї пори. Яскраві образи минулого звальюються на психіку і викликають сильний стрес. Головною відмінністю посттравматичних непрошених спогадів від звичайних спогадів є те, що перші супроводжуються сильними відчуттями тривоги й остраху [1.с.8].

Зазвичай спостерігається стан вегетативного збудження з підвищеною пильністю, посиленою реакцією на переляк і безсонням. Тривога і депресія зазвичай пов'язані з вищезазначеними симптомами і ознаками, а суїцидальні думки не є рідкістю. Початок настає одразу після травми з латентним періодом, який може тривати від кількох тижнів до кількох місяців. Перебіг може бути різним, але в більшості випадків можна очікувати одужання. У невеликій частині випадків стан може мати хронічний перебіг протягом багатьох років, з часом переходячи у стійку зміну особистості (F62.0).

Діагностування посттравматичного стресового розладу на сьогоднішній день відбувається за допомогою П'ятого видання Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів, розробленого Американською психіатричною асоціацією (DSM-5-TR)[12, с. 33].

У DSM-5 було внесено кілька змін до діагностичних критеріїв ПТСР. Вони включали звуження визначення "травматичної події" в Критерії А1 та виключення Критерію А2, який вимагав, щоб реакція на травматичну подію включала сильний

страх, безнадію або жах, оскільки існує мало емпіричних підтверджень того, що це підвищує точність діагностики.

До критеріїв прояву та діагностування посттравматичного стресового розладу не відноситься наявність у особи такої травматичної події як моральна травма, однак вона також має характер травматичної дії.

Вперше поняття моральної травми (*moral injury*) у 2009 році впровадив Бретт Літц та його колеги. Поняття моральної травми розширило розуміння психологічних наслідків травматичних подій, пов'язаних із моральними та етичними конфліктами.

ПТСР розвивається внаслідок повторних або інтенсивних травматичних переживань, таких як загроза життю, спостереження за смертю товаришів по службі, фізичні травми. Психіка може не справлятися з переробкою таких інтенсивних емоційних переживань, що призводить до довготривалих порушень.

Діагностування ПТСР, станом на момент написання даної роботи, відбувається на підставі П'ятого видання Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів, розробленого Американською психіатричною асоціацією (DSM-5-TR). Переклад на українську мову П'ятого видання діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів здійснено Інститутом психічного здоров'я українського католицького університету, Українським інститутом когнітивно- поведінкової терапії. DSM-5-TR, або DSM-5 Text Revision, виданий у 2022 році, містить оновлення DSM-5 насамперед у сферах термінології, культурних міркувань і деяких діагностичних кодів. Однак, діагностичні критерії ПТСР у дорослих залишаються в основному однаковими між DSM-5 і DSM-5-TR. Обидва видання окреслюють однакові основні критерії посттравматичного стресового розладу: вплив травматичних подій (критерій А), повторне переживання симптомів (критерій В), уникнення стимулів, пов'язаних із травмою (критерій С), негативні зміни в пізнанні та настрої (критерій D), і зміни збудження та реактивності (критерій E), причому тривалість симптомів повинна перевищувати один місяць (критерій F).

Основні оновлення в DSM-5-TR включають уточнення мови для кращого узгодження з поточним соціальним і культурним розумінням, наприклад, термінологією щодо гендерної та расової ідентичності, а також додавання нових розладів, таких як розлад тривалого горя. Зокрема, для ПТСР оновлення включають незначні уточнення для підвищення чіткості діагностики, але фундаментальна структура та вимоги до симптомів у DSM-5-TR відображають вимоги DSM-5.

Даний посібник DSM-5-TR встановлює офіційні критерії для діагностики ПТСР, в тому числі для військовослужбовців. DSM-5 містить наступне поняття виникнення ПТСР. Посттравматичний стресовий розлад виникає як реакція на надзвичайно травматичні події і проявляється через набір певних симптомів. Цей посібник зазначає, про існування чотирьох основних класів симптомів, які повинні проявлятися щонайменше один місяць, для діагностування розладу як ПТСР. До основних критеріїв діагностики ПТСР за DSM-5 відносять критерії А, В, С, D.

До критерію А відносять - Травматичну подію, яка включає наступне:

Людина безпосередньо зазнала, була свідком або дізналася про одну чи кілька травматичних подій, які містять:

Загрозу життю чи серйозну травму.

Загрозу фізичній цілісності для себе або інших.

Насильство чи катастрофічні події (бойові дії, стихійні лиха, важкі аварії тощо).

Критерій В включає в себе - Симптоми вторгнення (принаймні один із симптомів). Симптоми вторгнення характеризуються постійними та мимовільними вторгненнями думок або спогадів про подію, що включають: Повторювані, нав'язливі спогади про подію; нічні кошмари або сновидіння, пов'язані з травмою; емоційні реакції на зовнішні або внутрішні тригери, які нагадують про подію (наприклад, звуки, запахи або місця); флешбеки, при яких людина переживає момент травматичної події, ніби вона відбувається знову.

Критерій С - характеризує симптоми уникнення (принаймні один із симптомів). Активне уникнення стимулів, пов'язаних із травмою це є: уникання думок, почуттів або розмов про травматичну подію; уникання місць, людей, дій або ситуацій, які викликають спогади про подію.

І на останок критерій D визначає негативні зміни в настрої та когніціях (два або більше симптомів). Цей клас симптомів характеризується виникненням стійких негативних змін в мисленні та настрої після події. До яких відносять: неможливість запам'ятати певні аспекти травматичної події; негативні переконання про себе, інших або світ («Я поганий», «Людам не можна довіряти»); почуття провини або сорому, пов'язані з подією; зниження інтересу до діяльності, яка раніше приносила задоволення; емоційна відстороненість від близьких та оточуючих; нездатність відчувати позитивні емоції.

До Критерію Е відносять симптоми підвищеної збудливості та реактивності (два або більше симптомів). Постійна підвищена реактивність, включає в себе дратівливість та спалахи гніву, зазвичай без очевидної причини; ризиковану або самоагресивну поведінку; гіпернастороженість, відчуття постійної небезпеки; надмірне здригання, коли людина реагує на раптові звуки або рухи; проблеми зі сном (засинанням або сном загалом); проблеми з концентрацією уваги.

Критерій F це тривалість симптомів. Так, за критерієм F у DSM-5 для діагностики ПТСР симптоми повинні тривати більше одного місяця після травматичної події. Цей критерій дозволяє відрізнити ПТСР від короткострокових стресових реакцій, які можуть виникати одразу після травми, але зазвичай проходять у межах кількох тижнів. Якщо симптоми тривають менше місяця, розлад може класифікуватися як гострий стресовий розлад (ГСР), але не ПТСР.

Останній Критерій G, характеризує значні порушення функціонування. Значні порушення функціонування викликають значні порушення в соціальному, професійному або іншому важливому аспекті життя людини.

До специфічних особливостей ПТСР у військовослужбовців відносять часті флешбеки та нічні кошмари про бойові дії. Уникнення не тільки спогадів, але і соціальних контактів, що може ускладнювати реінтеграцію в мирне життя. Високий рівень гіпернастороженості та фізіологічного збудження. Можливі вторинні розлади, такі як депресія, тривога або зловживання психоактивними речовинами, які часто супроводжують ПТСР у ветеранів.

DSM-5 наголошено про необхідність та важливість багатостороннього підходу до діагностики для груп осіб із високим ризиком розвитку ПТСР, таких як військові, що враховує як когнітивні, так і фізіологічні прояви розладу.

Концепція "спалаху пам'яті" (англ. flashback) пояснює характерні для ПТСР повторювані спогади та нічні кошмари, які виникають як реакція на зовнішні або внутрішні тригери, що нагадують травматичну подію.

Розвиток посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військовослужбовців пов'язаний із багатьма факторами, зокрема з ризиками бойових дій, умовами військової служби, та особистісними характеристиками. Розглянемо основні причини та фактори, що сприяють розвитку цього розладу.

До основних причини розвитку ПТСР можна віднести травматичні події під час служби, моральні травми та тривалу психологічну напругу.

До травматичних подій під час служби можна віднести постійно виникаючі ситуації, в яких військові доволі часто або постійно стикаються з ситуаціями, що загрожують життю (включаючи бойові дії, поранення або загибель побратимів). Переживання військовослужбовцем зазначених подій є фактично головним тригером ПТСР. Наведені негативні травматичні досвіди порушують базове відчуття безпеки у військовослужбовця та викликають інтенсивний страх, безпорадність або жах.

Стосовно моральних травм можна зазначити наступне. До фізичних травм додаються переживання військовослужбовцями моральних травм. До моральних травм відносять порушення особистих цінностей або відчуття вини за власні чи чужі дії під час війни. Як приклад моральної травми можна навести наступне: участь у боях, де загинули цивільні, або прийняття важких рішень, які

впливають на життя інших. До моральної травми, на мою думку, можна віднести також бойові втрати, військові злочини та зраду керівництва. Ці види моральної травми військовослужбовців не прийнято обговорювати, оскільки вони мають ознаки кримінального правопорушення. В умовах бойових дій моральна травма завдає більшого болю, є огидною, оскільки в її основі лежить сором. Моральна травма виникає внаслідок подій, які порушили власні глибоковкоренілі очікування щодо себе та інших. Вона виходить з вимоги як треба поводитися з кимось іншим або яка поведінка прийнятна на війні та вжитті. Як кожна людина, і в тому числі військовослужбовець, мають так би мовити свій “моральний кодекс”. Досвід та події війни порушують фундаментальні цінності.

Тривала психологічна напруга сприяє розвитку ПТСР. Психологічна напруга може розвиватися через тривалий стрес, що пов'язаний з перебування в зоні бойових дій протягом тривалого періоду, фізичне та психологічне виснаження, невизначеність та загроза ворожих атак. Така тривала напруга може знизити здатність мозку справлятися зі стресом.

До факторами ризику розвитку ПТСР у військових зазвичай відносять наявність попередніх психічних розладів. Якщо військовослужбовець мав тривожні розлади або депресію, він має вищий ризик розвитку ПТСР. Попередній стресовий досвід також робить особу набагато вразливою до наслідків бойових дій.

Певні особистісні характеристики також необхідно віднести до факторів розвитку ПТСР, наприклад, як високий рівень емоційної чутливості або низький рівень стресостійкості.

Відсутність соціальної підтримки також може спричиняти розвиток ПТСР. Військовослужбовці, які позбавлені підтримки або відчують ізоляцію, можуть частіше відчувати симптоми ПТСР. Підтримка від сім'ї, друзів та колег є важливим фактором у запобіганні ПТСР. Участь у бойових діях військовослужбовця, а точніше їх інтенсивність та тривалість (частота участі в боях, інтенсивність конфліктів та тривалість часу в небезпечних умовах) значно

впливають на ризик виникнення ПТСР. Довге перебування на передовій, що створює суцільне відчуття стресу, а також часті бойові зіткнення суттєво підвищують ймовірність розвитку цього розладу.

Підвищений ризик виникнення ПТСР мають військовослужбовці, які спостерігають рівень насильства та жорстокості в бойових ситуаціях, тобто піддаються екстремальному насильству або спостерігають жорстокість. Такі ситуації викликають глибокі травматичні спогади.

ПТСР у військовослужбовців супроводжується специфічними симптомами та паттернами поведінки, що відрізняються від проявів у цивільних осіб через особливі стресові фактори військової служби. До основних симптомів та поведінкових особливостей, що характерні для ПТСР серед військових відноситься:

Нав'язливі спогади та флешбеки. Військові часто переживають травматичні події повторно через інтенсивні флешбеки, коли вони ніби «повертаються» в бойові умови. Такі спогади можуть викликати сильні емоційні та фізичні реакції, зокрема підвищену тривогу, пітливість або серцебиття.

Нічні кошмари та проблеми зі сном. Постійні кошмари, пов'язані з бойовими діями або іншими травматичними подіями, є поширеними серед військових із ПТСР. Також часто спостерігаються проблеми із засинанням або неможливістю підтримувати тривалий спокійний сон.

Уникання. Військовослужбовці з ПТСР можуть уникати людей, місць та подій, що нагадують їм про травматичний досвід. Це може включати уникнення спілкування з іншими ветеранами, спогадів про службу чи перегляду новин про конфлікти.

Негативні зміни у настрої та мисленні. Військові часто відчувають почуття провини, сорому, безнадії або відчуження від інших. Може виникати труднощі у встановленні емоційних зв'язків з близькими, що призводить до соціальної ізоляції.

Підвищена збудливість і реактивність проявляються у вигляді раптових спалахів гніву, дратівливості, гіпернастороженості та надмірної пильності до оточення. Часто зберігається постійне відчуття небезпеки.

Самодеструктивна поведінка. Часто серед військових з ПТСР зустрічаються саморуйнівні тенденції, такі як зловживання алкоголем або наркотиками. Це може бути способом зменшення внутрішнього болю або уникнення нав'язливих спогадів.

Самодеструктивна поведінка у військових з посттравматичним стресовим розладом є серйозним проявом психічного стану, який потребує уваги та втручання. Така поведінка може включати різноманітні дії, які завдають шкоди фізичному або психічному здоров'ю людини, або її соціальному функціонуванню.

До основних форм самодеструктивної поведінки у військових із ПТСР відносять надмірне вживання алкоголю чи наркотиків, ігнорування правил безпеки, наприклад, необережне керування автомобілем та схильність до участі в небезпечних для життя ситуаціях. Навмисна шкода власному тілу (порізи, опіки, побиття себе), спроби самогубства або загроза ним.

Пасивна самодеструкція військовослужбовця з ПТСР проявляється в ігноруванні власного здоров'я (відмова від медичної допомоги, недбале ставлення до харчування чи гігієни), в соціальній ізоляції, уникання спілкування з близькими.

Проявами самодеструктивної поведінки є емоційна самодеструкція у вигляді постійне самозвинувачення, приниження себе, у відмові від допомоги, навіть якщо вона запропонована. Окремим проявом може бути фінансова та соціальна безвідповідальність. Військовослужбовці з ПТСР вчиняють дії щодо розтрати ресурсів, які можуть погіршувати умови життя, а також розрив стосунків із родиною та друзями через конфлікти чи ізоляцію.

Самодеструктивній поведінці сприяють тригери травматичного досвіду, втрата сенсу життя, непережиті травми, які регулярно активуються у вигляді флешбеків чи кошмарів, депресія та тривога, соціальне стигматування.

Запобіганню самодеструктивній поведінці у військовослужбовців з ПТСР можливо декількома шляхами. Перший це освітній шлях. Військовослужбовцям потрібно доводити інформацію про прояви ПТСР і способи пошуку допомоги. А командирам військовослужбовців необхідно проводити навчання як виявляти ознаки самодеструктивної поведінки у підлеглих.

Шлях профілактичний самодеструктивної поведінки полягає у створенні в армії та під час служби у Збройних силах України культури підтримки психічного здоров'я, регулярні консультації з психологами, надання анонімної допомоги через гарячі лінії.

Проблема самодеструктивної поведінки серед військових з ПТСР потребує комплексного підходу, що включає медичні, соціальні та психологічні заходи. Важливо усунути стигматизацію психічних проблем та створити безпечне середовище для пошуку допомоги.

Вплив ПТСР на загальне здоров'я військових проявляється значним погіршенням якості життя військових. Окрім психологічних симптомів, ПТСР сприяє підвищенню ризику соматичних захворювань, таких як гіпертонія, серцево-судинні проблеми, а також посилює схильність до депресії та тривожних розладів.

1.3. Моральна травма як критерій прояву ПТСР у військовослужбовців

Моральна травма не вважається психічним розладом, однак може суттєво впливати на емоційне, психологічне, поведінкове, соціальне та духовне функціонування особистості. Моральна травма пов'язана із симптомами, що виникають через почуття провини, сорому чи огиди, які можуть призводити до розвитку психічних розладів, в тому числі депресія, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) та тривожні стани.

Вперше поняття "моральна травма" (англ. moral injury) було введено американським психіатром Джонатаном Шеєм (Jonathan Shay) ще у 1994 році.

У своїй книзі "Achilles in Vietnam: Combat Trauma and the Undoing of Character" він описав моральну травму як наслідок порушення глибоко вкорінених моральних цінностей і переконань у ситуаціях, коли людина стикається з або є свідком дій, які суперечать її етичним принципам.

Джонатан Шей розробив це поняття, аналізуючи досвід ветеранів війни у В'єтнамі, які відчували сильне почуття провини, сорому та зради через свої власні дії, накази командирів або бездіяльність у критичних ситуаціях [71].

В подальшому у 2009 році. Бретт Літтон (Brett Litz) та його колеги зробили внесок у розвиток концепції моральної травми. Завдяки його роботам дослідження моральної травми було деталізовано це поняття, визначивши моральну травму як психологічні наслідки ситуацій, що порушують моральні принципи, включаючи переживання провини, сорому, огиди до себе чи інших, а також втрату віри у справедливість і людяність.

Після цього, моральна травма стала важливим концептом у контексті психічного здоров'я військовослужбовців, рятувальників, медичних працівників та інших осіб, які стикаються з морально складними або травматичними.

Бретт Літтон є провідним дослідником у сфері моральної травми, особливо в контексті військової служби. У своїх роботах він наголошує на психологічних та етичних наслідках ситуацій, коли людина порушує свої глибокі моральні переконання. Моральна травма відрізняється від ПТСР, який зазвичай пов'язаний

із травмами, викликаними страхом; натомість моральна травма фокусується на почуттях провини, сорому та зради, які можуть виникати як через власні дії, так і через дії інших. До основних положень його робіт можна віднести наступне:

У статті "Moral Injury and Moral Repair in War Veterans" (2009) Літтон описує концептуальну модель моральної травми, зокрема серед військовослужбовців, які могли спричинити шкоду цивільним, не змогли запобігти трагедії або стали свідками тяжких страждань. Такі переживання викликають глибокий конфлікт із етичними нормами особистості, що веде до довготривалих психологічних наслідків. Моральна травма та моральне відновлення [71].

Також зроблено висновки в його роботі щодо методів лікування. Бред Літтон наголошував важливість терапевтичного розкриття (обговорення травматичних подій), прощення та осмислення подій як способів відновлення моральної цілісності та зменшення психологічних симптомів.

У 2022 році Літтон з колегами представив результати роботи над Moral Injury Outcome Scale, що дозволяє систематично вимірювати і оцінювати моральну травму. Це відкриття допомагає уніфікувати діагностику та дослідження в цій сфері. Літтон досліджував, як почуття провини, сорому та зради можуть призводити до проблем із психічним здоров'ям, включаючи депресію, тривожні розлади та ПТСР. У роботі "Sources of Moral Injury among War Veterans" (2018) він досліджує основні джерела моральної травми у ветеранів. Ці та інші публікації Літтона опубліковані наукових журналах, таких як Journal of Traumatic Stress і Clinical Psychology Review. Його роботи є основою для сучасного розуміння моральної травми та підходів до її лікування

В Україні дослідження моральної травми не отримало достатньої уваги серед науковців. У своїй роботі "Прояви симптомів моральної травми у військовослужбовців та цивільного населення під час війни" Марія Анатоліївна Козігора зазначає, що найвищий середній рівень моральної травми ($M=39,70$, $SD=10,05$) спостерігається серед учасників бойових дій. Це пояснюється тим, що вони постійно перебувають у зоні небезпеки та піддаються інтенсивному

психологічному впливу. Військовослужбовці, окрім виконання службових обов'язків, нерідко стикаються з нестандартними ситуаціями, які пов'язані не лише з необхідністю збереження власного життя чи життя інших, а й із застосуванням сили, зокрема вбивствами чи нанесенням шкоди [20].

У монографії "Засади бойової психологічної травматизації військовослужбовців" автор О. С. Колесніченко висвітлює основні фактори, які впливають на стійкість психічного здоров'я та психологічну безпеку особистості, а також на готовність до переживання бойового стресу. Ці фактори умовно поділяються на кілька груп: специфічно-професійні, ситуаційно-психогенні, соціально-психологічні та особистісні, включаючи біологічні та індивідуально-психологічні аспекти.

До соціально-психологічних чинників було віднесено такі аспекти:

- Ізоляція від родини та суспільства.
- Обмеження емоційних і інтелектуальних контактів у межах своєї вікової та статевої групи.
- Негативне ставлення до військових дій у країні.
- Невдачі на полі бою, великі втрати серед особового складу.
- Інформаційно-психологічний вплив супротивника.
- Національна ідентичність військовослужбовця, що збігається з етнічною приналежністю населення в зоні бойових дій.
- Релігійні переконання, подібні до вірувань однієї зі сторін конфлікту.
- Чужа етнокультурна обстановка.
- Ворожість місцевого населення та кримінальні загрози, такі як мародерство, бандитизм і тероризм.
- Родинні конфлікти та важкий матеріальний стан комбатанта.
- Недостатній рівень соціальної підтримки після повернення з зони бойових дій [28, с. 45].

Всі ці чинники можна віднести до тих, що провокують з'явлення у військовослужбовців моральної травми.

Початок вивчення моральної травми як психологічного стану припадає на період, коли почастишали повідомлення ветеранів В'єтнаму. Вони вказували про відчуття стресу через відмову від своїх основних переконань під час бойових дій. Міністерство у справах ветеранів США оприлюднило дан, в яких зазначалося, що моральна травма виникає, коли люди "не можуть запобігти або стають свідками подій, які суперечать глибоко вкоріненим переконанням та очікуванням" під час перебування у травмуючих або надзвичайно стресових обставинах.

В Україні дослідження моральної травми та її відмінностей від посттравматичного стресового розладу (ПТСР) проводили кілька науковців.

Тетяна Іванівна Гордовська у своїй роботі "Конструкт моральної травми та його концептуальний зміст" досліджувала поняття моральної травми, порівнюючи його з колективною травмою та ПТСР. Вона зазначає, що моральна травма часто пов'язана з індивідуальним та колективним контекстом, тоді як ПТСР завжди стосується індивідуальної травми [13, с.10].

Марія Анатоліївна Козігора у дисертації "Психологічні особливості прояву моральної травми під час воєнного конфлікту" досліджувала прояви моральної травми у військовослужбовців та цивільного населення під час воєнного конфлікту. Вона розробила та впровадила програми психологічних інтервенцій для зцілення моральної травми, а також адаптувала шкалу симптомів моральної травми для української вибірки [20].

Ці дослідження сприяють глибшому розумінню моральної травми та її відмінностей від ПТСР, що є важливим для розробки ефективних методів психологічної допомоги в Україні.

Незважаючи на зростання досліджень в області моральної травми, наразі не існує загальноприйнятого визначення моральної травми. Причиною цього, на мою думку, є те, що вона досить потужно перетинається з посттравматичним стресовим розладом. Як моральна травма так і посттравматичний стресовий розлад викликають у військовослужбовця

негативні стани, які впливають на добробут і психічне здоров'я і пов'язані з підвищеним ризиком самогубства, депресії та тривоги.

В Україні проведено низку досліджень, присвячених вивченню посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед військовослужбовців. Зокрема, дослідження, опубліковане в журналі "Молодий вчений" у 2023 році, аналізує частоту та тривалість ПТСР у військових під час повномасштабної війни, а також шляхи його подолання [63].

Однак, незважаючи на наявність цих та інших досліджень, обсяг наукових робіт з цієї тематики в Україні залишається обмеженим. З огляду на тривалість та інтенсивність військових дій, а також значну кількість військовослужбовців, які можуть зазнавати ПТСР, існує потреба в подальших дослідженнях. Це необхідно для глибшого розуміння проявів ПТСР, розробки ефективних методів діагностики, лікування та реабілітації, а також для впровадження системних підходів до підтримки психічного здоров'я військових.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

Діагностування проявів ПТСР у військовослужбовців здійснюється по чітко визначеним критеріям, до яких не відносять моральну травму, як травмуючу подію. Однак моральна травма, отримана військовослужбовцем, може створити ризик виникнення ПТСР. Визначення поняття “Моральна травма”, а також її характерних ознак травмуючої події, ризик її вплив на людину, в тому числі і на військовослужбовця, дозволить врегулювати питання щодо класифікації моральної травми, як окремого захворювання, або дозволить включити моральну травму як травмуючу подію в критерій А (вплив травматичних подій) діагностики посттравматичного стресового розладу. Цей висновок обґрунтовується тим, що отримана моральна травма військовослужбовцем, як і травматичні події вказані в Критерії А вплив травматичних подій (критерій А), фактично мають однаковий стресовий вплив на психіку людини та симптоми прояву психічного захворювання.

При цьому необхідно при здійсненні визначення терміну та поняття моральної травми, враховувати способи її лікування, що потребує додаткових досліджень з боку науковців.

Дослідження моральної травми та її впливу на військовослужбовців дозволяє не лише глибше зрозуміти природу цього явища, але й окреслити напрямки для вдосконалення діагностичних підходів. Унікальні моральні переживання, які супроводжують такі події, як бойові втрати, зрада керівництва чи участь у діях, що суперечать внутрішнім моральним принципам, вимагають особливого підходу до їх оцінки та лікування. Включення моральної травми до критеріїв діагностики ПТСР може забезпечити більш цілісний підхід до лікування та реабілітації постраждалих.

Також важливо враховувати, що моральна травма має свої унікальні прояви, які часто виходять за межі стандартних діагностичних категорій, таких як провина, сором, злість чи втрата віри в систему або людство. Це робить необхідним розробку не тільки терапевтичних програм, але й профілактичних

заходів, спрямованих на зміцнення моральної стійкості та психологічної підтримки військовослужбовців.

Крім того, існує нагальна потреба у міждисциплінарних дослідженнях, які поєднуюватимуть психологію, соціологію, етику та медицину, щоб розробити єдині стандарти для класифікації моральної травми. Це дозволить враховувати не тільки медичний аспект, але й соціокультурні та особистісні особливості кожного постраждалого.

Особливу увагу слід приділити розробці методів психотерапії, які сприятимуть інтеграції морального досвіду в позитивну ідентичність, а також розвитку підтримуючих соціальних систем, які сприятимуть відновленню психологічного здоров'я військовослужбовців.

РОЗДІЛ 2: Дослідження прояву ПТСР у військовослужбовців

2.1.Методологічне забезпечення дослідження прояву ПТСР у військовослужбовців

Дослідження особливостей прояву ПТСР серед військовослужбовців є важливим для розуміння впливу бойових дій на психічне здоров'я та надання ефективної підтримки. Військові стикаються з унікальними стресовими факторами, зокрема з постійною загрозою життю, свідченням жорстоких подій і втратою товаришів, що створює високий ризик розвитку ПТСР.

Дослідження психічного здоров'я військовослужбовців часто концентрують увагу на посттравматичному стресовому розладі (ПТСР). Однак, все частіше науковці у своїх роботах приходять до висновку та підкреслюють стійкий взаємозв'язок між ПТСР і підвищеними ризиками фізичних проблем зі здоров'ям, вживання/зловживання психоактивними речовинами, самогубства, бездомності та агресії/насильства для ветеранів.

Загалом шість основних вимірів стресу виконання військових операцій відзначено науковцями, до яких віднесли ізольованість, двозначність, безсилля, нудьга та небезпека, а також робоче навантаження. Раніше вважалось, що перебування на “передовій”, на “0” являється найбільш травматичним. Однак, із розвитком технологій війна прийняла інший вид, який створює постійну загрозу будь-якого військовослужбовця. Перебуваючи на військовій службі, військовослужбовець отримує досвід, що порушує глобальні цінності та переконання та підриває основне почуття людяності. Наразі, науковцями відзначається, що моральна травма є новою конструкцією, яка слугує для більш повного охоплення багатьох можливих психологічних, етичних і духовних/екзистенційних викликів серед людей, які служили в сучасних війнах, які постраждали від травм.

Бойові дії, вбивства, моральні дилеми, спостереження за стражданнями людей, поранення та інше є потенційно травматичними і можуть впливають на психічне здоров'я військовослужбовця.

В Україні врегульовано порядок діагностування та лікування посттравматичного стресового розладу.

Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19 липня 2024 року № 1265 затверджено Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації» [45].

Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги (УКПМД) «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації», розроблений з урахуванням сучасних вимог доказової медицини з метою покращення результатів надання медичної допомоги пацієнтам з гострою реакцією на стрес та посттравматичним стресовим розладом.

Даний УКПМД розроблений мультидисциплінарною робочою групою на основі клінічної настанови «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації» з урахуванням сучасних міжнародних рекомендацій, в якому розглядаються питання медичної допомоги пацієнтам з гострою реакцією на стрес (ГРС) та посттравматичним стресовим розладом (ПТСР).

Дана клінічна настанова за темою «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації» (КН) є адаптованою для системи охорони здоров'я України версією оригінальної клінічної настанови «Australian Guidelines for the Treatment of Adults with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder» (2021), що була визнана робочою групою як приклад найкращої практики надання медичної допомоги пацієнтам з посттравматичним стресовим розладом і ґрунтується на даних доказової медицини стосовно ефективності та безпеки медичних заходів та організаційних принципів її надання. Використані джерела були обрані на основі об'єктивних критеріїв оцінки з використанням міжнародного інструменту - Опитувальника з експертизи та оцінки настанов AGREE II.

У 2007 і 2013 роках Національна рада охорони здоров'я та медичних досліджень (NHMRC) затвердила першу і другу австралійські настанови з

лікування дорослих з гострим стресовим розладом і посттравматичним стресовим розладом (далі - Настанови). Настанови 2007 року стосувалися лише дорослих, тоді як Настанови 2013 року були розширені й охоплювали дітей та підлітків. Сфера застосування цієї третьої, поточної версії Настанов була знову розширена, щоб включити розгляд нового діагнозу в МКХ-11 - комплексного ПТСР. Крім того, формат було змінено на "живу настанову". Рекомендації були опубліковані в онлайн-форматі (Австралійські настанови з ПТСР) з можливістю оновлення окремих рекомендацій, коли для цього з'явиться достатньо нових доказів.

Першим у переліку інструментів діагностики ПТСР є структуроване клінічне інтерв'ю та заходи самозвітування.

Вказівка на тяжкість симптомів та визначення оптимальних стратегій для створення надійного клінічного діагнозу покладена саме на структуроване клінічне інтерв'ю. Питання безпосередньо зосереджені на симптомах ПТСР і об'єктивна шкала визначає, чи кожен з них є досить сильним, щоб відповідати критеріям.

Шкала ПТСР (нинішня CAPS-5)76-78, яка успішно використовується для діагностування ПТСР, вважається психометрично надійним інструментом. Шкала розроблена для подолання багатьох обмежень інших структурованих інтерв'ю щодо ПТСР. Ця шкала дозволяє провести оцінку вираженості симптомів, що базується на частоті та інтенсивності симптомів (за винятком амнезії та зниження інтересу, які оцінюються за кількістю та інтенсивністю). Шкала ПТСР рекомендується в дослідницьких і медико-правових умовах. До недоліків діагностування за Шкалою ПТСР можна віднести її трудомісткість. Існує кілька інших добре валідованих структурованих інтерв'ю з ПТСР, які є коротшими і простішими в застосуванні.

Заходи самозвітування. Методики самозвіту використовуються для оцінки симптомів ПТСР. Визначені найкращі шкали є психометрично надійними та відносно неінтрузивними. Дані методики самозвіту забезпечують валідну оцінку власного сприйняття симптомів людиною без впливу інтерв'юера, однак вони можуть бути більш схильні до перебільшення або применшення симптомів, ніж

інтерв'ю. Обмеженість точності діагностики, в даному випадку, пов'язано з тим, що вони більш надійно фіксують загальне відчуття дистресу, а не конкретні симптоми. Показники самозвітів не можуть бути застосовані як єдиний чи основний інструмент діагностики. Рекомендовано використання методики самозвіту перед проведенням більш інтенсивних процедур інтерв'ю. Повторне застосування даного виду методики рекомендується також для діагностування лікування з метою оцінки зміни симптомів. Контрольний перелік симптомів ПТСР за DSM-5 (PCL-5) являється психометрично сильними і відповідає сучасним діагностичним критеріям, який оцінює двадцять симптомів ПТСР за DSM-5.

Безшейко В.Г. у своїй роботі зазначив, що у зв'язку з високою актуальністю проблеми вчасної діагностики та оцінки ПТСР в Україні існує необхідність перекладу та адаптації цих шкал для використання у нашій популяції [5].

Універсальність PCL-5 дозволяє її використання в різних умовах для різних цілей, включаючи моніторинг змін симптомів, а також для скринінгу та встановлення попереднього діагнозу ПТСР. Заповнення шкали займає лише кілька хвилин і має хороші психометричні характеристики. PCL-5 містить двадцять пунктів, які оцінюються за п'ятибальною шкалою Лайкерта, що дозволяє отримати оцінку вираженості симптомів у діапазоні від 0 до 80.

Дослідження даної кваліфікаційної роботи направлено на з'ясування можливого впливу на причини розвитку ПТСР такого чинника, як моральна травма. Оскільки моральна травма не віднесена згідно П'ятого видання Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів, розробленого Американською психіатричною асоціацією (DSM-5-TR) до основних критерієм посттравматичного стресового розладу: вплив травматичних подій (критерій А).

До основних напрямів досліджень ПТСР у військовослужбовців відносять вплив бойових дій та травматичного досвіду; моральна травма та почуття провини; фактори ризику та захисні чинники; культурні та гендерні відмінності.

Дослідження показують, що інтенсивність і частота бойових зіткнень безпосередньо корелюють із тяжкістю симптомів ПТСР. Військові, які часто зазнавали обстрілів або спостерігали втрати товаришів, зазвичай мають більш виражені симптоми, такі як флешбеки, емоційна відчуженість та порушення сну. Крім того, служба в умовах постійного ризику посилює тривожні симптоми, зокрема гіпернастороженість і раптову дратівливість.

Моральні травми як вид психологічного стресу, що виникає, коли військовослужбовець діє проти власних моральних цінностей або стає свідком жорстоких дій. Це може викликати почуття провини та сорому, та вважається що погіршує симптоми ПТСР, а не провокує їх виникнення. Відчуття провини посилює ізоляцію та відчуженість від суспільства, що є підставою для дослідження моральної травми, яке допоможе допомагають зрозуміти цей вплив.

Збройний конфлікт, який відбувається на території України, характеризується удосконаленням технологій ведення сучасного військового бою.

Моральна шкода є новою конструкцією для більш повного охоплення багатьох можливих психологічних, етичних і духовних/екзистенційних викликів серед людей, які служили в сучасних війнах, та інших професійних груп, які постраждали від травм [71].

Військовослужбовці, проходячи службу в лавах ЗСУ, стикаються з досвідом, який підриває їхнє основне почуття людяності та порушує глобальні цінності та переконання. Подібні переживання підвищують ризик посттравматичної дезадаптації в цій популяції, навіть якщо взяти до уваги рівні травм, які загрожують життю. Важливість так званих «суб'єктивних» воєнних стресорів (вороже оточення, уявна загроза та моральна шкода) на важкість психологічних наслідків бойового досвіду вивчали Н. Lee, С. М. Aldwin, S. Kang. Науковці стверджують, що вороже середовище є найсильнішим провісником важких психологічних наслідків участі у війні. Крім того, моральна шкода була незалежно пов'язана з симптомами посттравматичного стресового розладу, тоді

як уявна загроза була незначно пов'язана з симптомами депресії та тривоги (Lee et al., 2022).

До 2013 року фактично не було діагностичного інструментарію для визначення моральної травми. Перші діагностичні методики були стандартизовані на вибірці військових та стосувалися двох основних напрямів: по-перше, визначення пережиття морально-травматичних ситуацій; по-друге, специфіки конкретних симптомів при моральному ушкодженні [18, с. 142].

В статті Nash et al. (2013) "The Moral Injury Events Scale: A measure for assessing moral injury in combat veterans" представлено Moral Injury Events Scale (MIES) – шкалу, розроблену для оцінки моральної травми у військовослужбовців, які брали участь у бойових діях. Автори досліджують концепцію моральної травми, визначаючи її як психологічний стан, що виникає внаслідок порушення моральних або етичних принципів. Метою дослідження було розробка валідного та надійного інструменту для оцінки моральної травми, викликані участю у військових діях, зокрема через почуття провини та сорому за власні дії, свідчення порушення моральних норм іншими людьми, почуття зради з боку авторитетів або систем [41].

Шкала MIES складається з 9 тверджень, які охоплюють три основні аспекти моральної травми порушення моральних норм самою людиною, спостереження порушень моральних норм іншими та зрада з боку керівництва чи системи.

Шкалу було протестовано на вибірці військовослужбовців, які брали участь у бойових діях. Автори дослідили психометричні характеристики MIES, зокрема її валідність і надійність. Високі бали за шкалою MIES корелюють із симптомами ПТСР, депресії та тривоги. Конструктна валідність MIES підтвердилася порівнянням з іншими шкалами, зокрема оцінкою симптомів ПТСР та депресії, в результаті чого було виявлено значну позитивну кореляцію між високими показниками за шкалою MIES і симптомами ПТСР, тривожності та депресії, що підтверджує її валідність.

Дискримінантна валідність MIES змогла розрізнити моральну травму від інших аспектів психологічного травматизму, наприклад, симптомів тривоги чи

загального стресу. Це вказує на те, що шкала оцінює саме моральну травму, а не лише загальний психологічний стан.

Надійність Шкали MIES підтвердилася внутрішня консистентність та Тест-ретест надійністю.

Для оцінки внутрішньої узгодженості шкали використовувався коефіцієнт α (альфа Кронбаха). Значення альфа Кронбаха для MIES склало 0.89, що свідчить про високу внутрішню узгодженість запитань. Це означає, що твердження шкали добре пов'язані між собою і вимірюють один і той самий феномен. Тест-ретест надійність шкали перевірялася шляхом повторного тестування респондентів через певний час, в результаті чого було виявлено стабільність результатів, що свідчить про здатність шкали давати послідовні результати при повторних вимірах.

Аналіз факторної структури підтвердив існування трьох ключових аспектів моральної травми, які охоплюються MIES:

Порушення моральних норм самою людиною (Self-directed moral transgressions).

Свідчення порушень моральних норм іншими людьми (Witnessing moral transgressions).

Зрада з боку системи або керівництва (Perceived betrayal).

Кожна з цих підшкал показала високий рівень внутрішньої узгодженості.

Практичні висновки з психометричного аналізу доводять, що Валідність: Шкала MIES корелює з симптомами ПТСР, що вказує на важливість моральної травми в загальній структурі психологічного травматизму. Висока внутрішня узгодженість і стабільність результатів підтверджують, що шкала є надійним інструментом для оцінки моральної травми.

Моральна травма є незалежним фактором ризику, який впливає на психічне здоров'я ветеранів. Застосування MIES може ефективно використовуватися як у дослідницьких, так і в клінічних цілях, забезпечуючи точну діагностику та можливість моніторингу стану військовослужбовців і ветеранів.

Американські вчені проаналізували типи подій, які ветерани сприймають як моральну травму. У результаті науковці виокремлюють дві категорії подій, які ймовірно завдають моральної травми. Дві категорії були визначені основним розподілом відповідальності за подію: особиста відповідальність (повідомлення ветерана про дистрес пов'язане з його власною поведінкою) проти відповідальності інших (страждання ветерана пов'язане з діями інших) (Schorr et al., 2018). Обидві форми моральної травми погіршують здатність до віри та підвищують рівень відчаю, схильність до самогубства та міжособистісного насильства [72].

Окрім втрат, сучасна війна створює багато ситуацій, які є морально неоднозначними, коли рішення діяти потрібно приймати у режимі дефіциту часу для свідомих роздумів і з недостатньою інформацією про їх «правильність». Іноді солдат змушений діяти, навіть не знаючи, хто є ворогом, який може ховатися серед невинних невоюючих осіб. Тому не дивно, що люди вчиняють дії, які суперечать їхньому особистому моральному кодексу (Molendijk, 2019; Schorr et al., 2018), що потенційно є причиною появи психологічних симптомів, подібних до симптомів посттравматичного стресового розладу (Williamson et al., 2019). Ці симптоми спільно відомі як моральна травма, де переважаючою емоцією є почуття провини, яке може мати серйозні наслідки для відновлення психічного здоров'я ветеранів (Currier et al., 2019) і може сприяти етіології ПТСР (Koenig et al., 2020).

Другий тип моральної травми, коли людину зрадили або поводитися з нею таким чином, що порушує її уявлення про «те, що є правильним», часто командуванням. Така зрада може приймати різні форми: недостатнє спорядження, завдання захищати або атакувати об'єкт, який має невелику стратегічну чи тактичну цінність або особа опинилася в такому положенні, коли вона не змогла врятувати товариша [72].

Бойова травма, складне горе та моральна шкода окремо мають значний вплив на психічне здоров'я (Lee et al., 2020). Однак вони потенційно взаємодіють один з одним, що призводить до складної патології, яка, ймовірно, є унікальною

для ветеранів, які повертаються: складне горе та моральна травма можуть сприяти етіології ПТСР; ПТСР і моральна шкода є важливими факторами, що спричиняють тривалість тривожного або непрацездатного горя після смерті товариша; складне горе і посттравматичний стресовий розлад можуть сприяти розвитку почуттів провини чи гніву, що виникають через моральну травму (Jones, 2020; Shay, 2014; Simon et al., 2018). Ці складні взаємодії потенційно мають серйозні наслідки для лікування після бойової травми, ускладненого горя і відновлення цивільного функціонування в житті після звільнення (Koenen et al., 2008).

Дослідження S. Hall спрямоване на аналіз взаємозв'язку між травмою, горем і моральною травмою розкриває подвійну їхню взаємодію. По-перше, гнів, часто інтенсивний і тривалий у ветеранів, є спільною рисою всіх трьох станів. Однак гнів є кумулятивним і, можливо, має великий вплив на результати одужання для кожного з трьох, навіть якщо його джерелом є хтось із інших. По-друге, тривожні емоції, пов'язані з усіма трьома станами, призводять до різного ступеня уникнення, а уникнення тривожних емоцій, пов'язаних з одним станом, може призвести до того, що людина відмовиться говорити про будь-яке з них. Це очевидно впливає на ймовірність одужання (Hall, 2023).

Науковці також наголошують на важливості соціальної підтримки для військових, які повертаються до цивільного життя (Frank et al., 2022). Доведено, що пряме зосередження на соціальній реінтеграції та залученні, психосоціальному функціонуванні, зміцненні довіри, підтримці однолітків, груповій згуртованості та розширенні можливостей через відчуття мети та навчання новим навичкам може пом'якшити досвід самотності та соціальну ізоляцію ветеранів із ПТСР (Gettings et al., 2022).

Невирішене почуття провини, пов'язане з травмою, було визначено як фактор, який може посилити симптоматику посттравматичного стресового розладу і пов'язане з багатьма негативними наслідками для психічного здоров'я. Показано, що методи лікування, засновані на доказах, такі як терапія когнітивної

обробки (CPT), успішно зменшують почуття провини, пов'язане з травмою (Meade et al., 2022)

Стосовно дослідження факторів ризику та захисних чинників. Існують різні індивідуальні та зовнішні фактори, що впливають на сприйнятливність до ПТСР. Підвищують ризик розвитку ПТСР у військових попередній досвід психічних розладів, відсутність соціальної підтримки та відсутність реабілітації. Зниження ймовірність виникнення цього розладу відбувається за наявності підтримки від родини, військових колег.

Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) – це шкала для оцінки рівня суб'єктивно сприйнятої соціальної підтримки в трьох ключових сферах: сім'я, друзі та значущі інші. MSPSS є широко використовуваним інструментом у психології та соціальних науках завдяки своїй простоті, надійності та універсальності.

MSPSS використовується для оцінки загального рівня соціальної підтримки з джерел підтримки: сім'я, друзі, значущі інші та рівня впливу соціальної підтримки на психологічний добробут людини.

Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) була розроблена у 1988 році Грегорі Д. Зіметом (Gregory D. Zimet) та його колегами Nancy W. Dahlem, Sara G. Zimet, Gordon K. Farley.

MSPSS дозволяє виявити рівень соціальної підтримки як захисного фактора у подоланні стресу, депресії, ПТСР та інших психологічних станів.

Ця шкала використовується для вивчення впливу соціальної підтримки на психічне здоров'я у таких групах як військовослужбовці, пацієнти з хронічними захворюваннями та осіб, які пережили травматичні події.

До переваги MSPSS відноситься простота та швидкість заповнення, її універсальність, так як підходить для різних культур та соціальних груп.

Висока внутрішня консистентність і стабільність при повторних вимірах підтверджує її надійність.

MSPSS використовується для оцінки рівня підтримки з боку сім'ї, товаришів по службі та значущих інших, що впливає на їхню стійкість до стресу та здатність адаптуватися після бойових дій.

2.2. Дослідження ризику впливу моральної травми на ризик прояву ПТСР у військовослужбовців.

Процедура дослідження складалася з підготовчого етапу, формулювання мети та завдань дослідження, вибору методик, розробка інструкцій, збору даних, етапу обробки даних; перевірка анкет; кодування даних; статистична обробка (дескриптивний аналіз, кореляційний аналіз, групове порівняння) та підсумкового етапу.

Дослідження особливостей прояву ПТСР у військовослужбовців здійснюється з використанням поєднання кількісних та якісних методів, з метою чіткіше та глибше зрозуміти психічні реакції та емоційний стан військових. До таких методів можна віднести основні методи збору даних, як опитування, інтерв'ю, психологічні тести.

Для реалізації мети дослідження та досягнення поставлених завдань використовувався комплекс діагностичних методик, які дозволили оцінити психологічний стан військовослужбовців. У дослідженні застосовано три основні шкали: PCL-5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist – DSM-5), Moral Injury Events Scale (MIES), та Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS). Кожна з цих методик відіграє важливу роль у комплексній оцінці емоційного та психологічного стану респондентів-військовослужбовців.

Обґрунтування вибору методик для дослідження полягає в тому, що кожна методика надає можливість діагностувати ключові моменти.

Так, PCL-5 використовується для діагностики та оцінки інтенсивності симптомів ПТСР, що є основною проблемою у військовослужбовців, які брали участь у бойових діях. MIES допомагає виявити моральну травму як специфічний феномен, що суттєво впливає на розвиток і поглиблення симптомів ПТСР. А MSPSS дає змогу оцінити рівень соціальної підтримки, який є важливим фактором для подолання психологічних травм і збереження емоційної стабільності.

Опитувальник PCL-5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist – DSM-5) використовується для виявлення та оцінки симптомів посттравматичного стресового розладу.

Структура шкали: PCL-5 складається з 20 тверджень, які охоплюють чотири основні кластери симптомів ПТСР відповідно до DSM-5:

Нав'язливі спогади та повторення (Cluster B); уникання (Cluster C); негативні зміни в мисленні та настрої (Cluster D); збудження та реактивність (Cluster E).

При відповіді на кожне із запитань респондент оцінює інтенсивність кожного симптому за шкалою від 0 ("Зовсім ні") до 4 ("Дуже сильно"). Максимальний бал — 80, порогове значення для ПТСР — 33 бали. Високі бали за окремими кластерами дозволяють деталізувати специфіку симптомів і визначити, які аспекти ПТСР потребують найбільшої уваги.

Шкала моральної травми MIES (Moral Injury Events Scale) оцінює вплив морально травматичних подій, які виникають внаслідок порушення етичних принципів. За допомогою цієї Шкали досягається виявлення, яка травматична подія за наступними кластерами: порушення моральних норм, здійснені самою людиною; свідчення моральних порушень іншими людьми; зрада з боку авторитетних осіб або систем.

Військовослужбовцям запропоновано твердження, які стосуються їх досвіду під час виконання військових обов'язків та запропоновано оцінити наскільки згодні з кожним твердженням, використовуючи шкалу:

1 - Цілком не згоден; 2 - Не згоден; 3 - Нейтрально; 4 - Згоден; 5- Цілком згоден.

Запитання за шкалою MIES для дослідження моральної травми серед військовослужбовців поділені на три кластера, кожний з яких має по три запитання. Загальна кількість запитань 9.

Кластер 1: Порушення моральних норм, здійснені самою людиною

Я відчуваю провину за те, що під час бойових дій виконував дії, які суперечать моїм моральним принципам.

Я шкодую, що зробив або не зробив певні речі, які могли б змінити ситуацію на краще.

Я вважаю, що мої рішення в деяких ситуаціях завдали шкоди іншим людям, і це не відповідає моїм цінностям.

Кластер 2: Свідчення порушення моральних норм іншими

Я став свідком дій з боку колег або командирів, які, на мою думку, були морально неправильними.

Мені важко прийняти те, що я спостерігав жорстоке ставлення або несправедливі дії щодо цивільного населення, військовополонених чи інших осіб.

Я почуваюся безпорадним через те, що не міг втрутитися або змінити ситуацію, яка порушувала моральні принципи.

Кластер 3: Зрада з боку авторитетних осіб або систем

Я відчуваю зраду з боку командирів, які, на мою думку, не виконали своїх зобов'язань щодо мене або моїх колег.

Я розчарувався в організації або системі, якій служив, через її дії чи бездіяльність у критичних ситуаціях.

Я відчуваю гнів через рішення або дії керівництва, які, на мою думку, були несправедливими або необґрунтованими.

Обробка відповідей здійснювалася підрахунком загального балу за всі основні твердження (питання 1–9).

Також був визначений середній бал для кожного кластеру:

Кластер 1: Самозвинувачення (питання 1–3).

Кластер 2: Свідчення порушення моральних норм іншими (питання 4–6).

Кластер 3: Почуття зради (питання 7–9).

Інтерпретація результатів відбувалася наступним чином.

1–15 балів - низький рівень моральної травми, військовослужбовець має незначний вплив моральної травми.

16–30 балів - середній рівень моральної травми. Помірний рівень морального дискомфорту, що вимагає уваги.

31 і більше балів - високий рівень моральної травми. Військовослужбовець має сильний вплив моральної травми, необхідна цільова психологічна допомога.

Додатковий аналіз результатів дозволяє оцінити вплив моральної травми на військовослужбовця. Так високі бали в Кластері 1 можуть свідчити про необхідність роботи з почуттям провини через власні дії, а в Кластері 2 свідчить про потребу опрацювання емоцій, пов'язаних зі свідченням морально неправильних дій інших. Високі бали в Кластері 3 вказують на глибоке розчарування або втрату довіри до авторитетних осіб чи систем.

Максимальний бал — 45, що свідчить про високий рівень моральної травми.

Загальні бали та середні показники за кластерами дозволяють визначити домінуючий тип моральної травми: самозвинувачення, вплив дій інших осіб або почуття зради.

Використання Шкали MSPSS (Multidimensional Scale of Perceived Social Support) для оцінки рівня соціальної підтримки військовослужбовця з боку сім'ї, друзів та значущих інших.

Структура шкали складається з 12 тверджень, які поділяються на три підшкали:

Сім'я: Твердження 3, 4, 8, 11.

Друзі: Твердження 6, 7, 9, 12.

Значущі інші: Твердження 1, 2, 5, 10.

Використовується шкала оцінки від 1 ("Цілком не згоден") до 7 ("Цілком згоден"). Респонденти оцінюють свою згоду з кожним твердженням за шкалою Лайкерта від 1 до 7:

1 - Цілком не згоден; 2 - Не згоден; 3- Трохи не згоден; 4 - Нейтрально; 5 - Трохи згоден; 6 - Згоден; 7 - Цілком згоден.

Максимальний бал за кожною підшкалою — 28, а загальний бал варіюється від 12 до 84.

Максимальний бал — 84 свідчить про високий рівень підтримки.

Інтерпретація відповідей військовослужбовців за Шкалою MSPSS дозволить виявити рівень соціальної підтримки. Високий бал асоціюється з кращими результатами у подоланні симптомів ПТСР і моральної травми.

Військовослужбовцям запропоновано заповнити три опитувальники PCL-5, MIES та MSPSS, з використанням гугл-форм.

Використання гугл-форм дозволило здійснити оцінювання індивідуально, в умовах конфіденційності, з дотриманням етичних принципів психологічного дослідження.

Для кожної методики були підготовлені детальні інструкції, що пояснювали учасникам мету опитування, конфіденційність відповідей та процедуру заповнення. Під час здійснювання дослідження були дотримані етичні аспекти. Учасникам надано інформацію про добровільну участь у дослідженні, гарантовано анонімність і конфіденційність даних.

У дослідженні взяли участь військовослужбовці, які мали досвід бойових дій або перебували в умовах підвищеного психологічного стресу. Вибірка складалася з 50 респондентів військовослужбовців.

Характеристика групи військовослужбовців, які беруть участь у дослідженні. До дослідження були залучені військовослужбовці, які проходять службу в Збройних силах України та приймають участь у бойових діях на сході України.

Було досліджено 52 військовослужбовців за Шкалою PCL-5 (Перелік симптомів ПТСР). 2 опитувальника були не взяті до уваги, оскільки не містили відповіді на всі запитання. Вікова група складала від 20 до 30 років 6,7% ; від 31 до 40 років 30% ; від 41 до 50 років 33,3% ; від 51 до 60 років -30% .

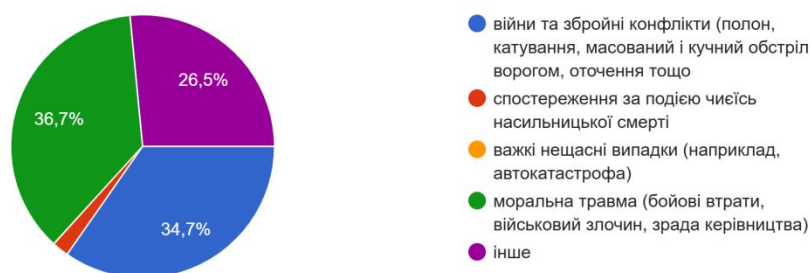
Бойовий досвід більше 2 років мали 62,1% ; від 1 року до 2 - 13,8 % ; від 6 місяців до року 13,8% та особи, які мали бойовий досвід від 0 до 6 місяців 10,3 % .

Із 50 опитуваних осіб в розділі коротки опис події, як травмуючої події, назвали моральну травму (бойові втрати, військовий злочин та зрада керівництва) 36,7%. 34,7 % опитуваних осіб травмуючим фактором назвали

війну та збройні конфлікти (полон, катування, масований і гучний обстріл ворога, оточення, тощо). 3,6% назвала травмуючою подією спостереження за подією чиєїсь насильницької смерті; 26,5% зробили свій висновок в розділі інше, тобто не пов'язанні з війною та збройним конфліктом. Три особи, взагалі не надали свою відповідь стосовно травмуючої події.

Мал. 2.1.

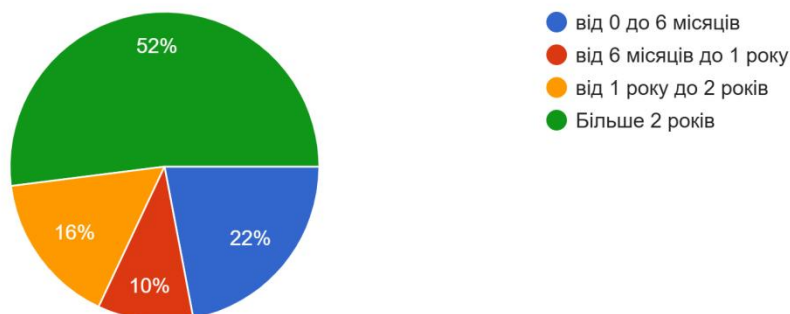
Короткий опис події
49 ответов



При аналізі анкети кожного із досліджених виявилось, що у осіб як травмуючу подію визначають моральну травму, пр цьому вона має доволі високий рівень. Однак, деякі військовослужбовці взагалі не зробили свій вибір в розділі “Короткий опис події”, що на мій погляд, може свідчити про небажання висвітлювати наявність будь-якої травматичної події або неухважність при проходженні тестування. На малюнку 2.1. представлена інфографіка травмуючих подій. Із загальної кількості опитаних військовослужбовців, а саме 36,7% опитаних, при описі травмуючої події, як стрес-фактора вказали саме моральну травму. Результати досліджень дозволяють зробити висновок про те, що моральна травма у військовослужбовців має такий же вплив як така травмуюча подія -війна, збройні конфлікти. Крім того, досліджувані особи як травмуючу подію зазначили в розділі “інше”, тобто травматична подія не пов'язана з війною та моральної шкодою. Цей показник вказує на те, що військовослужбовці мають інші травми, які пов'язанні з відносинами з партнером, фінансові та матеріальні, або інше.

Мал. 2.2.

Ваш бойовий досвід
50 ответов



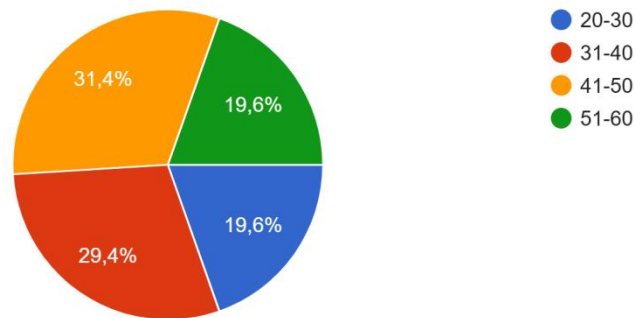
На малюнку 2 відображено інфографіку з бойовим досвідом. 64,9% досліджених осіб мають бойовий досвід більше 2 років, що свідчить про військовослужбовців, які почали свою службу на початку повномасштабного вторгнення росії на територію України. Перебування більше ніж 2 роки на фронті, свідчить про наявну специфіку стресових факторів, які відчують під час військових операцій.

Можна припустити, що довготривалість перебування в зоні бойових дій, призводить до отримання військовослужбовцями такої травмуючої події як моральної травми. Одним із факторів цього, служить те, що військовослужбовці вже отримали бойовий досвід і можуть надати оцінку діям військового керівництва. А також військовослужбовці, перебуваючи на війні більш двох років, відчуючи постійний стрес спостерігається експозиція до потенційно морально травматичних ситуацій, а відтак, вірогідність отримання моральної травми є вищою.

Саме тому, на мій погляд, показники симптомів ПТСР та моральної травми у військовослужбовців, що перебувають тривалий час на військовій службі, в зоні бойових дій є вищими.

На малюнку 3 зображена інфографіка вікової категорії.

Ваш вік
51 ответ



Аналіз вікової структури військовослужбовців, які брали участь у дослідженні, демонструє рівномірний розподіл між різними віковими групами, зокрема:

Молоді військовослужбовці (20–30 років) складають 19,6 % вибірки. Це свідчить про залучення молоді до військової служби, яка переважно має високу фізичну витривалість і потенціал до адаптації.

Військовослужбовці середнього віку (31–40 років) становлять найбільшу групу — 31,4 %. Ця категорія відображає основний контингент, який має оптимальний баланс між фізичною підготовкою та життєвим досвідом.

Військовослужбовці старшого середнього віку (41–50 років) також становлять 29,2%. Висока частка цієї категорії може свідчити про важливість їхнього впливу на бойову ефективність і управління підрозділами.

Військовослужбовці старшого віку (51–60 років) також складають 19,6 %. Участь у цій категорії, ймовірно, пояснюється зростанням ролі досвідчених офіцерів, які виконують функції керівництва та наставництва.

Рівномірний розподіл військовослужбовців за віковими групами свідчить про наявність збалансованої структури особового складу.

Вікові групи 31–40 та 41–50 років складають найбільшу частину вибірки, що підкреслює важливість середнього віку для забезпечення професійної ефективності.

Формат збору даних здійснювався онлайн. Учасники заповнювали опитувальники онлайн-платформі з обмеженим доступом.

У середньому учасникам знадобилося 20–30 хвилин для заповнення трьох опитувальників.

Обробка зібраних даних здійснювалася з використанням методів описової статистики для аналізу загальних тенденцій і виявлення кореляцій між моральною травмою, симптомами ПТСР і рівнем соціальної підтримки.

Після збору даних анкети перевірялися на наявність пропущених відповідей. У разі пропусків ці анкети виключалися з аналізу.

Всі відповіді були закодовані для забезпечення анонімності учасників. Замість імен використовувалися унікальні коди: Учасник 001, Учасник 002 і т.д.

На наступному етапі здійснилася статистична обробка.

Дескриптивний аналіз був застосований для визначення середніх показників, стандартних відхилень і рівня поширеності симптомів. Кореляційний аналіз для оцінки зв'язків між рівнями ПТСР, моральної травми та соціальної підтримки. Для визначення відмінностей між групами за рівнем ПТСР залежно від рівня моральної травми або соціальної підтримки було здійснено групове порівняння.

Для дослідження було використано три методики:

PCL-5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist – DSM-5): оцінювала симптоми посттравматичного стресового розладу. Загальний бал розраховувався як сума всіх відповідей (20 питань). Рівні були категоризовані: низький (1–32 балів), середній (33–64 балів), високий (65–80 балів).

MIES (Moral Injury Events Scale): оцінювала рівень моральної травми. Загальний бал був сумою відповідей (9 питань). Категорії: низький (1–15 балів), середній (16–30 балів), високий (31–45 балів).

MSPSS (Multidimensional Scale of Perceived Social Support): оцінювала рівень соціальної підтримки. Загальний бал обчислювався як сума відповідей (12 питань). Рівні: низький (1–36 балів), середній (37–60 балів), високий (61–84 балів).

Дані 50 військовослужбовців було проаналізовано за допомогою описової статистики (середнє значення, стандартне відхилення). Взаємозв'язки між результатами методик оцінювалися за допомогою кореляційного аналізу.

Таблиця 2.1.

Методика	Середній бал	Стандартне відхилення	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
PCL-5 (ПТСР)	52.3	12.4	8	24	18
MIES (Моральна травма)	26.5	8.7	15	23	12
MSPSS (Соціальна підтримка)	58.7	14.3	10	20	20

З огляду на результати проведеного дослідження можна зробити висновки PCL-5 (оцінка ПТСР) середній бал становив 52.3 ($\sigma = 12.4$), 18 військовослужбовців мали високий рівень ПТСР (65–80 балів).

MIES (оцінка моральної травми) середній бал становив 26.5 ($\sigma = 8.7$), 12 респондентів продемонстрували високий рівень моральної травми (31–45 балів).

MSPSS (оцінка соціальної підтримки) середній бал становив 58.7 ($\sigma = 14.3$), 20 респондентів мали високий рівень соціальної підтримки (61–84 балів).

Аналіз розподіл рівнів за методиками свідчить, що за рівнем ПТСР (PCL-5) 8 осіб мали низький, 24 середній, а 18 осіб мали високий рівень.

Показники моральної травми MIES свідчать, 12 опитаних військовослужбовців мають високий рівень, середній – 23, а низький – 15 осіб.

Низький рівень соціальної підтримки (MSPSS) виявилося у 10 осіб, середній та високий мали військовослужбовці в рівній кількості - 20

Результати кореляційного аналізу виявили сильну позитивну кореляцію між PCL-5 і MIES ($r = 0.68$, $p < 0.01$), що вказує на зв'язок між рівнем ПТСР і моральною травмою.

Негативну кореляцію між MSPSS і PCL-5 ($r = -0.52$, $p < 0.05$), що свідчить про захисну роль соціальної підтримки в подоланні ПТСР.

Негативну кореляцію між MSPSS і MIES ($r = -0.46$, $p < 0.05$), яка підкреслює вплив соціальної підтримки на зниження рівня моральної травми.

Дані свідчать, що військовослужбовці з високим рівнем соціальної підтримки (MSPSS) мають нижчі показники за шкалами PCL-5 і MIES.

Аналіз результатів трьох методик показав, що високий рівень ПТСР виявлений у 36% військовослужбовців, що свідчить про значний вплив бойового досвіду на їхнє психічне здоров'я.

Моральна травма є важливим фактором, який корелює з проявами ПТСР.

Соціальна підтримка виконує захисну роль, знижуючи ризик моральної травми та посттравматичного стресу.

На підсумковому етапі здійснювалася інтерпретація результатів. Результати аналізу були розподілені за кластерами:

1. Взаємозв'язок між рівнем ПТСР (за шкалою PCL-5) і моральною травмою (за шкалою MIES).

2. Вплив соціальної підтримки (за MSPSS) на зменшення симптомів ПТСР.

За результатами проведених досліджень зроблені наступні висновки та рекомендації.

Високий рівень моральної травми значно корелює з високим рівнем симптомів ПТСР, особливо в групі з низькою соціальною підтримкою.

Соціальна підтримка є важливим буфером, який допомагає знижувати негативний вплив травматичних подій. Отримані дані фактично узгоджуються з результатами сучасних досліджень. Передумовою виникнення моральної травми може стати велику кількість подій.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2

В результаті проведеного дослідження прояву посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військовослужбовців, що включало використання методик PCL-5, MIES та MSPSS, були отримані результати, які свідчать, що у 36% військовослужбовців виявлено високий рівень ПТСР, внаслідок значного впливу бойового досвіду на психічне здоров'я.

Найпоширенішими симптомами були нав'язливі спогади (Cluster B) та гіперпильність (Cluster E), які спостерігались у більшості військовослужбовців із високими показниками.

За результатами MIES, 24% респондентів мали високий рівень моральної травми. Найчастіше виявлялися почуття провини за власні дії та свідчення морально неправильних дій інших осіб.

Було виявлено сильну позитивну кореляцію між рівнями ПТСР та моральної травми ($r = 0.68$, $p < 0.01$), що вказує на взаємозв'язок між цими феноменами.

Військовослужбовці з високим рівнем соціальної підтримки за MSPSS (40%) демонстрували значно нижчі показники ПТСР та моральної травми.

Негативна кореляція між MSPSS і рівнями ПТСР ($r = -0.52$) та моральної травми ($r = -0.46$) підтверджує роль соціальної підтримки як захисного чинника.

У військовослужбовців із високим рівнем моральної травми та низьким рівнем соціальної підтримки спостерігалися найвищі показники ПТСР.

Соціальна підтримка значно впливала на здатність військовослужбовців долати психологічні наслідки травматичних подій.

В результаті проведеного дослідження виявлені фактори ризику, до яких можна віднести низький рівень соціальної підтримки та тривалий вплив бойових дій та моральних дилем.

Результати дослідження підкреслюють важливість комплексного підходу до реабілітації військовослужбовців, який включає роботу з моральними дилемами та забезпечення соціальної підтримки.

Дані дослідження можуть бути використані для розробки програм психологічної допомоги, орієнтованих на подолання ПТСР та моральної травми, з акцентом на посилення соціальних зв'язків.

Ці висновки демонструють, що ПТСР у військовослужбовців є багатофакторним феноменом, який потребує інтегрованого підходу для ефективного подолання його наслідків.

РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЮ З МОРАЛЬНОЮ ТРАВМОЮ ТА СИМПТОМАМИ ПТСР

3.1. Розробка й впровадження корекційної програми для роботи з моральною травмою та симптомами ПТСР

Прояви ПТСР у військовослужбовців, на мою думку, не обмежуються тільки критеріями визначеними в Довіднику. Військовослужбовці під час перебування на війні отримують, так би мовити, “комплексну травму”, яка супроводжується не тільки смертю або загрозою смерті, а й проявами моральної травми, що проявляється в емоційному переживанні (емоції сорому, провини, огиди, смутку).

Як показало дослідження, здійснена в рамках написання даної кваліфікаційної роботи, питому вагу травмуючих події військовослужбовці визначила, як моральна травма.

З огляду на вищевказана корекційна програма повинна врахувати такий стрес-фактор військовослужбовців, як моральна травма, та сприяти та допомагати їм відновити свій психологічний стан.

При цьому розробка корекційної програми повинна прийнятною для роботи з симптоми ПТСР, які ускладненні саме отриманою моральною травмою військовослужбовцем.

Безшейко В.Г. у дослідженні “Психологічні інтервенції при посттравматичних стресових розладах із коморбідними психічними порушеннями з акцентом на покращення якості життя” зробив висновок, що використання короткострокової модифікованої когнітивно-поведінкової терапії дозволило поліпшити стан пацієнта із клінічно значимим зниженням балів за шкалою оцінки симптомів ПТСР [6, с.10].

Найефективнішою вважається духовно-інтегрована когнітивно-поведінкової терапія, яка містить такі сесії:

Вступ, моральна травма та доцільність використання духовно-орієнтованої когнітивно-процесуальної терапії; значення події та духовність; духовні ресурси; цінність, уважність, співпереживання; виклики та духовний дистрес; співпереживання та вирішення проблем; прощення та ціннісні переконання; самооцінка та її зростання; влада, контроль та духовні розбіжності; інтимність та духовне партнерство; безпека та посттравматичне зростання.

Mindfulness — це психологічний підхід, заснований на практиці усвідомленості, який спрямований на розвиток здатності повністю зосереджуватися на теперішньому моменті без осуду чи оцінювання. Цей підхід часто використовують у психотерапії, медитації та для роботи зі стресом, тривожними станами, ПТСР та моральною травмою.

До основних принципів Mindfulness відноситься фокусування на теперішньому моменті. Замість обмірковування минулого чи турбот про майбутнє, Mindfulness сприяє зосередженню на "тут і зараз".

Прийняття своїх думок, почуттів і відчуттів без критики чи засудження, тобто неоцінювальне сприйняття.

Ще один із основних принципів Mindfulness, є спостереження за собою, який передбачає усвідомлення своїх емоцій, реакцій тіла, дихання та думок.

Самоприйняття, як один із принципів, включає в себе розвиток співчуття до себе, навіть у складних емоційних ситуаціях.

Mindfulness у роботі з ПТСР та моральною травмою ефективно допомагає працювати із симптомами ПТСР та моральної травми, до яких відноситься: нав'язливі думки; емоційна дисрегуляція; відчуття провини чи сорому; підвищена збудливість; проблеми зі сном.

Ця техніка сприяє зниженню рівня стресу, покращує контроль над емоціями та допомагає знизити інтенсивність травматичних спогадів.

До ключових технік Mindfulness відносять усвідомлене дихання, сканування тіла, спостереження за думками та робота з емоціями.

Усвідомлене дихання це зосередження на кожному вдиху та видиху, відстеження руху повітря в тілі. Допомагає стабілізувати емоційний стан і зменшити тривожність.

Сканування тіла відбувається у вигляді поступового зосередження уваги на різних частинах тіла, починаючи з голови і рухаючись до ніг. Допомагає усвідомлювати фізичні відчуття та зв'язок між тілом і розумом.

Спостереження за думками відбувається шляхом уявлення своїх думок, як хмар на небі, які пропливають повз, не затримуючись. Спостереження за думками розвиває здатність дистанціюватися від негативних думок.

Робота з емоціями також полягає в усвідомленні емоцій у теперішньому моменті, визначення їхніх проявів у тілі. Прийняття своїх емоцій без намагання їх змінити.

У повсякденному житті застосування Mindfulness відбувається намаганням особи усвідомлення своїх дій протягом дня: їжі, прогулянки, виконання роботи та зниження автоматичної реактивності на подразники.

Наприклад, практику усвідомленого дихання можна провести на протязі 5 хвилин. Для цього необхідно зручно сісти, заплющити очі або сфокусуватися на одній точці. Всю увагу направити на своє дихання, намагатися відчувати, як повітря входить у ніздрі, рухається до легенів, а потім повільно виходить. Думки, якщо виникають, не відганяйте їх, а просто відзначите їх ("думки є") і повернутися до дихання. Подовжувати спостерігати за кожним вдихом і видихом.

Для практичного застосування мною розроблена програма для роботи з моральною травмою та симптомами ПТСР під назвою "Психологічна корекція моральної травми у осіб з симптомами ПТСР".

Метою програми є зменшення інтенсивності проявів моральної травми та симптомів ПТСР через роботу з почуттями провини, сорому та самоприйняття.

Цільову групу складають особи, які пережили морально травматичні ситуації (військовослужбовці, ветерани). Однак ця програма може бути

використана і для іншої групи осіб, таких як працівники поліції, медики, цивільні, постраждалі внаслідок травматичних подій та інш.)

Тривалість програми становить 5 тижнів, та передбачає проведення по 1 заняття (сесії) на тиждень тривалістю 90–120 хвилин.

Завдання програми є покращення усвідомлення учасниками своїх емоцій та станів, пов'язаних із травматичним досвідом. Зниження інтенсивності почуттів провини та сорому через техніки емоційної регуляції. Розвиток навичок самоприйняття та самоспівчуття. Формування нових моделей поведінки та стратегії адаптації у повсякденному житті. Забезпечення ресурсів для емоційного відновлення та стійкості.

Структура програми складається з 4 етапів: діагностичний, психоедукції, корекційно-розвивальний та завершальний.

На першому етапі проводиться оцінка рівня моральної травми та симптомів ПТСР. Рекомендовано застосування методів діагностики опитувальник PCL-5 (Перелік симптомів ПТСР) та Шкала моральної травми (Moral Injury Scale), а також клінічне інтерв'ю.

На цьому етапі результатом є формування індивідуального плану роботи для кожного учасника.

Другий етап “Психоедукація” включає в себе надання інформації про ПТСР, моральну травму та її вплив на психіку. Доведення до учасників програми інформації проводиться у формі лекції-розповіді за темами: “Що таке моральна травма та ПТСР?”; “Механізми виникнення провини та сорому”, “Роль емоцій у процесі травматизації”. На цьому етапі доречно використовувати техніки у вигляді лекції, групові обговорення, робота з метафорами.

Третій етап корекційно-розвивальний, включає в себе проведення заняття по роботі з провинною та соромом.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), техніка "переписування сценарію" дозволить пропрацювати із травматичними спогадами.

Техніка "переписування сценарію" — це психотерапевтичний підхід, який використовується для роботи з травматичними спогадами, негативними

переконаваннями або деструктивними моделями поведінки. Цей метод ґрунтується на ідеї, що пережитий досвід можна "переписати" шляхом створення нових, більш адаптивних інтерпретацій та емоційних реакцій.

Техніка "переписування сценарію" є синтезом кількох підходів і не можна встановити авторство однієї людини. Вона є популярною через свою універсальність та ефективність у роботі з травмами, тривогою і внутрішніми конфліктами.

Ця техніка виникла на основі кількох психотерапевтичних підходів, основні ідеї якої базуються на напрацюваннях таких методів:

Нарративна терапія (Narrative Therapy). У 1980-х роках австралійськими психотерапевтами Майклом Уайтом (Michael White) і Девідом Епстоном (David Epston) розроблений цей підхід, який фокусується на ідеї, що люди створюють історії про своє життя. "Переписування сценарію" ґрунтується на їхньому принципі "редагування" історій для створення нової, позитивної інтерпретації.

Техніка переписування сценарію перегукується з методом когнітивної реконструкції, розробленим Аароном Беком (Aaron Beck). Вона своєю метою має роботу з автоматичними думками, що виникають під впливом травматичних подій, і зміну їх на більш адаптивні.

Психодрама (Psychodrama). Техніка схожа на ідеї Якоба Морено (Jacob Moreno), творця психодрами. У психодрамі пацієнти розігрують життєві ситуації, щоб опрацювати емоції і знайти нові способи поведінки.

Дослідження Бессел ван дер Колк (Bessel van der Kolk) і Пітер Левін (Peter Levine) також вплинули на розвиток таких технік, вони мали напрацювання над методами інтеграції травматичних спогадів у контекст позитивного досвіду.

Основу техніки складає сценарій. Сценарій — це образна реконструкція певної ситуації з минулого, яка викликала травматичний досвід, тривогу або деструктивні емоції. "Переписування" передбачає внесення змін у цей сценарій на когнітивному, емоційному та символічному рівнях.

Метою техніки є змінити сприйняття травматичного досвіду, зменшити його вплив на теперішнє життя, при цьому сформувавши більш позитивне ставлення до подій.

Дана техніка має певні етапи. На першому етапі переписування сценарію відбувається ідентифікація первинного сценарію.

Клієнт описує ситуацію, яка викликає сильні негативні емоції. Визначаються ключові аспекти сценарію (учасники, контекст, емоції, переконання). Після цього психолог разом із клієнтом робить аналіз, в якому приділяється увага і акцент на переконання та емоції, що були закладені в результаті цієї ситуації. Результатом аналізу є визначення обмежуючих переконань або моделі поведінки.

Другим етапом є створення нового сценарію. Клієнту запропонується створити альтернативний сценарій, у якому він/вона реагує інакше або ситуація закінчується позитивно. До нового сценарію можуть бути внесені нові персонажі, події або символи, які надають клієнту відчуття контролю, сили чи зцілення.

Третім етапом техніки “переписування сценарію” є переживання нового сценарію. Дозволити клієнту активно прожити новий сценарій, фокусуючись на позитивних емоціях та відчуттях. Це проживання відбувається за допомогою уяви.

Завершальним етапом є закріплення результатів. На данному етапі необхідно з учасником обговорити емоції, які виникли під час "переписування". Завдання психолога, допомогти клієнту інтегрувати новий сценарій у сучасне життя.

Техніка “переписування сценарію” застосовується в роботі з травмами (у рамках терапії ПТСР), усунення обмежуючих моделей поведінки (страх спілкування, уникнення конфліктів).

На третьому та четвертому занятті доцільно здійснити вправи з розвитку навичок емоційної регуляції.

Техніки: Mindfulness, дихальні вправи, техніки візуалізації.

Вправа "Ресурсне дихання" поєднує елементи усвідомленого дихання та спрямованої уваги, що допомагає знизити рівень тривоги, покращити здатність фокусуватися та зміцнити почуття безпеки.

Для її застосування необхідно використовувати тихе місце, де учасник може сісти або лягти в комфортній позі. Обов'язково повинно бути спокійне середовище без зовнішніх подразників. Вправа "Ресурсне дихання" передбачає виконання в декілька етапів: фокус на диханні, уявлення ресурсу, заземлення, інтеграція, повернення до реальності.

Під час проведення даної техніки інструктувати учасника про необхідність звернення уваги на дихання, тіло, деталізувати ресурсного місця.

За допомогою даної техніки відбувається зменшення тривоги та напруги; підвищення здатності бути "тут і зараз"; розвиток почуття безпеки та ресурсу для подолання стресу.

Ця техніку дозволяє варіації в залежності від потреб учасника, додавши елементи візуалізації, а також адаптацію до його культурного чи емоційного контексту.

Техніка візуалізації "Безпечне місце" підходить для роботи з людьми, які мають симптоми ПТСР або перебувають у стані стресу. Метою техніки є створення внутрішнього відчуття спокою та безпеки; зниження тривожності та емоційної напруги; сформувати позитивного уявного "ресурсу", який клієнт може використовувати у стресових ситуаціях.

Виконання відбувається в декілька етапів. На етапі вступу пропонується учаснику сісти у зручній позі, заплющити очі або сфокусувати погляд на одній точці. На другому етапі відбувається створення уявного простору. Після проходження процесу створення уявного простору відбувається занурення у візуалізацію. Після цього етапу повинно відбутися фіксація відчуттів. На останньому етапі треба повернути учасника до реальності. Завершення техніки це рефлексія. Учаснику пропонується здійснити процес осмислення власних думок, емоцій, поведінки або пережитого досвіду, допомогти інтегрувати переживання, оцінити їх вплив і зробити висновки для подальшого саморозвитку.

В роботі з військовослужбовцями, які мають гостру тривогу або флешбеки техніка “Безпечне місце” допоможе відновити емоційний баланс у складних ситуаціях та навчитися самостійно управляти стресом.

У випадку складнощів у учасника уявити безпечне середовище через минулі травми, цю практику можна адаптувати, здійснивши заміну “безпечного місця” на “ресурсне місце” .

Наступне заняття доцільно присвятити роботі з травматичними спогадами. Метою цього заняття є допомогти учаснику розібрати механізми формування травматичних спогадів та зрозуміти, як вони впливають на емоційний стан і поведінку. Учасникам у лекції необхідно розкрити та донести природу формування травматичних спогадів, відмінність травматичних спогадів від звичайних (емоційна насиченість, нав’язливість, фізіологічні реакції). Розкрити роль мозкових структур в травматичних спогадах. Мигдалеподібне тіло – активатор страху та тривоги. Гіпокамп – труднощі в упорядкуванні спогадів. Префронтальна кора – зниження контролю над реакціями. А також висвітлити поняття “замороженої пам’яті” (коли спогади “застряють” у мозку без переробки).

Знання впливу травматичних спогадів на психіку та тіло є важливим, оскільки учасники повинні розуміти як постійне відтворення травматичної події через флешбеки, кошмари, емоційні тригери викликають фізіологічні реакції, у вигляді тахікардія, пітливість, тремтіння. А також мають соціальні наслідки, такі як уникнення подій або людей, асоційованих із травмою.

Під час практичної роботи з травматичними спогадами необхідно дотримуватися принципів безпеки, поступовості та підтримки терапевта або групи підтримки.

В корекційну програму була включена техніка Десенсибілізації та репроцесуалізації рухом очей (EMDR). У відповідності до Наказу МОЗ України від 13.12.2023 № 2118 “Про організацію надання психосоціальної допомоги населенню” затверджений Перелік методів психотерапії з доведеною ефективністю . До цього переліку внесений такий метод EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), що підтверджує його ефективність

роботи з травматичними спогадами та іншими психологічними розладами, пов'язаними зі стресом. Це психотерапевтичний метод, розроблений Франсін Шапіро у 1987 році та заснований на активації природних механізмів мозку для переробки травматичної інформації через використання двосторонньої стимуляції, найчастіше у вигляді рухів очей. Основним принципом методу є травматичний досвід та його наслідки. Травматичні події часто зберігаються в пам'яті в нефункціональному вигляді (фрагментовані спогади, нав'язливі образи), що викликає психологічний дистрес.

EMDR допомагає активувати адаптивну обробку інформації, інтегруючи травматичні спогади в нормальний життєвий контекст.

Двостороння стимуляція, яка відбувається під час терапії (пацієнт виконує серію рухів очей (зазвичай слідкує за пальцем терапевта), слухає ритмічні звуки або відчуває тактильні імпульси) активує обидві півкулі мозку, сприяючи переробці травматичних спогадів. Пацієнт фокусується на травматичній події та пов'язаних з нею думках, почуттях чи тілесних відчуттях, одночасно виконуючи рухи очей. Це допомагає зменшити інтенсивність дистресу та формує нові, адаптивні уявлення про травму.

Етапи EMDR включає в себе оцінку готовності пацієнта, вибір цільового спогаду, використання двосторонньої стимуляції, репроцесуалізацію та інтеграцію.

Терапевт визначає, чи готовий пацієнт працювати з травматичними спогадами, і забезпечує стабілізацію емоційного стану за потреби.

Пацієнт згадує травматичну подію, яка викликає дистрес, і визначає ключові компоненти (образи, думки, емоції, фізичні відчуття).

Терапевт починає сесії з рухами очей або іншими методами стимуляції, поки пацієнт концентрується на травматичному спогаді.

Травматична подія поступово набуває менш дистресуючого характеру, а пацієнт формує нові позитивні переконання.

Після репроцесуалізації спогад інтегрується у пам'ять, не викликаючи інтенсивного емоційного дистресу.

Ефективність EMDR

Дослідження показали, що EMDR є високоефективним методом для лікування ПТСР.

EMDR рекомендований ВООЗ як один із найбільш ефективних методів терапії посттравматичного стресового розладу.

Методика допомагає зменшити симптоми генералізованої тривожності, соціальної фобії. EMDR сприяє переробці негативних переконань, пов'язаних із травматичними подіями. Метод використовується для зниження психосоматичного болю, пов'язаного із травмою.

До переваги застосування EMDR відноситься швидке зниження дистресу. EMDR дозволяє досягти суттєвого покращення в меншій кількості сесій порівняно з іншими методами. Не потребує детального обговорення травми. Пацієнт концентрується на внутрішніх переживаннях, що може бути менш стресовим.

Універсальність цього метода пов'язана з тим, що метод підходить для різних типів травматичних переживань.

Однак, EMDR має недоліки, цей метод не підходить для осіб із серйозними когнітивними порушеннями чи нестабільним емоційним станом. А також ефективність EMDR значно залежить від рівня підготовки спеціаліста.

Десенсибілізація та репроцесуалізація рухом очей (EMDR) є ефективним методом для роботи з посттравматичним стресовим розладом та іншими травматичними станами. Цей підхід дозволяє активувати природні механізми переробки травматичних спогадів, сприяючи емоційному одужанню та відновленню психічного здоров'я.

В корекційній програмі необхідно присвятити час формуванню адаптивних моделей поведінки.

Для досягнення цієї цілі доречно використати практики планування майбутнього та інтеграції здобутих знань та навичок у життя.

Техніка "Щоденна інтеграція", техніка "План дій на кожен день" , "Карта ресурсів" має меті за допомогою аркушу паперу та ручки скласти карту особистих ресурсів, які можуть допомогти у складних ситуаціях.

Метою є розробка персоналізованого плану інтеграції отриманих знань у повсякденне життя. Це нескладні вправи та техніки, за умови виконання їх на постійній основі, дозволять значно покращити життя учасника з травматичними спогадами.

Обираючи одну з вивчених технік (наприклад, "Безпечне місце", "Контейнеризація", "Реконструкція сценарію"), учасники письмово складають "план дій" із 3 кроків: Коли я використаю цю техніку? Як я це зроблю? Що мені потрібно для успіху? можна застосувати цю техніку у конкретних життєвих ситуаціях (стрес на роботі, конфлікт у сім'ї, тригери спогадів).

На завершальному 4 етапі корекційної програми повинно відбуватися діагностика учасника та закріплення отриманих навичок і підготовка до самостійного використання технік. Очікуваний результат від проходження корекційної програми полягає у володінні учасники програми техніками емоційної регуляції, знижені інтенсивності прояву симптомів ПТСР. Для оцінки ефективності програми учасникам пропонується пройти діагностичні тести PCL-5, Moral Injury Scale. І здійснити аналіз результатів цих тестів до і після програми. На завершальному етапі необхідно підготувати та вручити індивідуальні рекомендації учасникам.

Зворотний зв'язок учасників, аналіз змін у поведінці та емоційному стані дозволить оцінити програму на якість.

В даній програмі інноваційні підходи застосовані з використання елементів арт-терапії для вираження емоцій; інтеграція технік майндфулнес для стабілізації стану; впровадження групових вправ для зміцнення соціальних зв'язків.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3

У розділі 3 було представлено розробку корекційної програми "Психологічна корекція моральної травми у осіб з симптомами ПТСР", спрямовану на роботу з посттравматичним стресовим розладом .

Програма ґрунтується на сучасних теоретичних підходах і практичних методах, включаючи Mindfulness, техніки самоспівчуття, дихальні вправи, візуалізацію та EMDR-терапія. Вона має адаптивний характер, що дозволяє враховувати специфіку цільової аудиторії, особливості їхнього емоційного стану та рівень соціальної адаптації.

Корекційна програма базується на ключових принципах:

Індивідуальний підхід, що враховує потреби й особливості кожного учасника.

Системність і комплексність, яка охоплює когнітивний, емоційний і поведінковий аспекти проявів ПТСР.

Емпатія та безоціночне сприйняття, які створюють безпечне середовище для клієнтів.

У результаті роботи над програмою було досягнуто чітке визначення цілей та завдань кожного етапу корекції.

Підбір відповідних методів і технік для роботи з різними аспектами ПТСР, зокрема із симптомами тривоги, порушеннями сну та соціальними труднощами.

Адаптація практик для забезпечення ефективності в різних контекстах, зокрема для військовослужбовців.

Розроблена програма підкреслює важливість інтеграції наукових досліджень у практичну діяльність психолога, що сприяє підвищенню її ефективності. Застосування цієї програми може слугувати основою для реабілітації осіб з ПТСР, а також для подальших досліджень у цій сфері.

ВИСНОВКИ

У цій магістерській роботі було досліджено прояви посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та моральної травми у військовослужбовців, а також роль соціальної підтримки в їх подоланні. На основі теоретичного аналізу та проведеного емпіричного дослідження сформувано висновки, що підкреслюють важливість комплексного підходу до психологічної реабілітації військових.

Посттравматичний стресовий розлад є одним із найпоширеніших психологічних станів, що виникають у військовослужбовців після участі в бойових діях. До основних симптомів належать нав'язливі спогади, флешбеки, гіперпильність, емоційна ізоляція та труднощі в соціальній адаптації.

Моральна травма, яка виникає через порушення етичних або моральних принципів, є тісно пов'язаною з ПТСР, але має свої унікальні прояви, включаючи почуття провини, сорому та зради. Цей феномен вимагає окремого дослідження, оскільки його вплив на психічне здоров'я часто недооцінюється.

Підтримка з боку сім'ї, друзів та значущих інших є ключовим ресурсом для подолання травматичних наслідків. Соціальна підтримка сприяє зниженню рівня стресу, покращує емоційний стан та сприяє більшій ефективності реабілітації.

У 36% респондентів виявлено високий рівень ПТСР. Найпоширенішими симптомами є нав'язливі спогади та гіперпильність.

У 24% військовослужбовців діагностовано високий рівень моральної травми. Найчастіше це пов'язано з почуттям провини за власні дії або спостереженням морально неправильних вчинків інших.

Кореляційний аналіз показав сильний взаємозв'язок між рівнями ПТСР та моральної травми ($r = 0.68$, $p < 0.01$). Це свідчить про необхідність роботи з моральними дилемами під час терапії.

40% респондентів продемонстрували високий рівень соціальної підтримки, що значно знижує інтенсивність проявів ПТСР і моральної травми.

Негативна кореляція між рівнем соціальної підтримки та ПТСР ($r = -0.52$) підтверджує, що підтримка оточення допомагає зменшити психологічний дистрес.

Результати дослідження вказують на необхідність розробки реабілітаційних програм, які включають:

Роботу з травматичними спогадами (наприклад, EMDR-терапія).

Опрацювання моральних дилем за допомогою когнітивно-поведінкової терапії та арттерапії.

Залучення сім'ї та друзів до процесу реабілітації для посилення соціальної підтримки.

Підготовка військовослужбовців до можливих моральних конфліктів через тренінги етичної стійкості.

Впровадження психологічної допомоги в бойових умовах для зменшення ризику моральних та психологічних травм.

Залученість соціальних ресурсів полягає у створенні груп підтримки для військових та їхніх сімей, які сприяють соціальній інтеграції та адаптації до мирного життя.

Посттравматичний стресовий розлад та моральна травма є серйозними викликами для психічного здоров'я військовослужбовців. Соціальна підтримка відіграє ключову роль у подоланні наслідків травми, зменшуючи її негативний вплив. Результати дослідження підтверджують важливість комплексного підходу до реабілітації, який включає психологічну допомогу, опрацювання моральних дилем та залучення соціальних ресурсів. Виявлені закономірності можуть бути використані для вдосконалення програм психологічної допомоги, спрямованих на підтримку військовослужбовців і ветеранів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алещенко В. І. Посттравматичний стрес військовослужбовців– учасників бойових дій: психологічний аналіз. Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Військово-спеціальні науки. Київ, 2015. Вип.1 (32). С. 5–10.
2. Арттерапевтична реабілітація військовослужбовців: техніки відновлення:метод. Посіб./за редакцією Тетяни Курганської-К.: ТОВ “7БЦ”, 2024. -264 с.
3. Бабаян Ю.О., Грішман Л. О. Особливості психологічної готовності військовослужбовців до дій в екстремальних умовах. Психологічні науки: збірник наукових праць. — 2014. — Випуск 2.13 (109). — С. 17– 21.
4. Беберашвили З., Джавахишвили Д., Табагуа С. Травма, її природа та шляхи зцілення/ переклад Нацвлишвили Н., Саакашвили Н.,- Тбілісі,- 2021- С.19.
5. Безшейко В.Г. Адаптація шкали для клінічної діагностики ПТСР та опитувальника «Перелік симптомів ПТСР» для української популяції. Психосоматична медицина та загальна практика. Т. 1, № 1, 30–31
6. Безшейко В. Г. Психологічні інтервенції при посттравматичних стресових розладах із коморбідними психічними порушеннями з акцентом на покращення якості життя.Архів психіатрії. 2016. Т.22, №2 (85) с. 7-10.
7. Блінов О.А. Психологія бойової психічної травми: монографія / О. А. Блінов. – К. : Талком, 2016. – 246 с. 8.
8. Бойовий та оперативний стрес у військово-професійній діяльності офіцерів-лідерів: збірник матеріалів науково-практичного семінару (м. Київ, 27 квітня 2023 р.). Київ: НУОУ імені Івана Черняхівського, 2023. 23-29 с
9. Васильєв С. П., Зубовський Д. С. Психодіагностика посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. Український психологічний журнал: зб. наук. пр. КНУ імені Тараса Шевченка. Київ, 2016. №1. С. 6-16. (міжнародна наукометрична база: Index Copernicus International)

10. Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи: матеріали VII Міжнародної науково-практичної конференції – К.: КНУ імені Тараса Шевченка 2022. – 30-33 с.
11. Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю. Наукове видання – К.: КНУ ім.. Тараса Шевченка. – Київ: ВИДАВНИЦТВО, 2016. - 126 с
12. Войтенко О. В., Психологічні особливості симптомів ПТСР в учасників бойових дій. Автори: кандидат психологічних наук, доцент кафедри психології МАУП Психологія. Науковий журнал. . <http://medpsychology.pp.ua/symptomiv-pt%C2%B7sr-v-uchasnykiv-bojovykh-diy>
13. Гордовська Т.І. Конструкт моральної травми та його концептуальний зміст. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки». Херсон. 2021. №4. С. 7–16.
14. Гриб А. Є. Посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців – учасників бойових дій. Психологія. Науковий журнал. Автор: докторант МАУП
15. Гоуг Чарльз. Одного разу воїн — воїн назавжди. Як повернутися до звичного життя після бойових дій/пер. з англ. Ольга Корнюшина. — К.: Наш Формат, 2024. — 352 с.
16. Гунько Б. А. Посттравматичний стресовий розлад – в розрізі часу. Вісник Вінницького національного медичного університету. 2015. Т. 9. № 1. С. 216–219.
17. Довідник діагностичних критеріїв DSM-5-TR від Американської психіатричної асоціації/пер. З англ. О. Лизак, М.Прокопович, О.Антонишин. Львів: Видавництво “Компанія “Манускрипт”, 2024.-592 с.
18. Засекіна Л., Козігора М. Крос-культурна адаптація та стандартизація шкали симптомів моральної травми. Психологічні перспективи: наук. збірник. Луцьк. 2022. Вип. 39. С. 139–152.
19. Зубовський Д. С. Становлення науково-психологічного уявлення про позитивні особистісні зміни в результаті впливу психотравмуючих подій. Вісник

Національного університету оборони України : зб. наук. пр. Київ : НУОУ, 2017. Вип.1 (48). С. 91–97.

20. Козігора М. А. Психологічні особливості прояву моральної травми під час воєнного конфлікту : дис. на здобуття наук. ступеня доктора філософії : 053 Психологія / Козігора Марія Анатоліївна. - Луцьк, 2023. - 215 с.

21. Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Олійник В.О. Теоретичні основи посттравматичного зростання військовослужбовців – учасників бойових дій : метод. посіб. К. : ТОВ «7БЦ», 2023. 148 стор. 24-28

22. Кокун О.М., Лозінська Н.С., Пішко І.О., Олійник В.О. Посттравматичне зростання військовослужбовців -учасників бойових дій. Частина 1. Теоретичні основи. Методичний посібник./О.М.Кокун, І.О.Пішко, Н.С.Лозінська, В.О. Олійник.- Київ: “Центр учбової літератури”, 2024.-52 с.

23. Кокун О., Агаєв Н., Пішко І., Лозінська Н. (2016). Особливості ступеню вияву у військовослужбовців діагностичних індикаторів ПТСР, зумовленого впливом екстремальних чинників бойової діяльності. Проблеми екстремальної та кризової психології. Вип. 20, 84–93.

24. Кокун О., Пішко І., Лозінська Н. (2017). Стресогенні чинники бойової діяльності, що зумовлюють виникнення у військовослужбовців посттравматичних стресових розладів. Проблеми екстремальної та кризової психології. Вип. 22, 143–150.

25. Коструба Н. Психічне здоров'я військовослужбовців, Волинський національний університет імені Лесі Українки, м. Луцьк, Україна, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3852-4729> Psychological Prospects Journal, Вип. 41, 2023, 120–132.

26. Кудренко О. В. Вплив стрес-факторів бойової обстановки на психіку. /О.В.Кудренко, В.С.Афанасенко // Наука і техніка Повітряних Сил Збройних Сил України. -2018. –Ел. ресурс: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnadpn_2018_1_13.

27. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., 2015,. «Військові стали більш досвідчені та вже чітко розуміють, де ворог, і що треба з цим ворогом робити».с. 44-45, 54-55

28. Колесніченко О. С. Засади бойової психологічної травматизації військовослужбовців : монографія. Х. : ФОП Бровін О.В., 2018. 488 с.
29. Кокур О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Олійник В.О., Хоружий С.М., Ларіонов С.О., Сириця М.В. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами : метод. посіб. К. : 7БЦ, 2023-175 с.
30. Комар З. Психологічна стійкість воїна. Підручник для військових психологів Київ-2017. - 185 с.
31. Кіх А. Ю. Проблеми організації і проведення медикопсихологічної реабілітації військовослужбовців / А. Ю. Кіх, О. М Волянський, О. А. Блінов // Актуальні проблеми психологічної допомоги, соціальної та медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції : матеріали науково-практичної конференції, 3 червня, 2015 р., Київ / Міністерство оборони України, Національний університет оборони України імені Івана Черняхівського. – К.: НУОУ, 2015. – С. 169–171
32. Кравченко К.О., Тімченко О.В., Широбоков Ю.М. Соціально-психологічні детермінанти виникнення бойового стресу у військовослужбовців-учасників антитерористичної операції: монографія. Х.: Вид-во НУЦЗУ, 2017. 256 с.
33. Лесков В., Грязнов І. (2006). Сутність і причини виникнення нервовопсихічних розладів у військовослужбовців після проходження служби в умовах бойових дій. Збірник наукових праць інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України. Т. VIII, Вип. 3, 91–97
34. Малолеткова О. Потрібна нова культура ставлення до ментального здоров'я. URL: <https://ukurier.gov.ua/uk/articles/potribna-nova-kultura-stavlennya-do-...>
35. Мартинова Л.. Ментальне здоров'я: стійкість і вразливість майбутнього. Газета «Здоров'я України» № 3 (66) 2023 р.
36. Марута Н.А. Система диагностических подходов и критериев DSM-5: возможности для специалистов, работающих в сфере психического здоровья\\Журнал «НейроNews: психоневрология и нейропсихиатрия», 2(95)2018, с. 14-18. <https://neuronews.com.ua/ru/archive/2018/2%2895%29/pages-14-18/sistema->

diagnosticheskikh-podhodov-i-kriteriev-dsm-vozmozhnosti-dlya-specialistov-rabotayushchih-v-sfere-psihicheskogo-zdorovya#gsc.tab=0

37. Матяш М.М., Худенко Л.І. Український синдром: особливості посттравматичного стресового розладу в учасників антитерористичної операції\\ Український медичний часопис, 6 (104) – XI/XII 2014

<https://umj.com.ua/uk/publikatsia-81802-ukrainskij-sindrom-osoblivosti-posttravmatichnogo-stresovogo-rozladu-v-uchasnikiv-antiteroristichnoi-operacii>

38. Медична допомога пацієнтам із гострою реакцією на стрес та ПТСР матиме кращі результати — затверджено уніфікований клінічний протокол <https://moz.gov.ua/uk/medichna-dopomoga-paciyentam-iz-gostroyu-reakciyeyu-na-stres-ta-ptsr-matime-krashi-rezultati-zatverdzheno-unifikovaniy-klinichnij-protokol>

39. Моральна травма: невидима епідемія: <https://zbruc.eu/node/113373> (дата звернення 01.10.2024)

40. Мушкевич В. Психологічні чинники переживання стресу військовослужбовцями. Психологічні перспективи, Вип. 34, 2019, 119–136.

41. Неш У. Психометрична оцінка шкали подій моральної шкоди / військова медицина, том 178, випуск 6, червень 2013 г., с. 646–652. <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-13-00017>

42. Охорона психічного здоров'я в умовах війни / пер. з англ. Тетяна Семигіна, Ірина Павленко, Євгенія Овсяннікова [та ін.]. — К. : Наш формат, 2017. — 1068 с. ISBN 978-966-2502-12-1 (електронне видання)

43. Про затвердження Положення про психологічну реабілітацію військовослужбовців Збройних Сил України, які брали участь в антитерористичній операції, під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів): Наказ Міністерства Оборони України від 09.12.2015 №702 / Офіційний сайт Верховної Ради України. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z0237-16/card2#Card>

44. Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації»: Наказ Міністерство охорони здоров'я

- України від 19 липня 2024р. №1265 URL:
<https://www.dec.gov.ua/mtd/posttravmatychnyj-stresovyj-rozlad/>
45. Психологічний супровід військовослужбовців, спрямований на психологічну реабілітацію постстресових психічних розладів. Розділ 3 : метод. посіб. / Н. В. Павлик. – Київ, 2020. – 92 с.
46. Психологія бою: діяльність командира підрозділу щодо підтримання морально-психологічного стану особового складу в ході бойових дій: навчально-методичний посібник/ А.М. Романишин, О.В. Бойко, Д.В. Богородицький «та ін.». - Львів: НАСВ, 2015. - 322 с.
47. Подолання бойового стресу та його психологічних наслідків. — Київ: «Центр учбової літератури», 2023. — 68 с.
48. Посттравматичний стресовий розлад: посібник / Венгер О.П., Ястремська С.О., Рега Н.І. та ін.. Тернопіль : ТДМУ, 2016. 264 с.
49. Пузирьов Є.В. Ізвеков В.В. Бойовий стрес та його наслідки для військовослужбовців. Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія. Том 34 (73) № 1 2023.-203-208 с.
50. Рекомендації щодо ведення осіб із посттравматичним стресовим розладом \\\ Журнал «НейроNews: психоневрологія и нейропсихиатрия», 3(104)' 2019, с 39-43.
<https://neuronews.com.ua/ua/archive/2019/3%28104%29/pages-39-43/rekomendaciyi-shchodo-vedennya-osib-iz-posttravmatichnim-stresovim-rozladom-#gsc.tab=0>
51. Романовська Д.Д. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти. Навчальний посібник. – Чернівці : Технодрук, 2014. – 133 с.
52. Романишин А. Психологія бою. Видавництво : Астролябія. 2022, 336 с.
53. Стаднік І.В., Мушкевич М.І. Психологічні особливості переживання посттравматичного стресового розладу (ПТСР) учасниками зони антитерористичної операції (АТО). Психологія: реальність і перспективи : зб. наук. пр. Рівненського державного гуманітарного університету. – Рівне: РДГУ, 2015. – Вип. 4. – С. 244-248.
54. Сельє Г. Стресс без дистресса. URL : <http://lib.ru/PSIHO/SELYE/distree.txt>

55. Сойлі Пойюла. Книга ПТСР. Робочий зошит. Ефективні методики подолання симптомів травматичного стресу. Видавництво Ростислава Бурлаки— 2023, 528с.
56. Стратегія психотерапії комплексного ПТСР / О. Сиропятов et al. *Traditional medicine and pharmacology. Achievements, innovations, and alternatives*. 2021. P. 277–292. URL: <https://doi.org/10.46299/isg.2021.mono.med.ii-277-292>
57. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / О. Л. Туриніна. – К.: ДП “Вид. дім “Персонал”, 2017. – 160 с. – Бібліогр.: с. 149–159.
58. Федотова Т. В. Моральний дистрес & моральна травма особистості: теоретичний дискурс проблеми. Наукові перспективи (Серія «Державне управління», «Право», «Економіка», «Медицина», «Педагогіка», «Психологія»). Вип. № 12 (30). 2022. С. 529–543.
59. Філатова О.А., Ломакін Г.І. Вікові та життєві кризи у колишніх учасників бойових дій та стратегії їх подолання. Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. Психологія. - 2014. - Вип. 48. - С. 255-266
60. Хміляр О. Ф., Зубовський Д.С. Посттравматичний стресовий розлад: особливості діагностики та проявів у учасників антитерористичної операції Технології розвитку інтелекту. Київ, 2016. № 3 (14). Вип. 2 (міжнародна наукометрична база: Index Copernicus International, Scholar Google). URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/tri_2016_2_3_6
61. Хорошієв Д., Девятка О. Посттравматичний стресовий розлад, спричинений бойовими діями в Україні як проблема державного масштабу: збірник тез Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю (16 квітня 2024 року) / упор. д.ю.н., проф. Ю.Ю. Козар. Ужгород – Рівне: ДЗ «ЛДМУ», 2024. с. 241-246. <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/67682/1/%D0%B7%D0%B1%D1%96%D1%80%D0%BD%D0%B8%D0%BA%20%283%29.pdf>
62. Євсюков О., Куфлієвський А., Лебедев, Д. та ін. (2007). Екстремальна психологія : підручник / за ред. О. В. Тімченка. К. : ТОВ «Август Трейд».

63. Чабан О.С., Хаустова О.О., Омелянович В.Ю.. Психічні розлади воєнного часу. Монографія — К.: Видавничий дім Медкнига, 2023. — 232 с. «Молодий вчений». № 12 (124) .
64. Чорна В., Серебреннікова О., Коломієць, В., Гозак, С., Єлізарова, О., Рибінський, М., Ангельська, В., Павленко, Н. Посттравматичний стресовий розлад під час повномасштабної війни у військовослужбовців. Молодий вчений, (2023).12 (124), 28-39.
65. Фісунов А. Посттравматичний синдром: прихована загроза. Видавець ТОВ «Український тиждень», Київ 22.12.2022. с.32-34.
66. Шайхлісламов З. Р., Ковтун А. С. Особливості впливу бойового стресу на психологічну підготовку військовослужбовців в умовах бойових дій. № 3 (2023): Науковий вісник Ужгородського національного університету. Видавничий дім «Гельветика» 2023. 142-145. <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2023.3>
67. *Що треба знати про посттравматичний стресовий розлад.* URL: <https://moz.gov.ua/uk/kilkist-pacientiv-zi-vstanovlenim-diagnozom-ptsr-v-ukraini-zrostaе-scho-treba-znati-pro-posttravmatichnij-stresovij-rozlad>
68. Шапар В. Б. Сучасний тлумачний психологічний словник. — Х.: Прапор, 2007.— 640 с.
69. Що важливо знати про психічне здоров'я? | Центр громадського здоров'я. Центр громадського здоров'я України | МОЗ. URL: <https://phc.org.ua/news/scho-vazhливо-znati-pro-psikhichne-zdorovya>
70. Як залишитися собою під час війни та після. Практики психофізичного здоров'я воїна. / А. Бережанський, С. Грилюк. — Київ: Видавничий дім «С В А Р О Г», 2024. —376 с.
71. Brett T. Litz a,b, Moral injury and moral repair in war veterans: A preliminary model and intervention strategy /Clinical Psychology Review 29 (2009) 695–706
72. Shay J. Moral injury. Psychoanalytic Psychology. 2014. Vol. 31 (2). P. 182–191. https://www.sheldonthub.org/usercontent/sitecontentuploads/3/92D00AA2F618149F979A1277D0033657/moral_injury-shay.pdf

73. Currier Joseph M. Initial Psychometric Evaluation of the Moral Injury Questionnaire-Military Version Clinical Psychology and Psychotherapy Clin. Psychol. Psychother. 22, 54–63 (2015) <https://www.researchgate.net/publication/256490405>

КОРЕКЦІЙНА ПРОГРАМА

ДЛЯ РОБОТИ З МОРАЛЬНОЮ ТРАВМОЮ ТА СИМПТОМАМИ ПТСР

Загальна характеристика програми:

Назва програми: *"Психологічна корекція моральної травми у осіб з симптомами ПТСР"*.

Мета програми: Зменшення інтенсивності проявів моральної травми та симптомів ПТСР через роботу з почуттями провини, сорому та самоприйняття.

Цільова група: Особи, які пережили морально травматичні ситуації (військові, медики, цивільні, постраждалі внаслідок травматичних подій).

Тривалість програми: 5 тижнів (1 сесія на тиждень, тривалістю 90–120 хвилин).

Завдання програми:

Покращення усвідомлення учасниками своїх емоцій та станів, пов'язаних із травматичним досвідом. Зниження інтенсивності почуттів провини та сорому через техніки емоційної регуляції. Розвиток навичок самоприйняття та самоспівчуття. Формування нових моделей поведінки та стратегії адаптації у повсякденному житті. Забезпечення ресурсів для емоційного відновлення та стійкості.

Структура програми складається з етапів:

Етап 1. Діагностичний

Заняття 1.

Мета: Оцінка рівня моральної травми та симптомів ПТСР.

Методи:

Опитувальник PCL-5 (Перелік симптомів ПТСР).

Шкала моральної травми (Moral Injury Scale).

Клінічне інтерв'ю.

Очікуваний результат: Формування індивідуального плану роботи для кожного учасника.

Етап 2. Психоедукація

Заняття 2.

Мета: Надання інформації про моральну травму та її вплив на психіку.

Теми: Що таке моральна травма та ПТСР?

Механізми виникнення провини та сорому.

Роль емоцій у процесі травматизації.

Техніки: Лекції, групові обговорення, робота з метафорами.

Етап 3. Корекційно-розвивальний

Заняття 3. Робота з провинною та соромом.

Техніки: когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), техніка "переписування сценарію".

ТЕХНІКА "ПЕРЕПИСУВАННЯ СЦЕНАРІЮ"

Учасникам програми пояснюється порядок застосування даної техніки. Основу техніки складає сценарій. Сценарій — це образна реконструкція певної ситуації з минулого, яка викликала травматичний досвід, тривогу або деструктивні емоції. "Переписування" передбачає внесення змін у цей сценарій на когнітивному, емоційному та символічному рівнях.

Метою техніки є змінити сприйняття травматичного досвіду, зменшити його вплив на теперішнє життя, при цьому сформувавши більш позитивне ставлення до подій.

Дана техніка має певні етапи. На першому етапі переписування сценарію відбувається ідентифікація первинного сценарію.

Клієнт описує ситуацію, яка викликає сильні негативні емоції. Визначаються ключові аспекти сценарію (учасники, контекст, емоції, переконання). Після цього психолог разом із клієнтом робить аналіз, в якому приділяється увага і акцент на переконання та емоції, що були закладені в результаті цієї ситуації. Результатом аналізу є визначення обмежуючих переконань або моделі поведінки.

Другим етапом є створення нового сценарію. Клієнту пропонується створити альтернативний сценарій, у якому він/вона реагує інакше або ситуація закінчується позитивно. До нового сценарію можуть бути внесені нові персонажі, події або символи, які надають клієнту відчуття контролю, сили чи зцілення.

Третім етапом техніки "переписування сценарію" є переживання нового сценарію. Дозволити клієнту активно прожити новий сценарій, фокусуючись на позитивних емоціях та відчуттях. Це проживання відбувається за допомогою уяви.

Завершальним етапом є закріплення результатів. На данному етапі необхідно з учасником обговорити емоції, які виникли під час "переписування". Завдання психолога, допомогти клієнту інтегрувати новий сценарій у сучасне життя.

ТЕХНІКА "РОБОТА З ТІЛОМ"

Мета: Допомогти учасникам відновити контакт із тілом, зменшити фізичну напругу. Зниження рівня тривожності та стресу. Підвищення обізнаності про тілесні відчуття. Поліпшення зв'язку між тілом і свідомістю. Розвиток здатності перебувати в теперішньому моменті.

Підготовка до виконання техніки.

Місце: тихе місце, де ніхто не потурбує.

Час: 10-30 хвилин для практики.

Положення тіла: Зручна поза сидячи або лежачи. Якщо учасник сидить, спина має бути прямою, а руки розслаблені. Якщо лежить, руки можна покласти вздовж тіла або на живіт.

Одяг: Повинен бути зручний, щоб нічого не обмежувало рухів і дихання.

Покроковий опис вправи:

1. Початок: розслаблення та налаштування. Запропонувати учаснику закрити очі або зосередити погляд на одній точці, якщо не хочете заплющувати очі. Зробіть кілька глибоких вдихів через ніс і видихів через рот. Зосередьтеся на відчутті, як повітря наповнює легені і повільно виходить.

Дозвольте своєму тілу розслабитися, відчуваючи, як напруга поступово зникає.

2. Переміщення уваги по тілу. Запропонувати почати із верхівки голови. Зосередитися на відчуттях у цьому місці: це може бути тепло, прохолода, легке поколювання чи навіть відсутність відчуттів. Повільно переміщуйте увагу до обличчя: лоб, очі, щоки, щелепу. Відмічати будь-які напружені місця. Якщо учасник знайде напруження, дозвольте йому зменшитися. Перейдіть до шиї, плечей та рук. Скануйте кожну частину тіла, звертаючи увагу на фізичні відчуття. Продовжуйте переміщати увагу до грудей, спини, живота. Зверніть увагу на ритм дихання та відчуття в цих частинах тіла. Перемістіть фокус на стегна, ноги, щиколотки та стопи. Зверніть увагу, чи є напруга, важкість або легкість.

3. Розв'язання напруги. Якщо ви відчуваєте напругу або дискомфорт у певній ділянці, уявіть, як кожен вдих наповнює це місце розслабленням, а з кожним видихом напруга залишає тіло.

4. Завершення. Дійшовши до стоп, відчуйте своє тіло цілком, ніби ви скануєте його ще раз, але вже повністю, зверху донизу. Поверніть свою увагу до дихання. Зробіть кілька глибоких вдихів і видихів. Поступово відкрийте очі або змініть фокус уваги. Відчуйте спокій і розслабленість. Поради для ефективної практики:

Не оцінюйте: Намагайтеся не оцінювати відчуття як "хороші" чи "погані". Просто спостерігайте за ними.

Не поспішайте: Виділіть достатньо часу для кожної частини тіла.

Регулярність: Для досягнення результатів практикуйте вправу щодня або кілька разів на тиждень.

Адаптація: Якщо спочатку важко зосередитися, зменште тривалість вправи до 5 хвилин і поступово збільшуйте час.

Користь: Покращення усвідомленості та концентрації. Зменшення напруги в тілі.

Зниження рівня стресу та тривожності. Покращення сну. Загальне підвищення психологічного благополуччя.

Ця вправа підходить як для початківців, так і для тих, хто вже практикує техніку усвідом

ВПРАВА "СКАНУВАННЯ ТІЛА" (це техніка усвідомленості, яка допомагає зосередитися на тілесних відчуттях, розслабитися та відновити зв'язок між розумом і тілом. Вправа корисна для зниження стресу, покращення сну, заспокоєння розуму та розвитку усвідомленості).

Мета вправи: Усвідомлення відчуттів у тілі. Зниження рівня напруги та тривожності. Розслаблення і зняття стресу. Підвищення зв'язку між тілом і свідомістю. Поліпшення концентрації та зосередженості.

Час виконання: 10–30 хвилин.

Місце: Тихе, комфортне місце, де ніхто не потурбує.

Положення: Зручна поза — лежачи на спині або сидячи з прямою спиною.

Одяг: Вільний, щоб нічого не обмежувало рухів і не створювало дискомфорту.

Покрокова інструкція:

1. Початок: налаштування.

Позиція: Лежачи на спині або сидячи, очі заплющені (за бажанням).

Дихання: Кілька глибоких вдихів і повільних видихів. Відчутти, як тіло розслабляється з кожним видихом.

Налаштування уваги: Дозволити зосередитися на теперішньому моменті. Відкласти всі думки та турботи.

2. Початок сканування: від голови до п'ят.

Голова та обличчя: Сфокусуйте увагу на верхівці голови. Відчуйте шкіру, м'язи обличчя, лоба, щелепи. Помітьте, чи є напруга, та свідомо розслабте ці м'язи.

Шия та плечі: Перемістіть увагу до шиї та плечей. Відчуйте, як напруга або тяжкість поступово зникають.

Руки: Проскануйте кожну руку від плечей до кінчиків пальців. Відчуйте тепло, тяжкість або легкість у цих частинах тіла.

Груди та живіт: Зосередьтеся на диханні. Відчуйте, як піднімаються й опускаються груди. Помітьте, чи є напруження в животі.

Спина: Приділіть увагу спині. Відчуйте дотик поверхні до тіла або будь-які відчуття вздовж хребта.

Стегна та ноги: Перейдіть до стегон і поступово рухайте увагу вниз, до колін, щиколоток і стоп. Відчуйте контакт стоп із поверхнею.

3. Завершення сканування

Повторне відчуття тіла: Зосередьтеся на відчутті всього тіла як єдиного цілого. Відчуйте, як тіло взаємодіє з поверхнею, на якій ви лежите чи сидите.

Дихання: Зробіть кілька глибоких вдихів і видихів, дозволяючи собі повернутися до реальності.

Поступове завершення: Поступово відкрийте очі та порухайте пальцями рук і ніг, щоб повернутися до активності.

Поради для ефективного виконання. Не оцінювати відчуття, спостереження за відчуттями у тілі без оцінки чи аналізу. Переходити від однієї частини тіла до іншої повільно, щоб повністю відчути кожну ділянку. Якщо увага відволікається, м'яко поверніть її до тіла.

Регулярність: виконання вправи щодня або кілька разів на тиждень для досягнення результатів.

Перевагами вправи є фізичне розслаблення, зменшення напруження в м'язах, емоційне заспокоєння, зниження тривожності та покращення настрою.

Поліпшення сну: Підготовка до глибокого та спокійного сну.

Розвиток усвідомленості: Підвищення здатності жити в теперішньому моменті.

Покращення загального самопочуття.

Ця вправа підходить для будь-кого, хто хоче навчитися краще розуміти своє тіло, знижувати стрес і підтримувати психічну рівновагу.

Заняття 4. ТЕХНІКА ДЕСЕНСИБІЛІЗАЦІЇ ТА РЕПРОЦЕСИНГУ РУХАМИ ОЧЕЙ (EMDR).

Метою цієї техніки є зниження емоційного впливу травматичних спогадів, допомогти клієнту їх переосмислити та інтегрувати в життєвий досвід.

Виконання техніки відбувається поетапно. На етапі підготовки психолог пояснює клієнту суть методу. EMDR базується на двосторонній стимуляції (рух очей або інші ритмічні рухи), яка допомагає обробити травматичні спогади.

Після пояснення визначаються ресурси клієнта (внутрішні чи зовнішні) для підтримки в разі інтенсивних емоцій.

Визначення травматичного спогаду. Психолог просить клієнта згадати конкретну травматичну подію. Клієнт описує, які образи, думки, почуття та тілесні відчуття виникають під час згадування.

Після визначення травматичного спогаду необхідно встановити негативні і позитивні переконання. Негативне переконання: що клієнт думає про себе, пов'язуючи це зі спогадом (наприклад: "Я безсилий"). Позитивне переконання: як клієнт хотів би сприймати себе замість цього ("Я сильний і можу впоратися").

Стимуляція (рухи очей або інші методи). Психолог просить клієнта стежити за його пальцями або іншими предметами, що рухаються горизонтально, одночасно концентруючись на спогаді. Кожна сесія стимуляції триває 20-30 секунд. Після кожного циклу клієнт повідомляє про зміни у відчуттях або думках.

Обробка спогаду відбувається шляхом продовженням психологом сесії стимуляції, поки спогад не стає менш емоційно насиченим, а клієнт не відчуває нове, позитивне переконання.

На етапі закріплення клієнт зосереджується на позитивному переконанні ("Я сильний") і інтегрує його через додаткові сесії стимуляції.

Завершується виконання техніки перевіркою стану клієнта, використовуються техніки заземлення, щоб повернути його в "тут і зараз".

Необхідно записати результати для подальшого прогресу.

ТЕХНІКА "ВДЯЧНІСТЬ ТІЛУ" (є способом практикувати усвідомленість і позитивне ставлення до власного тіла. Вона спрямована на розвиток прийняття, зниження критичності та формування вдячності за ті функції, які виконує наше тіло щодня. Ця техніка допомагає встановити гармонію між

тілом і розумом, що особливо корисно в умовах стресу чи після травматичних переживань).

Домашнє завдання: Щоденне сканування тіла перед сном.

Мета техніки: Розвивати усвідомлене прийняття свого тіла. Покращити емоційний стан через практику вдячності. Зменшити рівень внутрішньої критики. Сформувані позитивний зв'язок із власним тілом.

Тривалість: 10–20 хвилин.

Місце: Зручне, спокійне місце, де ніхто не потурбує.

Положення: Сядьте або ляжте в комфортній позі, де тіло буде повністю розслабленим.

Покрокова інструкція:

1. Початок: налаштування

Розслаблення: Закрийте очі або зосередьте погляд на одній точці. Зробіть кілька глибоких вдихів і видихів, відчуйте, як тіло розслабляється.

Зосередженість: Зверніть увагу на своє дихання. Відчуйте, як воно входить і виходить, допомагаючи вам зануритися в теперішній момент.

2. Усвідомлення тіла

Почніть із верхівки голови й поступово переміщуйте увагу вниз по всьому тілу.

Звертайте увагу на кожен частину тіла, зокрема: Обличчя, шию, плечі. Руки, груди, спину. Живіт, стегна, ноги та стопи. Помічайте будь-які відчуття: тепло, легкість, тяжкість або навіть відсутність відчуттів.

3. Висловлення вдячності до кожної частини тіла.

Зупиняючись на кожній частині, подумки подякуйте їй за виконувани функції. Наприклад:

"Дякую моїм очам за те, що вони дозволяють мені бачити цей світ."

"Дякую моїм ногам за те, що вони підтримують мене щодня."

"Дякую моєму серцю за те, що воно безперервно працює, даруючи мені життя."

Продовжуйте так до кінчиків пальців ніг.

4. Прийняття та любов

Якщо ви помітили частину тіла, яка викликає дискомфорт або не виконує свої функції так, як би вам хотілося, спробуйте висловити їй вдячність за те, що вона все одно є частиною вас. Наприклад: "Я вдячний/-а своєму хворому коліну за те, що воно допомагає мені рухатися, навіть якщо йому важко."

Дозвольте собі прийняти тіло таким, яким воно є, з усіма його сильними та слабкими сторонами.

4. Завершення.

Поверніться до відчуття всього тіла як єдиного цілого. Усвідомте, як багато ваше тіло робить для вас щодня. Зробіть кілька глибоких вдихів і видихів, відчуйте вдячність у серці. Повільно відкрийте очі або змініть фокус уваги. Ви можете усміхнутися собі, відчуваючи спокій і задоволення.

Користь техніки: Розвиток позитивного ставлення до тіла. Зниження рівня тривожності та стресу. Підвищення самооцінки та впевненості. Формування гармонії між тілом і свідомістю. Покращення загального емоційного стану.

Поради: Виконувати техніку регулярно, щоб посилити її ефект. Бути чесними та щирими під час висловлення вдячності. Не оцінюйте своє тіло критично, фокусуйтеся на тому, що воно вже робить для вас.

ТЕХНІКА "СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА ДУМКАМИ"

Мета: Розвинути здатність усвідомлювати та дистанціюватися від негативних думок.

Активності:

Лекція: "Як працює розум: чому думки здаються реальними?"

Вправа: "Потік думок" (уявлення своїх думок як хмар, що пропливають повз).

Робота в парах: Обговорення найчастіших думок і реакцій на них.

Домашнє завдання: Записувати 3 думки, що викликали сильні емоції, і працювати з ними за технікою "потік думок".

Техніка "Емоційна регуляція через дихання"

Мета: Навчити регулювати сильні емоції через техніки дихання.

Активності:

Вправа: "Дихання 4-7-8" (вдих на 4 секунди, затримка на 7 секунд, видих на 8 секунд).

Техніка: Усвідомлене спостереження за відчуттями під час дихання.

Групова рефлексія: Як дихання впливає на стрес?

Домашнє завдання: Виконувати техніку "Дихання 4-7-8" 3 рази на день.

"РОБОТА З ПРОВИНОЮ ТА СОРОМОМ"

Мета: Допомогти учасникам усвідомити та прийняти почуття провини та сорому.

Лекція: "Чому ми відчуваємо провину і сором?"

Вправа: "Лист прощення" (написання листа собі чи іншій людині для відпускання емоцій).

Групова підтримка: Діалог про важливість самоприйняття.

Домашнє завдання: Завершити "Лист прощення" вдома та перечитати його в спокійній атмосфері.

Етап 4. Завершальний

Заняття 5. Мета: Закріплення отриманих навичок і підготовка до самостійного використання технік.

Методи:

Рефлексія: обговорення досягнень.

Планування дій на майбутнє.

Вручення індивідуальних рекомендацій.

Очікуваний результат: Учасники програми володіють техніками емоційної регуляції, мають знижену інтенсивність симптомів ПТСР.

Оцінка ефективності програми:

Кількісна оцінка: Порівняння результатів діагностичних тестів до і після програми (PCL-5, Moral Injury Scale).

Якісна оцінка: Зворотний зв'язок учасників, аналіз змін у поведінці та емоційному стані.

**Опитувальник для самодіагностики симптомів посттравматичного
стресового розладу (PCL-5)"**

Інструкція:

Будь ласка, оцініть, наскільки сильно ви відчували наведені симптоми за останній місяць, використовуючи шкалу:

- 0 = Зовсім ні
- 1 = Трохи
- 2 = Помірно
- 3 = Сильно
- 4 = Дуже сильно

Позначте відповідь для кожного твердження.

Частина 1: Нав'язливі спогади та повторення (Cluster B)

1. Ви мали небажані, нав'язливі спогади про травматичну подію?
2. Чи виникали у вас неприємні сни про подію?
3. Ви відчували, ніби подія відбувається знову (наприклад, у вигляді флешбеків)?
4. Ви відчували сильні емоції (страх, гнів, сором) у відповідь на тригери, що нагадували про подію?
5. Ви відчували фізичні реакції (серцебиття, пітливість) на тригери, що нагадували про подію?

Частина 2: Уникання (Cluster C)

1. Ви намагалися уникати спогадів, думок або почуттів, пов'язаних із подією?
2. Ви уникали ситуацій або місць, які нагадують про подію?

Частина 3: Негативні зміни в мисленні та настрої (Cluster D)

1. Ви відчували труднощі у згадуванні важливих деталей події?
2. Ви мали надто негативні переконання про себе, інших або світ (наприклад, "Я поганий", "Світу не можна довіряти")?
3. Ви звинувачували себе або інших у тому, що сталося?
4. Ви часто мали сильні негативні емоції (страх, гнів, провину, сором)?
5. Ви втратили інтерес до діяльності, яка раніше приносила задоволення?

6. Ви відчували себе віддаленим або відокремленим від інших?

7. Ви відчували труднощі з позитивними емоціями (наприклад, радістю чи задоволенням)?

Частина 4: Збудження та реактивність (Cluster E)

1. Ви відчували дратівливість або спалахи гніву?

2. Ви поводитися ризиковано чи необережно?

3. Ви були надмірно насторожені або пильні?

4. Ви легко лякалися?

5. Ви мали труднощі з концентрацією?

6. Ви відчували труднощі зі сном (проблеми із засинанням, часті пробудження або неспокійний сон)?

Обробка результатів.

Підрахунок загальної суми балів:

Складіть бали для всіх 20 тверджень. Максимальний бал — 80.

33 бали і більше можуть свідчити про ПТСР (рекомендовано звернутися до фахівця).

Аналіз окремих кластерів:

- Cluster B: Питання 1–5 (максимум 20 балів).
- Cluster C: Питання 6–7 (максимум 8 балів).
- Cluster D: Питання 8–14 (максимум 28 балів).
- Cluster E: Питання 15–20 (максимум 24 бали).

Високі бали в окремих кластерах вказують на специфічні аспекти ПТСР, які можуть вимагати цільового втручання.

Загальний результат.

Сума балів для всіх 20 тверджень дозволяє оцінити загальний рівень симптомів ПТСР.

Менше 33 балів: Низький рівень симптомів або їхня відсутність.

33 і більше балів: Висока ймовірність наявності ПТСР. Рекомендується консультація з психологом або психіатром.

Самоналіз за кластерами симптомів дозволить детально оцінити, які аспекти посттравматичного стресового розладу (ПТСР) мають найбільший вплив

на респондента. Це допоможе сприяти визначенню домінуючих симптомів, моніторингу динаміки симптомів, формуванню індивідуального підходу до корекції.

Етичні зауваження:

Опитувальник не є остаточним діагностичним інструментом. Для точного діагнозу необхідна консультація кваліфікованого психіатра або психолога.

Якщо після проходження опитувальника респондент відчуває емоційний дискомфорт, рекомендується звернутися до спеціаліста.