

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВАДИМА ГЕТЬМАНА**

**Факультет управління персоналу, соціології та психології
Кафедра педагогіки та психології**

**ОСВІТНЬО-ПРОФЕСІЙНА ПРОГРАМА «ЕКОНОМІЧНА ТА
СОЦІАЛЬНА ПСИХОЛОГІЯ»**

Галузь знань 05 Соціальні та поведінкові науки
Спеціальність 053 Психологія

Форма навчання: очна (денна, заочна)

КВАЛІФІКАЦІЙНА БАКАЛАВРСЬКА РОБОТА

на тему: **«Особливості прояву посттравматичного стресового розладу у
військовослужбовців Сил оборони України»**

здобувачки Кручик Софії Анатоліївни

(підпис)

Наукова керівниця: Музичко Людмила Володимирівна
доцент, канд. психол. наук

(підпис)

**Робота допущена до захисту перед Екзаменаційною
комісією (ЕК) з атестації здобувачів вищої освіти**

Завідувачка кафедри: _____
(науковий ступінь, учене звання, ПІБ)

(підпис)

Київ 2026

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВАДИМА ГЕТЬМАНА**

Факультет управління персоналу, соціології та психології

Кафедра педагогіки та психології

Освітньо-професійна програма «Економічна та соціальна психологія»

галузь знань 05 Соціальні та поведінкові науки

спеціальність 053 Психологія

ПОГОДЖЕНО

Керівник проектної групи (гарант)
освітньо-професійної програми

Ліна КОЛЕСНІЧЕНКО

(підпис)

2025 р.

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри
Завідувач кафедри педагогіки
та психології

Марина АРТЮШИНА

(підпис)

2025 р.

ІНДИВІДУАЛЬНЕ ЗАВДАННЯ

студентці Кручик Софії Анатоліївни

денної форми навчання

на підготовку кваліфікаційної бакалаврської роботи
на тему: «Особливості прояву посттравматичного стресового розладу у
військовослужбовців Сил оборони України».

Тему затверджено наказом ректора Університету №1732 від 27 жовтня 2025 р.

Бакалаврська дипломна робота виконується на матеріалах вітчизняних та зарубіжних
вчених, статичних даних, а також Інтернет-джерелах з теми дослідження.

План бакалаврської дипломної роботи

Розділ 1	Теоретичні основи дослідження посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військовослужбовців.
Розділ 2	Емпіричне дослідження проявів ПТСР у військовослужбовців Сил оборони України.
Об'єкт дослідження:	Явище посттравматичного стресового розладу.
Предмет дослідження:	Особливості прояву посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців СОУ.

Мета бакалаврської дипломної роботи:	Виявити особливості прояву посттравматичного стресового розладу військовослужбовців з різним статусом участі в бойових діях.
---	--

Конкретні завдання, які студент повинен виконати для досягнення поставленої мети:

У розділі 1.	Здійснити теоретичний аналіз наукової літератури з проблеми ПТСР та діагностичних критеріїв його прояву у військовослужбовців.
У розділі 2	Емпірично дослідити особливості прояву ПТСР у комбатантів, які наразі беруть участь у бойових діях та тих, хто не бере участі впродовж року.

**Завдання підготував
науковий керівник**

Л.В. Музичко

(підпис)

(ініціали, прізвище)

«1 листопада» 2025 р.

Завдання одержав студент

(підпис)

(ініціали, прізвище)

«1 листопада» 2025 р.

Реферат

Кваліфікаційна робота бакалавра складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг роботи становить 73 сторінки. Текст роботи містить 4 рисунки, 17 таблиць. Список використаних джерел включає 37 найменувань. У роботі представлено 5 додатків (А, Б, В).

Об'єкт дослідження — явище посттравматичного стресового розладу

Предмет дослідження — особливості прояву посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців з різним статусом участі в бойових діях.

Мета дослідження — виявити особливості прояву посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців з різним статусом участі в бойових діях.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичний аналіз наукової літератури з проблеми ПТСР, його діагностичних критеріїв та особливостей прояву у військовослужбовців.
2. Провести емпіричне дослідження особливостей прояву ПТСР у військовослужбовців.
3. Розробити практичні рекомендації щодо психологічної допомоги та реабілітації військовослужбовців.

Методи дослідження. Для розв'язання поставлених завдань використано теоретичні методи (аналіз, узагальнення та систематизація наукових джерел) та емпіричні методи: клінічна шкала CAPS-5, Шкала депресії, тривоги та стресу DASS-21, Шкала сприйнятого стресу PSS-10, а також авторська модифікація шкали інтенсивності бойового досвіду. Математико-статистична обробка даних здійснювалася за допомогою однофакторного дисперсійного аналізу ANOVA, критерію кутового перетворення Фішера та лінійної кореляції Пірсона.

Отримані результати. У результаті дослідження емпірично верифіковано та доведено гіпотезу про наявність значущих відмінностей у проявах ПТСР залежно від актуальності бойового досвіду. У військовослужбовців, які беруть безпосередню участь в активних бойових діях, зафіксовано суттєво вираженішу та гострішу клінічну симптоматику: важкі та екстремальні рівні ПТСР охоплюють майже половину вибірки бійців передової. Встановлено лінійний вплив тривалого психотравмувального досвіду сучасної високотехнологічної війни на зростання показників тривожності й гіперпильності. Виявлено феномен специфічної когнітивної адаптації комбатантів, за якої критичний рівень психоемоційної декомпенсації поєднується із суб'єктивно помірними балами стресу через сприйняття екстремальних навантажень як повсякденного професійного тла.

За допомогою якісного аналізу клінічних випадків деталізовано специфіку кумулятивної травми та структуру посттравматичних реакцій у військовослужбовців після тривалого перебування в полоні, де симптоматика зміщується на кластери уникання та негативних когніцій, виявляючись у фрагментарності пам'яті, емоційному онімінні й десенсибілізації до теми смерті. На основі отриманих результатів розроблено диференційований комплекс практичних рекомендацій для військових психологів на первинному етапі роботи, що включає програми психоосвіти, експрес-техніки дихальної саморегуляції та заземлення для стабілізації startle-рефлексу, м'які арт-терапевтичні інтервенції для осіб із досвідом ізоляції та алгоритми супроводу поранених за принципом «рівний-рівному».

В і д г у к

про кваліфікаційну бакалаврську роботу
здобувача факультету Управління персоналом, соціології та психології
освітньо-професійної програми «Економічна та соціальна психологія»

Кручик Софії Анатоліївни

на тему: **«Особливості прояву посттравматичного стресового розладу у
військовослужбовців Сил оборони України».**

Актуальність дослідження зумовлена безпрецедентними та екстремальними викликами, з якими стикається українське суспільство та безпосередньо військовослужбовці Сил оборони в умовах повномасштабної війни. Тривала дія надкритичних психотравмувальних чинників, безпосередня загроза життю, інтенсивні бойові навантаження та перебування в зоні бойових дій суттєво виснажують адаптаційний потенціал психіки, створюючи передумови для маніфестації посттравматичних стресових станів. Тема є надзвичайно своєчасною та практично значущою, оскільки вона фокусується на диференційованому аналізі структури ПТСР, коморбідних станів (депресії, тривоги, стресу) та рівня сприйнятого стресу у військовослужбовців із різним ступенем залученості до бойових дій, що є критично важливим для побудови систем та протоколів подальшої психологічної реабілітації, декомпресії та супроводу комбатантів.

Позитивними рисами роботи є: теоретичний аналіз, у якому системно узагальнено класичні та сучасні підходи до розуміння феноменології ПТСР (у розрізі діагностичних критеріїв DSM-5), психологічних наслідків бойової психічної травми та специфіки військового стресу в працях вітчизняних і закордонних науковців; високий рівень методологічної обґрунтованості емпіричного інструментарію, що виявилось у використанні надійного комплексу методів (клінічне інтерв'ю CAPS-5, шкалу DASS-21, опитувальник PSS-10, а також модифіковану шкалу бойового досвіду (на основі Combat Exposure Scale Т. Кіна), яку було релевантно адаптовано до умов новітньої архітектури війни (враховано специфіку загрози повітряних безпілотних систем (FPV-дронів) та наземних роботизованих комплексів (НРК)); глибокий аналіз індивідуальних випадків (case-study), представлені в роботі клінічні профілі респондентів демонструють високу професійну компетентність здобувачки як практичного психолога, здатність бачити за сухими статистичними балами живу людину, її адаптаційні ресурси та декомпенсаційні механізми; якісна математико-статистична обробка даних, здійснена за допомогою сучасного софту – коректно перевірено дані на нормальність розподілу, застосовано однофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA), критерій кутового перетворення Фішера та коефіцієнт кореляції

Пірсона, що дозволило виявити тонкі закономірності (зокрема, зафіксувати «гостре клінічне ядро» важких станів через критерій Фішера, попри схожість загального хронічного стресового тла в групах).

Цінність теоретичних висновків та практичних рекомендацій полягає в поглибленні розуміння психологічної структури бойової травми; доведенні ролі інтенсивності бойового досвіду як прогностичного маркера розвитку симптомів інтрузії, уникання та негативних змін у когніціях та настрої; розробленні диференційованих рекомендацій для військових психологів. Запропоновані авторкою мікрокроки для стабілізації емоційних станів, техніки заземлення, робота з флешбеками та когнітивними викривленнями є готовим прикладним інструментарієм для фахівців, які здійснюють медико-психологічну реабілітацію та супровід військовослужбовців і ветеранів.

Як побажання для подальших наукових пошуків, можна відзначити доцільність подальшого розширення обсягу емпіричної вибірки з метою перевірки виявлених закономірностей у військовослужбовців різних родів військ (піхота, артилерія, оператори БПЛА) та з різним досвідом перебування на передовій. Окрім цього, перспективним вбачається використання лонгітюдного методу для відстеження динаміки відновлення адаптаційного потенціалу військових на етапі переходу до цивільного життя (реадаптації).

Перевірка тексту кваліфікаційної роботи на відповідність вимогам академічної доброчесності за допомогою системи StrikePlagiarism показала такі результати: КП1 = 1,11% та КП2 = 0,00% (показники в межах норми).

Робота відповідає вимогам, що висуваються до кваліфікаційних бакалаврських робіт, і заслуговує на високу оцінку.

Наукова керівниця
доцентка, канд. психол. наук

“05” червня 2026 р.

_____ Л.В. МУЗИЧКО

ЗМІСТ

ВСТУП

РОЗДІЛ 1	ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ (ПСТР) У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ	
1.1.	Поняття, історія вивчення та діагностичні критерії ПТСР.....	12
1.2.	Особливості психотравмуючих факторів у військовослужбовців Сил оборони України.....	20
1.3.	Психологічні особливості адаптації та резильєнтності військовослужбовців у бойових та небойових умовах.....	25
	Висновки до розділу 1.....	28

РОЗДІЛ 2	ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВІВ ПТСР У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ СИЛ ОБОРОНИ УКРАЇНИ	
2.1.	Вибірка та методика емпіричного дослідження проявів ПТСР у військовослужбовців СОУ.....	31
2.2.	Аналіз та інтерпретація отриманих результатів.....	38
2.3.	Якісний аналіз та інтерпретація окремих клінічних випадків.....	48
2.4.	Рекомендації щодо реабілітації військовослужбовців із проявами ПТСР.....	51
	Висновки до розділу 2.....	53

ВИСНОВКИ

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

ДОДАТКИ

ВСТУП

Актуальність теми. Дослідження особливостей прояву посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військовослужбовців Сил оборони України набуває виняткової актуальності в умовах повномасштабного вторгнення. Тривала та інтенсивна участь у бойових діях, а також нові типи військових загроз, як-от використання FPV-дронів, наземних роботизованих комплексів (НРК) тощо, кардинально змінюють психотравмуючий досвід. На відміну від бойових дій минулого, де техніка була переважно великою та помітною, сучасні загрози часто є непомітними, швидкими та такими, що створюють відчуття неможливості контролю ситуації, оскільки військовослужбовець не може уразити ціль або уникнути її. Це призводить до переживання безпорадності та відчуття неминучої загибелі, що посилює психотравмуючий вплив.

Існуючі дослідження, проведені на основі досвіду минулих воєн, не можуть повною мірою врахувати специфіку сучасних бойових дій та їхній вплив на психіку. Наслідки ПТСР виходять далеко за межі психічного здоров'я окремої особи, впливаючи на сім'ї військовослужбовців та суспільство в цілому. Після повернення великої кількості військових додому, може виникнути серйозний виклик для суспільства, оскільки цивільне населення часто не розуміє досвіду та переживань ветеранів. Прояви розладу, зокрема інтрузивні симптоми (мимовільні спогади, нічні жахи, флешбеки) та імпульсивні реакції, можуть призвести до неконтрольованої агресії, що становить загрозу як для самих військовослужбовців, так і для їхнього оточення.

Теоретичний аналіз проблеми ПТСР базується на фундаментальних працях закордонних дослідників, серед яких варто відзначити Б. ван дер Колка, який досліджував нейробіологічні механізми травми та вплив стресу на фізіологічний стан організму; Дж. Герман, яка обґрунтувала концепцію комплексного ПТСР та розробила етапи психологічного відновлення; Ф. Шапіро, розробницю методу десенсибілізації та переробки травми рухами

очей як одного з найбільш ефективних протоколів для комбатантів, а також Р. Єгуду, яка присвятила праці вивченню біологічних маркерів стресу та епігенетичних аспектів передачі травматичного досвіду. Специфіку прояву та корекції ПТСР безпосередньо у військовослужбовців Сил оборони України активно досліджують вітчизняні вчені, зокрема: О. Кокун, який вивчає психологічне забезпечення боєздатності та життєздатність військових; І. Приходько, що аналізує особливості функціонування психіки в екстремальних умовах бойової діяльності; О. Чабан, який фокусується на медико-психологічній реабілітації ветеранів та терапії коморбідних станів; Л. Засєкіна, яка досліджує психолінгвістичні маркери травми й формування когнітивного ресурсу, а також С. Гірняк, чії роботи присвячені психосоціальному супроводу комбатантів та їхніх родин у процесі адаптації до мирного життя.

Незважаючи на зростаючий інтерес до цієї теми, в українській психології існує недостатньо наукових робіт, що проводять порівняльний аналіз стану активних учасників бойових дій та військовослужбовців, що виконують бойові завдання в небойових умовах. Таке дослідження допоможе виявити специфіку проявів ПТСР у кожній із груп, що є критично важливим для розробки ефективних програм профілактики, реабілітації та психологічної підтримки.

Мета дослідження: виявити особливості прояву посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців з різним статусом участі в бойових діях.

Завдання дослідження:

4. Здійснити теоретичний аналіз наукової літератури з проблеми ПТСР, його діагностичних критеріїв та особливостей прояву у військовослужбовців.

5. Провести емпіричне дослідження особливостей прояву ПТСР у військовослужбовців.

6. Розробити практичні рекомендації щодо психологічної допомоги та реабілітації військовослужбовців.

Об'єкт дослідження: явище посттравматичного стресового розладу.

Предмет дослідження: особливості прояву посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців з різним статусом участі в бойових діях.

Гіпотеза дослідження: існують відмінності у прояві посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців, які наразі беруть участь в активних бойових діях та військовослужбовців, які не брали участь в бойових діях впродовж року. У перших прояви будуть більш вираженими та гострими порівняно з другими, оскільки їхній психотравмуючий досвід далі продовжується, а також змінюються фази та хід війни.

Для розв'язання поставлених завдань буде використано комплекс **методів дослідження:** теоретичні: аналіз, синтез та узагальнення наукової літератури з проблеми ПТСР, систематизація теоретичних підходів до вивчення проявів ПТСР у військових; емпіричні: анкетування з використанням Шкали оцінки інтенсивності бойового досвіду, Шкали для діагностики ПТСР (CAPS-5), Шкали депресії, тривоги та стресу (DASS-21) та Шкали сприйнятого стресу (PSS-10); статистичні: аналіз показників емпіричної асиметрії та ексцесу, однофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA), критерій кутового перетворення Фішера, кореляційний аналіз за коефіцієнтом Пірсона.

Теоретичне значення: результати дослідження розширюють уявлення про прояви та механізми розвитку ПТСР. Висновки роботи можуть слугувати теоретичною основою для подальших наукових досліджень у галузі військової психології.

Практичне значення: розроблені практичні рекомендації можуть бути використані психологами, психотерапевтами та реабілітологами для створення ефективних програм психологічної допомоги та профілактики ПТСР у військовослужбовців. Результати можуть бути застосовані в роботі військово-медичних установ, центрів реабілітації ветеранів, а також для навчання майбутніх військових психологів.

Структура роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, двох розділів, семи підрозділів, проміжних та прикінцевих висновків, списку використаних джерел, що налічує тридцять сім найменувань, та п'ять додатків. У тексті вміщено шістнадцять таблиць та рисунків рисунків. Основний зміст викладено на сорока п'яти сторінках.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ (ПТСР) У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

1.1. Сучасні підходи до розуміння ПТСР: симптоматика та прояви.

Науковий інтерес до проблеми посттравматичного стресового розладу зумовлений не лише його клінічною складністю, а й масштабним впливом на боєздатність армії та соціальну стабільність суспільства. В умовах повномасштабної агресії росії проти України, де військовослужбовці постійно стикаються з інтенсивною бойовою травмою, загрозою життю, полонем та втратою побратимів, дослідження особливостей прояву ПТСР набуває критичної актуальності.

Історико-ретроспективний аналіз свідчить, що феноменологія психічної травматизації була відома ще з античних часів. Описи психологічних змін у воїнів зустрічаються в «Іліаді» та «Одіссеї» Гомера, проте термінологічна концептуалізація проблеми пройшла тривалу еволюцію. Як зазначає Б. ван дер Колк, трансформація поглядів на природу бойової психічної травми відбувалася паралельно з технічним розвитком засобів ведення війни та зміною домінуючих медичних парадигм — від суто соматичних пояснень до визнання провідної ролі екстремального стресу у зміні нейробіології мозку [1].

Ретроспективний аналіз еволюції наукових поглядів на природу ПТСР дозволяє виділити початковий етап концептуалізації, на якому відбувся перехід від опису симптомів до теоретичного обґрунтування механізмів травми. Фундаментальним кроком стала праця З. Фрейда, де автор висунув гіпотезу про «прорив захисного екрана» психіки під впливом надмірного збудження [3].

Проте ключова роль у клінічному оформленні розладу належить А. Кардінеру, якого вважають першим дослідником, що надав вичерпний опис клінічної картини того, що ми сьогодні називаємо ПТСР. У своїй роботі він запровадив поняття «центрального фізіоневрозу» та вперше виокремив специфічну синдроматику: стійку гіперпильність, фіксацію на обставинах

травми, схильність до спалахів агресії та відхід від реальності. А. Кардінер першим довів, що бойова травма не є суто психологічним переживанням, а «осідає» в тілі, змінюючи фізіологічну реактивність ветерана на довгі роки [4].

Наступним кроком у структуруванні цих симптомів стали дослідження М. Горовіца, який у 1976 році розробив модель «вторгнення-уникнення», пояснивши циклічність травматичних спогадів [5]. Завершальним акцентом цього етапу стала робота Ч. Фіглі (1978), який на прикладі ветеранів В'єтнаму довів, що ПТСР є результатом екстремального стресу, а не особистісної вразливості, що остаточно підготувало ґрунт для офіційного включення діагнозу до міжнародних класифікаторів [6].

Другий етап розвитку наукових підходів характеризується переходом до нейробіологічної та когнітивної парадигм, що дозволило пояснити механізми фіксації травми на рівні функціонування головного мозку. Провідна роль у цьому процесі належить Б. ван дер Колку, який у своїх багаторічних дослідженнях (підсумованих у праці «Тіло веде лік» [1]) довів, що ПТСР є наслідком специфічних змін у роботі лімбічної системи. Зокрема, науковець обґрунтував модель амігдалярної гіперреактивності, згідно з якою «центр страху» (мигдалеподібне тіло) переходить у стан постійної активності, тоді як префронтальна кора втрачає здатність гальмувати ці імпульси, що пояснює миттєві реакції бійців на тригери.

Паралельно з біологічними дослідженнями відбувалося переосмислення когнітивної природи розладу. Е. Елерс та Д. Кларк (2000) запропонували впливову когнітивну модель ПТСР, згідно з якою розлад підтримується особливим способом кодування травматичної пам'яті. Автори довели, що спогади про травму зберігаються у фрагментованому, сенсорному вигляді (образи, звуки, запахи), а не як цілісний наратив, що робить їх легкодоступними для мимовільної активації у формі флешбеків [8].

Важливим кроком у розширенні діагностичних меж стало введення Дж. Герман (1992) концепції комплексного ПТСР (КПТСР). У своїй праці «Психологічна травма та шлях до видужання» вона довела, що тривала,

повторювана травматизація (як-от тривале перебування на передовій або в полоні) спричиняє глибші деформації особистості, ніж одинична стресова подія, впливаючи на систему самоорганізації та емоційної регуляції [7]. Ці напрацювання стали підґрунтям для сучасних класифікаторів МКХ-11 та DSM-5, дозволивши диференціювати складні прояви бойової травми від загальних тривожних станів.

Сучасний етап розвитку наукових підходів до розуміння ПТСР в Україні характеризується поєднанням класичної клінічної бази та аналізу нових викликів, зумовлених повномасштабною війною. У працях О. Чабана та О. Хаустової основна увага приділяється актуальним питанням медико-психологічної допомоги та терапії коморбідних станів, де ПТСР розглядається у тісному зв'язку з депресивними порушеннями та розладами адаптації [10]. Водночас О. Кокун та Н. Агаєв акцентують на важливості врахування специфіки тривалого бойового досвіду, вказуючи, що умови сучасної війни вимагають пролонгованого моніторингу психічного стану бійців через високий ризик відстроченої маніфестації симптомів [9].

Науковий дискурс останніх років, зокрема відображений у монографії за редакцією М. Мушкевич та Р. Федоренко (2025), вказує на необхідність комплексного супроводу не лише самих комбатантів, а й їхніх родин, що свідчить про розширення розуміння травми від індивідуального до системного рівня [11].

Сучасні умови ведення воєнних дій, що характеризуються високою технологізацією та зміною дистанції бойового зіткнення, створюють специфічне стресове навантаження, яке може посилювати окремі кластери симптомів, зокрема гіперпильність та когнітивні порушення. Таким чином, сучасна парадигма розуміння ПТСР інтегрує історичний досвід, нейробіологічні дані та актуальні особливості проходження служби, що зумовлює вибір клінічної шкали CAPS-5 як основного інструменту для подальшої детальної діагностики симптомів розладу.

Особливого значення набуває той факт, що кожна масштабна зміна у стратегіях ведення війни ставала поштовхом для переосмислення діагностичних критеріїв. Це дозволяло науковцям поступово відійти від вузькоспеціалізованих описів «окопних хвороб» до формування універсальної концепції посттравматичного розладу, яка враховує як індивідуальні особливості психіки, так і специфіку бойового середовища. Для візуалізації еволюції цього феномену доцільно розглянути ключові етапи термінологічного становлення цієї проблеми (див. табл. 1.1.1).

Таблиця 1.1.1. Історична еволюція діагностичних концепцій ПТСР у військових конфліктах (XIX-XXI ст.).

<i>Епоха</i>	<i>Діагноз (назва)</i>	<i>Передбачувана етіологія</i>
Громадянська війна в США	«Солдатське серце», «Дратівливе серце», «Ностальгія»	Фізичні ушкодження, туга за домом, недолік характеру.
Перша світова війна	«Шоковий синдром», «Істерія»	Пошкодження нервової системи від артилерійського вогню; пізніше – дефект характеру, істерія.
Друга світова війна	«Бойове виснаження», «Бойова втома»	Психологічна токсичність тривалого бойового впливу.
Війна у В'єтнамі (1960-1975)	«синдром пост-В'єтнамського стресу» (спричинило офіційне визнання ПТСР)	Тривалий вплив стресу, звірства та відсутність соціальної підтримки.
Війни в Іраку та Афганістані	Політравма (поєднання ПТСР та черепно-мозкової травми (ЧМТ)) та коморбідність ПТСР	Переважання мінно-вибухових травм, що призвело до коморбідності ПТСР та ЧМТ (черепно-мозкової травми).
Російсько-українська війна (2014-дотепер)	ПТСР, КПТСР, «Моральна травма»	Висока інтенсивність бойових дій, загроза авіа-, ракетних ударів, FPV, дронів, НРК, тривале перебування під обстрілами.

Важливим етапом у розвитку клінічної психології став вихід МКХ-11, де підхід до класифікації ПТСР було докорінно переглянуто на основі результатів масштабних емпіричних досліджень. Ключову роль у цьому відіграли праці К. Брюїна та А. Майєркера, які очолювали робочу групу ВООЗ. Завдяки їхнім дослідженням було доведено, що ПТСР має специфічну архітектуру

симптомів, яка якісно відрізняється від панічного розладу чи генералізованої тривоги [12]. По-перше, розлад було виведено з розділу тривожних розладів та включено до нової групи «Розлади, безпосередньо пов'язані зі стресом». По-друге, оновлена класифікація, запропонована дослідниками, акцентує увагу на підвищенні специфічності діагностики та виділяє три основні симптоми (інтрузії, уникання, відчуття поточної загрози), що дозволяє чітко диференціювати ПТСР від супутніх станів, таких як депресія чи панічний розлад.

Окремим результатом цих досліджень стала легалізація Комплексного ПТСР (КПТСР) як окремого діагнозу. Завдяки Дж. Герман, яка ще у 1990-х роках обґрунтувала, що тривала, повторювана травматизація (як-от тривале перебування в зоні бойових дій) призводить до глибших порушень «Я-концепції» та регуляції афекту, ніж одиничний стресовий епізод [7].

Для Сил оборони України це уточнення є критичним, оскільки воно дозволяє описати стан військовослужбовців після тривалого перебування на лінії фронту не просто як «тривогу», а як системну ерозію механізмів психологічної адаптації.

У контексті нашого дослідження важливо розрізняти суб'єктів, які можуть переживати ПТСР. Відповідно до положень Проекту Закону України «Про комбатантів України», комбатанти – це особи, які беруть або брали безпосередню участь у бойових діях зі зброєю в руках (наприклад, військовослужбовці штурмових або артилерійських підрозділів), та некомбатанти – особи, які належать до Сил оборони, але виконують допоміжні функції, що не пов'язані з безпосередньою участю в боях (наприклад, медичний персонал, капелани, адміністративний склад) [13]. Ця диференціація є важливою, оскільки комбатанти мають значно вищий ризик впливу на них гострої та пролонгованої бойової травми, хоча обидві групи можуть страждати від ПТСР.

Історично ключовим моментом у розробці теорії ПТСР стало офіційне включення цього розладу до DSM-III у 1980 році. Ця подія була прямим

наслідком зусиль щодо надання допомоги ветеранам війни у В'єтнамі, чий стан було визнано результатом психологічного шоку війни, а не особистої слабкості. Таким чином, розвиток клінічної концептуалізації ПТСР остаточно перейшов від стигматизації до науково обґрунтованої діагностики та соціальної підтримки учасників бойових дій. Варто зауважити, що становлення діагнозу ПТСР супроводжувалося не лише медичними, а й гострими соціально-політичними дискусіями. Окремі критики концептуалізації розладу вказували на ризик використання діагнозу як механізму «морального виправдання» за вчинки, скоєні в умовах дегуманізації бойових дій. Проте офіційне визнання ПТСР дозволило перевести фокус із моралізаторства на об'єктивну клінічну допомогу.

Сьогодні, згідно з критеріями DSM-5, розлад характеризується чотирма основними кластерами симптомів: повторним переживанням травматичних подій (інтрузії), стійким униканням тригерів, негативними змінами в когнітивній сфері та настрої, а також вираженими змінами у рівні збудливості та реактивності (гіперзбудження). Така чотирьохфакторна модель дозволила відокремити специфічні прояви травми від загальної тривожної симптоматики. Перехід до МКХ-11 остаточно закріпив статус ПТСР як складного системного порушення механізмів адаптації, вивівши його в окрему категорію розладів, безпосередньо пов'язаних зі стресом. Детальний опис діагностичних критеріїв згідно з актуальними класифікаторами, що стали основою нашого інструментарію дослідження (зокрема клінічної шкали CAPS-5), наведено у Додатку А.

Окрім класичного розуміння розладу, у працях Дж. Герман та Б. ван дер Колка підкреслюється необхідність виділення суміжних категорій, що відображають ширший спектр постстресової патології [1; 7]. Зокрема, концепція підпорогового (часткового) ПТСР, розроблена М. Вайсом та Ч. Мармаром, дозволяє класифікувати випадки, де симптоми не досягають повного діагностичного порогу, але спричиняють суттєву дезадаптацію особистості. Такий підхід має важливе значення для ранньої діагностики,

оскільки вказує на клінічну значущість окремих інтенсивних симптомів (наприклад, інтрузій чи гіперзбудження) навіть за відсутності повної діагностичної картини розладу [14]. На нашу думку, цей підхід є надзвичайно релевантним для українського контексту, оскільки він дозволяє вчасно виявляти військовослужбовців, які потребують превентивної допомоги ще до повної клінічної маніфестації розладу.

Окрему увагу в науковому дискурсі приділено комплексному ПТСР (КПТСР). Офіційне включення цього діагнозу до МКХ-11 стало результатом багаторічної роботи Дж. Герман, яка ще у 1992 році довела, що тривала бойова травма та полон змінюють структуру особистості глибше, ніж одиничний стресовий епізод [7]. Як справедливо зазначають Ю. Асєєва та К. Аймедов, для Сил оборони України КПТСР є критично важливою категорією. Вона дозволяє описати не лише «страх», а й глибоку ерозію самоорганізації та емоційної регуляції, що виникає після тривалого перебування «на нулі» [15].

Розуміння ПТСР вимагає аналізу не лише симптомів, а й механізмів їхнього виникнення. Згідно з когнітивною моделлю Е. Елерса та Д. Кларка (2000) [8], розлад підтримується не самою травмою, а специфічним способом її обробки, де ключовими чинниками є фрагментованість пам'яті та перебільшена оцінка загрози. У межах цієї моделі уникання розглядається як стратегічна «пастка», що лише посилює симптоматику; у роботі з бійцями це пояснює, чому спроби витіснити спогади про війну призводять до ще сильніших флешбеків. Автори обґрунтовують, що ПТСР розвивається через: дисфункціональну обробку травматичної події, за якої пам'ять кодується не як послідовний наратив, а як фрагментована сенсорна інформація (образи, звуки, запахи), що легко активується тригерами; перебільшену оцінку загрози, коли особа інтерпретує наслідки травми та поточну ситуацію як постійно небезпечну, що підтримує гіперпильність; а також дисфункціональні стратегії подолання, де спроби «не думати» про пережите зумовлюють парадоксальне посилення нав'язливих думок та симптомів вторгнення.

Доповнюють це розуміння нейробіологічні моделі, які перевели наукову дискусію у площину фізіології мозку, розкриваючи «механіку» фізичної реакції на стрес. Зокрема, модель амігдалярної гіперреактивності Дж. Бремнера та С. Рауха пояснює гіперактивність мигдалеподібного тіла на фоні зниженої активності медіальної префронтальної кори [16]. Гіпокампальна модель Дж. Бремнера підкреслює роль зменшення об'єму гіпокампу, що призводить до нездатності контекстуалізувати спогади (розрізняти минулу небезпеку і безпечне теперішнє) [16]. Сенсомоторна модель травми Б. ван дер Колка вказує на те, що ПТСР – це «застигла» реакція, де травматичний досвід зберігається не як вербальна розповідь, а як фізичні відчуття та емоційні сплески [1]. Зі свого боку, модель дефіциту інтеграції Р. Пітмана описує, як через збій у роботі гіпокампу та амігдали травматична пам'ять не обробляється, залишаючись фрагментованою та активною [17].

Таким чином, інтеграція когнітивного та біологічного підходів дозволяє побачити ПТСР як розрив між логічним розумінням безпеки та тілесними відчуттями загрози, що є ключовим для подальшої діагностики військовослужбовців. Складна нейробіологічна архітектура розладу обумовлює той факт, що симптоми ПТСР рідко існують у ізольованому вигляді, часто маскуючись або підсилюючись іншими порушеннями. Саме тому при вивченні посттравматичних станів особливу увагу слід приділяти явищам коморбідності, оскільки вони визначають загальну клінічну картину та складність подальшої реабілітації бійців (див. табл. 1.1.2).

Таблиця 1.1.2. – Коморбідні та супутні стани при ПТСР (адаптовано за DSM-5 та дослідженнями Б. ван дер Колка).

<i>Стан (розлад)</i>	<i>Опис та основний зв'язок із ПТСР</i>	<i>Спільні симптоми, що ускладнюють діагностику</i>
Великий депресивний розлад	Часто виникає як вторинна реакція на негативні когнітивні зміни (критерій D), відчуття провини та втрати інтересу, характерні для ПТСР.	Втрата інтересу, порушення сну, порушення концентрації, негативні думки про себе.

Генералізований тривожний розлад	Надмірна та постійна тривога, яка підтримується гіперпильністю, характерною для критерію Е.	Гіперпильність, порушення сну, м'язова напруга, постійна настороженість.
Розлади пов'язані з вживанням психоактивних речовин	Зловживання алкоголем або наркотиками як спроба «самолікування», щоб «заглушити» інтрузивні спогади та полегшити безсоння.	Соціальна ізоляція, імпульсивність, дисрегуляція настрою.
Черепно-мозкова травма	Особливо характерно для військових, де вибухові травми викликають політравму (фізичні, нейробіологічні та психологічні ушкодження).	Дратівливість, порушення концентрації, головний біль, проблеми зі сном.
Гострий стресовий розлад	Фактично, це ті ж самі симптоми ПТСР, але їхня тривалість не перевищує одного місяця після травматичної події.	Симптоми вторгнення, уникнення та гіперзбудливості. Диференціація залежить від часу.

ПТСР рідко існує ізольовано. Згідно з дослідженнями Р. Кесслера [20], Б. ван дер Колка [1] та українськими дослідниками, а саме Н. Марута [18] та О. Чабан [19] коморбідність з іншими психічними розладами є скоріше правилом, ніж винятком, особливо серед військовослужбовців. Це зумовлено спільними нейробіологічними механізмами та спробами пацієнтів самостійно подолати симптоми (наприклад, через вживання психоактивних речовин).

Отже, сучасне розуміння ПТСР вимагає комплексного підходу, що враховує як клінічні симптоми за стандартами DSM-5 та МКХ-11, так і специфіку бойового досвіду військовослужбовців Сил оборони України.

1.2. Особливості психотравмуючих факторів у військовослужбовців Сил оборони України.

Вступ у третє тисячоліття, на жаль, не позбавив людство від старих проблем, пов'язаних із збройними конфліктами. Сучасні міжнародні відносини характеризуються зміною природи протистоянь: появою «гібридних» загроз, збільшенням числа жертв серед цивільного населення та високою технологічністю засобів знищення. З огляду на це, питання ідентифікації, класифікації та аналізу психотравмуючих факторів, які впливають на військовослужбовців, є надзвичайно актуальним, особливо в

контексті збройної агресії росії проти України, що триває з 2014 року. Як зазначає В.І. Осьодло, специфіка сучасної війни полягає у поєднанні інтенсивного вогневого впливу з безпрецедентним психологічним тиском на особистість [21].

Важливим аспектом збереження боєздатності підрозділу в цих умовах є діяльність командира щодо підтримання морально-психологічного стану особового складу. Згідно з методичними рекомендаціями А. Романишина та О.Бойка, ефективність виконання бойових завдань безпосередньо залежить від здатності офіцера нівелювати вплив негативних психогенних чинників безпосередньо в ході бою [27]. Розуміння психології бою дозволяє вчасно ідентифікувати ознаки бойової психічної травми, яка, за визначенням О. Блінова, призводить до глибокої дезорганізації особистості [28]. Системний аналіз проблем медико-психологічної реабілітації та соціальної адаптації, представлений у роботах М. Матяша підкреслює, що подолання наслідків такої травми вимагає мультидисциплінарного підходу та тривалого супроводу ветеранів [29].

Згідно з напрацюваннями О. Кокуна, травмуючі чинники, бойової діяльності доцільно розподілити на три основні групи, що визначають специфіку клінічного профілю розладів [9]. Першу групу становлять **екстремальні бойові чинники (високоінтенсивний стрес)**, що передбачають прямий вплив, пов'язаний із загрозливими для життя ситуаціями. Це найбільш очевидний механізм травматизації, який занурює військовослужбовця у відчуття неминучої загибелі та катастрофи. Зумовлює розвиток гострих симптомів травматизації внаслідок регулярного перебування під артилерійськими та авіаційними обстрілами, безпосереднього спостереження загибелі або важких поранень побратимів, а також через тривале фізичне виснаження, що знижує психологічну резильєнтність та робить бійця вразливим до кумулятивного стресу. Другою групою є **чинники тривалого психоемоційного напруження (продовжений стрес)** – цей вплив є систематичним, що призводить до кумулятивних ефектів, розвитку

комплексного ПТСР (КПТСР) та вигорання. До них належать неможливість виходу із стану постійної бойової готовності, відсутність безпечних зон, тривала соціальна ізоляція з втратою звичних соціальних ролей, а також досвід перебування у полоні. Третя група включає **чинники морально-психологічної дестабілізації (моральна травма)**. На думку Б. Літца та Ш. Маген, це глибоке психологічне страждання, що виникає внаслідок вчинення, спостереження або нездатності запобігти діям, які порушують власні глибокі моральні та етичні переконання [22]. На відміну від ПТСР, який переважно фокусується на страху та гіперпильності, моральна травма фокусується на провині, соромі та ерозії довіри через переживання загибелі побратима як особистої невдачі.

Сучасна війна в Україні розгортається на стику двох різних технологічних епох, що кардинально структурує психологічних стресорів. Найважливішим чинником стало масове масштабування «москітних стратегій» - масового застосування дешевих та високотехнологічних безпілотних систем (FPV-дрони, морські апарати) проти значно більших, дорожчих та складніших цілей (танків, кораблів тощо). Як зазначає В. Бадрак (2025), це розмиває традиційне поняття лінії фронту та створює феномен «прозорого поля бою», де ураження цілі може відбуватися за лічені хвилини [30]. Дослідження аналітиків Politico (2024) підтверджують, що «зона ураження» - територія постійного смертельного впливу – розширилася до 14-20 км від лінії зіткнення. Це створює умови тотальної небезпеки навіть у тилкових районах, де дрони зумовлюються до 60-70% уражень особового складу [31]. Специфіка впливу FPV-дронів полягає в ефекті «персоналізованого полювання», що позбавляє військового часу на адаптацію та створює відчуття повної безпорадності, що, за концепцією О. Кокуна, є фундаментом для розвитку ПТСР [9], а їхній високочастотний звук стає стійким тригером панічних реакцій.

Паралельно з повітряними загрозами, важливою особливістю сучасного етапу війни стало масове використання наземних роботизованих комплексів

(НРК). Як зазначає Г. Ткач, використання роботів дозволяє зберегти життя бійців, виконуючи 47% логістичних та евакуаційних місій [32; 33]. За висновками В. Бадріака, ключовим викликом є здатність психіки адаптуватися до темпів технологічного прогресу, який часто випереджає біологічні можливості організму [30].

Аналіз наукових праць О. Богомолець, І. Пінчук та О. Чабана свідчить про високу поширеність депресивних та тривожних станів, що виникають внаслідок тривалої експозиції до бойового стресу [10]. О. Блінов додає, що агресивні прояви та поведінкові девіації часто є дезадаптивною спробою психіки впоратися з наслідками травми, що потребує раннього психологічного втручання [28].

Особливої актуальності набуває вивчення мінно-вибухових травм, які за даними О. Зборовського, стають домінуючим чинником ураження у сучасних конфліктах [24]. Поєднання фізичного пошкодження головного мозку з психогенним впливом бойової ситуації формує специфічний «Український синдром», детально описаний М. Матяшем та Л. Худенко [23]. Крім того, не можна ігнорувати стан медичного персоналу. Дослідження Н. Марути свідчать про значну поширеність вторинної травматизації серед військових лікарів, що підтверджує необхідність розмежовування психотравмуючого впливу залежно від функціональної ролі фахівця у зоні бойових дій [18].

Для точного аналізу психотравматичного впливу необхідно провести диференціацію військовослужбовців на групи відповідно до їхньої ролі, що регулюється нормами Міжнародного гуманітарного права (МГП), зокрема Женевськими Конвенціями 1949 року та Додатковим протоколом I 1977 року. Комбатанти – особи, які безпосередньо застосовують зброю та входять до складу збройних сил сторін; вони частіше стикаються з прямим досвідом смертельного протистояння. Некомбатанти – особи, які входять до складу збройних сил та надають їм допомогу, але безпосередньої участі у воєнних діях не беруть, наприклад, медичний і духовний персонал, військові

кореспонденти, юристи. Вони частіше зазнають вторинної травматизації через систематичне спостереження страждань інших [26].

Наведена нижче таблиця 1.2.1 ілюструє ключові відмінності у механізмах травматизації та клінічних проявах між комбатантами та некомбатантами.

Таблиця 1.2.1 – Диференціація психологічного впливу та клінічних проявів ПТСР у комбатантів та некомбатантів.

<i>Група</i>	<i>Вид травми</i>	<i>Механізм травматизації</i>	<i>Клінічні особливості</i>
Комбатанти	Високоінтенсивний бойовий стрес та моральна травма	Пряма загроза життю, досвід смертельного протистояння, необхідність ураження противника.	Флешбеки, гіперпильність, агресія, моральна травма через вчинені дії або «невдачу» в захисті побратимів.
Некомбатанти	Вторинна (вікарна) травма та моральна травма	Систематичне спостереження страждань, безпорадність перед обличчям втрат, етичні дилеми, сортування поранених.	Симптоми співчуттєвої втоми, емоційне вигорання, моральна травма через нездатність допомогти всім або відчуття «зради» професійних ідеалів.

Світовий досвід війн вказує на превалентність ПТСР серед комбатантів на рівні 11-20% [20]. Вітчизняні дослідження мають дві хвилі: АТО (2014-2022) та повномасштабне вторгнення (з 2022 року). Повномасштабна війна призвела до стрімкого зростання офіційно зафіксованих випадків ПТСР. Важливо зазначити, що наведені нижче дані стосуються загальної кількості пацієнтів (як цивільних, так і військовослужбовців), яким було встановлено цей діагноз в межах Електронної системи охорони здоров'я. Станом на середину 2024 року, загальна кількість пацієнтів із встановленим діагнозом ПТСР склала 27544, що майже у дев'ять разів перевищує показник 2021 року (3167 пацієнтів), що свідчить про критичну потребу в реабілітації.

У відповідь на зростаючу потребу та для забезпечення уніфікованого підходу до лікування, Міністерство охорони здоров'я України здійснило вагомі кроки. Наказом МОЗ України від 19.07.2024 року №1265 затверджено Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації» [25]. Цей протокол є обов'язковим для застосування і забезпечує єдині настанови, розроблені на основі доказової медицини. Його імплементація спрямована на забезпечення раннього втручання та діагностики, стандартизацію психотерапевтичних підходів (наприклад, використання травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії) та розширення мережі фахівців з психічного здоров'я, які можуть надавати кваліфіковану допомогу.

1.3. Психологічні особливості адаптації та резильєнтності військовослужбовців у бойових та небойових умовах.

Аналіз психотравмуючих факторів, проведений у попередньому підрозділі, свідчить про безпрецедентний тиск на психіку захисників України. У відповідь на ці виклики формується складна система захисту та активної протидії, центральним елементом якої є психологічна резильєнтність – динамічна здатність особистості та групи успішно адаптуватися до значних стресорів, зберігати функціональну ефективність під тиском і здатність відновлюватися після травматичного досвіду.

Згідно з концепцією О. Кокуна [9], адаптація військовослужбовця є безперервним процесом узгодження внутрішніх ресурсів із зовнішніми вимогами середовища. Резильєнтність у військовому контексті базується на психологічній готовності до бою – стійкому стані, що забезпечує адекватну, рішучу та цілеспрямовану поведінку в екстремальних ситуаціях. А. Романишин та О. Бойко [27] розглядають її як інтегральне утворення, що охоплює три компоненти. ***Мотиваційно-цільовий компонент*** є первинним і визначає внутрішню енергію бійця. Він базується на бойовій мотивації – усвідомленні місії захисту держави. Як зазначає В. Осьодло [21], ціннісна

орієнтація перетворює зовнішній обов'язок на внутрішню потребу, що є критичним для виживання в умовах «високотехнологічного пекла». **Когнітивно-інтелектуальний компонент** включає процеси обробки інформації, оцінки ризиків та прийняття рішень. Високий рівень військової підготовки автоматизує навички, що суттєво знижує рівень тривоги, оскільки невідомість є головним генератором страху. **Емоційно-вольовий компонент** – це здатність підтримувати функціональну ефективність всупереч емоційному та фізичному тиску.

Емоційно-вольова стійкість є центральною ланкою в ланцюгу адаптації. Вона включає емоційний (управління почуттями) і вольовий (управління діями) аспекти. Варто зауважити, що емоційний складник цієї стійкості безпосередньо корелює з інтенсивністю бойового стресу. Як зазначає О. Блінов [28], страх у бою є природним біологічним механізмом, проте його домінування без належної вольової регуляції призводить до дезорганізації поведінки. Важливим аспектом адаптації є не повне придушення емоцій, а їх трансформація у функціональний стан.

Ефективна психологічна підготовка дозволяє військовослужбовцю проходити три послідовні етапи реагування на загрозу, перетворюючи дезорганізуючий переляк на адаптивну рішучість (див. табл. 1.3.1).

Таблиця 1.3.1 – Стадії реагування військовослужбовця на бойову загрозу та функціональний вплив страху.

<i>Стадія реагування</i>	<i>Опис</i>	<i>Функціональний вплив</i>
Переляк (паніка)	Неконтрольована реакція «бий, біжи, завмири», фізичні прояви (тремор, нудота). Ця реакція домінує у непередбачених ситуаціях.	Дезорганізація діяльності, неможливість прийняття рішень, нецільові дії.
Активний страх (оцінка)	Свідоме усвідомлення загрози, інтенсивна мобілізація уваги та фізичних ресурсів, викид адреналіну. Це ідеальний адаптивний стан.	Підвищує фізичні можливості, загострює відчуття, прискорює реакцію.
Вольова регуляція (контроль)	Трансформація імпульсу страху через вольове зусилля та свідомі навички.	Перетворення страху на рішучість, гнів чи активну дію (інструментальну агресію).

Важливу роль відіграє механізм вольової трансформації, який дозволяє змінити увагу з внутрішніх симптомів страху на виконання бойового завдання. Тренування такої стійкості ґрунтуються на принципі «вакцинації психіки»: контрольованому впливі стресорів для вироблення копінг-навичок. Процес підготовки включає психоосвіту, навчання технікам саморегуляції та експозицію (відпрацювання навичок у реалістичних умовах, що зміцнює суб'єктивне відчуття контролю над ситуацією).

Для зменшення впливу стресу військовослужбовці використовують різні копінг-стратегії. *Проблемно-орієнтований копінг* передбачає активні дії (планування, тренування, пошук ресурсів, зміна тактики), тоді як *емоційно-орієнтований копінг* спрямований на зниження емоційної напруги, викликаной стресом, а не на зміну ситуації. Він має адаптивні форми (позитивна переоцінка, дисоціація, гумор) та дезадаптивні форми (уникнення, заперечення реальності, зловживання алкоголем/наркотиками, ігнорування проблеми). Стійкість також залежить від локусу контролю: внутрішній локус («я впливаю на події») забезпечує вищу життєстійкість. Натомість тривалий стрес може викликати когнітивні викривлення (дихотомічне мислення та персоналізація провини). М. Матяш наголошує, що такі стани часто посилюються через фізичне виснаження та наслідки легких ЧМТ, що потребує когнітивного реструктурування під час реабілітації [29]. Когнітивне реструктурування – це терапевтичний процес, спрямований на ідентифікацію, оскарження та заміну цих ірраціональних думок більш збалансованими та адаптивними. Розуміння механізмів бойової психічної травми, як зазначає О. Блінов [28], є базовим для вчасної ідентифікації ознак дезорганізації особистості.

Особливе місце в аналізі адаптації посідає часовий фактор діагностики. Згідно з Уніфікованим клінічним протоколом МОЗ №1265 [25], встановлення діагнозу ПТСР потребує тривалого спостереження (від 1 до 3 місяців). Це

необхідно для диференціації між природним процесом адаптації психіки та формування патологічного розладу.

В умовах тривалих бойових дій та ротаційного навантаження, резильєнтність може вичерпуватися, призводячи до професійного вигорання. Найбільш вразливими є фахівці, що постійно контактують із жертвами (медики, евакуаційні групи, військові психологи), які ризикують зазнати вторинної травматизації. Це вимагає впровадження обов'язкових заходів психологічного супроводу та регулярної ротації персоналу.

Завершальним етапом адаптаційного циклу є ротація, яка вимагає переходу з «бойового» режиму в «мирний». Цей динамічний процес проходить три фази: ейфорія, розчарування, пристосування та часто є травматичним і супроводжується нездатністю розслабитися, «блокуванням емоцій», гіперчутливістю до міських стимулів (шум, натовп) та відчуттям ізоляції через переоцінку життєвих сенсів. Успішна реінтеграція є двостороннім процесом, який вимагає зусиль як від військовослужбовця, так і від його соціального оточення. Критичним фактором є адаптація сім'ї до «нової» особистості бійця, що передбачає трансформацію ролей, навичок неконфліктної комунікації та подолання стереотипів. Створення культури інтеграції бойового досвіду, а не його ізоляція, є необхідною умовою для запобігання маргіналізації ветеранів та забезпечення їхнього стабільного психічного здоров'я в довгостроковій перспективі.

Висновки до розділу 1.

Проведений теоретичний аналіз, охоплюючи симптоматику ПТСР, специфіку психотравмуючих факторів у Силах оборони України та особливості психологічної адаптації військовослужбовців, дозволив сформувати цілісну концептуальну базу для подальшого емпіричного дослідження. Підсумовуючи результати теоретичного огляду, можна зробити наступні ключові висновки:

1. Посттравматичний стресовий розлад визначену як складну, багатофакторну нозологічною одиницею, яка за критеріями DSM-5 та

МКХ-11 характеризується специфічними кластерами симптомів: інтрузіями, уникненням, негативними зміни в когнітивній сфері та настрої, а також вираженням гіперзбудженням. Вивчення патогенезу розладу підкреслює, що ПТСР є результатом дизадаптивної обробки травматичного досвіду на нейробіологічному та когнітивному рівнях. Наголошено на критичній важливості диференціальної діагностики ПТСР, КПТСР та підпорогових станів, що зумовлює вибір клінічної шкали CAPS-5 як еталонного інструменту для подальшого дослідження.

2. Ідентифіковано унікальний комплекс стресорів, які суттєво відрізняють досвід сучасної війни від класичних воєнних конфліктів минулого. Психотравма українських військових є полімодальною та включає комбінацію екстремальних бойових чинників, пролонгованого операційного стресу та факторів морально-психологічної дестабілізації. Особливе місце посідає моральна травма, спричинена етичними дилемами та ерозією довіри, що вимагає специфічних підходів до реабілітації, відмінних від терапії класичного ПТСР.
3. Обґрунтовано, що перехід війни у нову технологічну фазу (масове застосування FPV-дронів та НРК) став домінуючим психотравмуючим фактором. Впровадження «москітних стратегій» та розширення зон ураження до 20 км від лінії зіткнення ліквідували поняття «безпечної зони», створюючи умови для тотальної гіперпильності. Специфічний ефект «персоналізованого полювання» безпілотних систем формує стійке відчуття безпорадності, що є когнітивним фундаментом для інтенсивних симптомів вторгнення та тривоги.
4. Доведено, що протидія травматизації ґрунтується на багатокомпонентній психологічній резильєнтності, яка інтегрує мотиваційну готовність, емоційно-вольову стійкість та когнітивну

гнучкість. Ключовим механізмом успішної адаптації є здатність до вольової трансформації страху у функціональний стан та застосування проблемно-орієнтованих копінг-стратегій. Водночас виявлено, що тривале перебування в зоні бойових дій призводить до вичерпання внутрішніх ресурсів та розвитку вторинної травматизації (особливо у некомбатантів), що підкреслює необхідність системної психологічної підтримки на всіх етапах служби та реінтеграції.

Ефективна профілактика та терапія ПТСР у військовослужбовців має базуватися на комплексному підході, що поєднує зміцнення індивідуальної життєстійкості, адресну роботу з коморбідними станами (зокрема наслідками мінно-вибухових травм) та створення сприятливого соціального середовища для інтеграції бойового досвіду після повернення до мирного життя.

РОЗДІЛ 2.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВІВ ПТСР У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ СИЛ ОБОРОНИ УКРАЇНИ

2.1. Вибірка та методика емпіричного дослідження проявів ПТСР у військовослужбовців СОУ.

Емпіричне дослідження особливостей прояву посттравматичного стресового розладу проводилося на базі анонімного опитування діючих військовослужбовців Сил оборони України. Основною метою етапу збору емпіричних даних було формування репрезентативної вибірки, яка б відображала реалії сучасного бойового досвіду та дозволяла порівняти стан осіб із різним ступенем залученості до бойових дій.

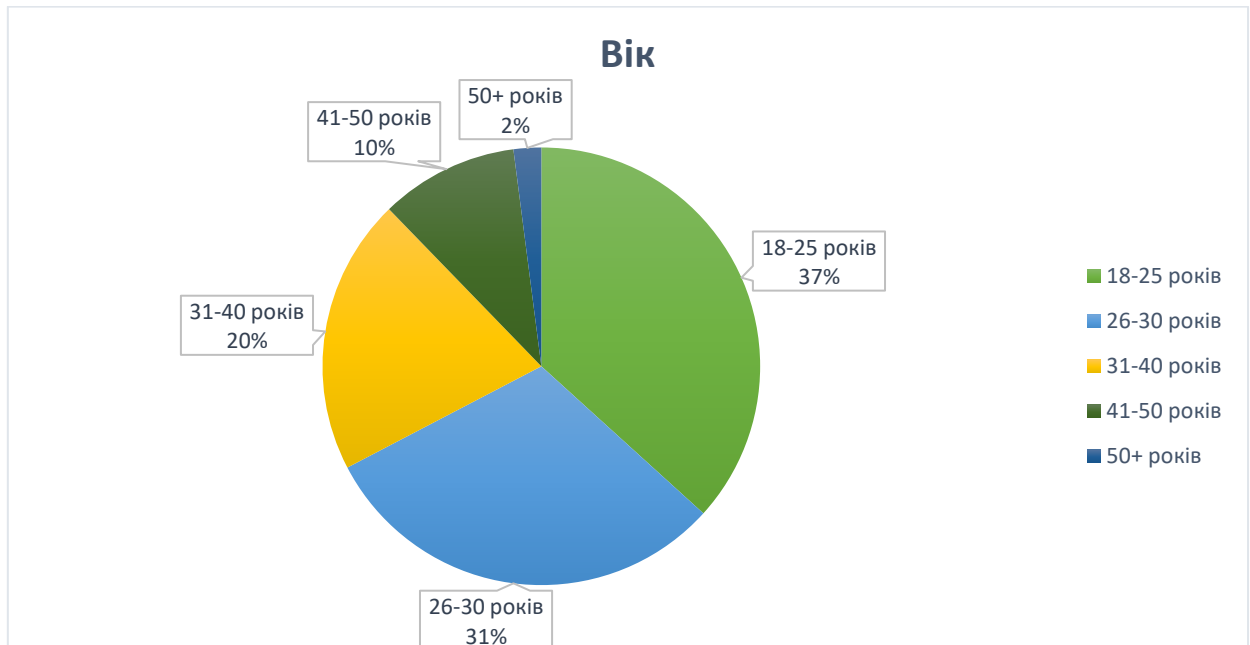
Загальна кількість респондентів, що взяли участь у дослідженні, склала 49 осіб. Для досягнення мети дипломної роботи та перевірки гіпотез щодо впливу безпосереднього бойового досвіду на психоемоційний стан, вибірка була розділена на дві стратегічні групи за критерієм інтенсивності бойової роботи протягом останнього року:

- Група 1 (n=30, 61,22%): військовослужбовці, які брали безпосередню участь у бойових зіткненнях, виконували завдання на лінії бойового зіткнення протягом крайніх 12 місяців.
- Група 2 (n=19, 38,78%): військовослужбовці, які на момент дослідження та протягом крайнього року перебували в резерві, проходили відновлення або виконували завдання, що не передбачали безпосереднього вогневого контакту з противником.

Вибірка є гетерогенною за статтю та віком. До опитування були залучені як чоловіки, так і жінки, що дозволило охопити широкий спектр реакцій на травматичний стрес. Віковий діапазон респондентів охоплює проміжок від 18 до 50+ років. Найбільш представленою є категорія молодих військовослужбовців віком від 18 до 25 років (18 осіб), становить 36,73% від загальної вибірки та відображає актуальну демографічну ситуацію в багатьох

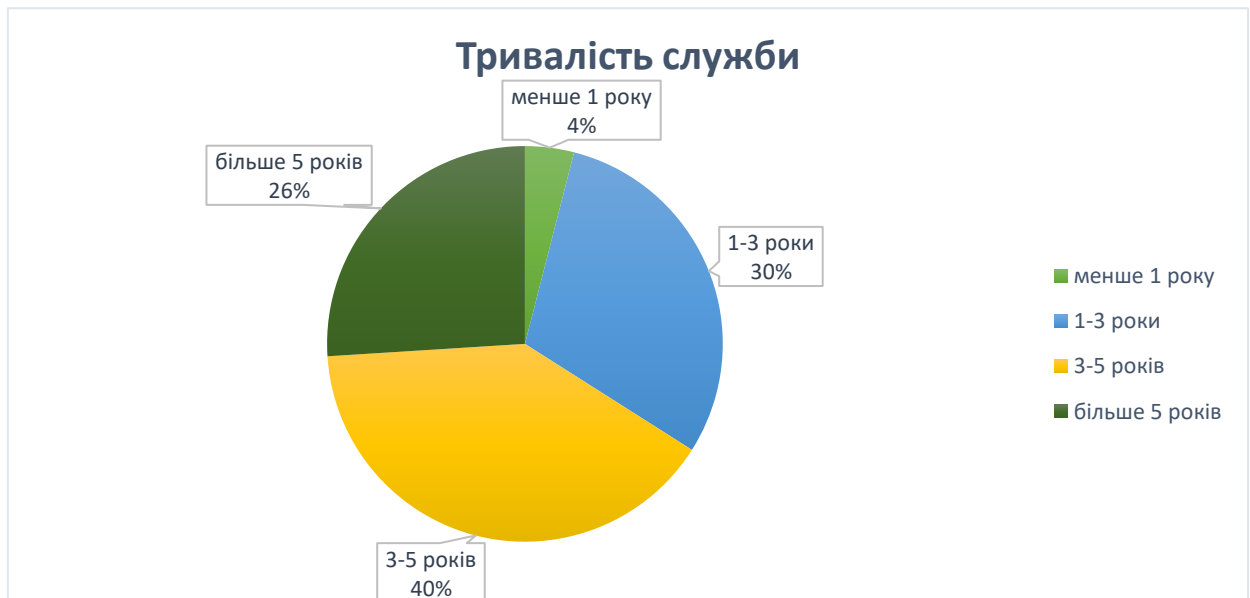
підрозділах СОУ. Другою за чисельністю є вікова група 26–30 років, яка охоплює 30,61% опитаних. Вікова категорія 31–40 років становить 20,41%, група 41–50 років — 10,21%, а найменшу частку сформували військовослужбовці віком старше 50 років — 2,04% (Рис. 1).

Рисунок 1 – Розподіл респондентів за віком



За тривалістю служби вибірка охоплює як новобранців, чий термін служби становить менше року (4%), так і досвідчених кадрових військових із досвідом понад 5 років (26%). Середній показник тривалості служби становить 3–5 років (40% опитаних), що в поєднанні з групою військовослужбовців, які служать від 1 до 3 років (30%), вказує на наявність значного професійного та бойового досвіду у переважної більшості респондентів (Рис. 2).

Рисунок 2 – Розподіл респондентів за тривалістю служби



Дослідження охопило представників широкого спектру підрозділів, що забезпечує високу валідність результатів для різних умов служби:

- Сухопутні війська (піхота, механізовані та штурмові підрозділи) – 65,31% (n=32);
- Артилерія та підрозділи вогневої підтримки - 10,20% (n=5);
- Спеціалізовані підрозділи (розвідка, БПЛА, ППО) - 10,20% (n=5);
- НГУ та ССО - 8,16% (n=4);
- ДШВ та ТРО - 6,13% (n=3).

Для комплексного вимірювання проявів ПТСР та супутніх станів було обрано пакет методик, що поєднують кількісний та якісний підходи.

Шкала для клінічної діагностики ПТСР (CAPS-5) (ориг. авт. F. W. Weathers, D. D. Blake, P. P. Schnurr та ін., 2013; в українській адаптації О. О. Хаустової, Л. Є. Трачук, В. Г. Безшейка) [34]. Методика вважається «золотим стандартом» у світовій психологічній практиці. Вона базується на критеріях DSM-5 і дозволяє не лише констатувати наявність розладу, але й оцінити інтенсивність симптомів за чотирма кластерами, вимірювані ознаки яких мають такий зміст: **кластер В (симптоми вторгнення)** вимірює наявність та інтенсивність нав'язливих травматичних спогадів, повторюваних сновидінь про подію, дисоціативних реакцій (флешбеків), під час яких особа відчуває

себе в момент психотравматизації, а також вираженість психологічного й фізіологічного дистресу при зіткненні з тригерами; **кластер С (уникання)** фіксує ступінь свідомого відмежування респондента від стимулів, пов'язаних із травмою, зокрема уникання внутрішніх чинників (пам'ять, думки, почуття) та зовнішніх об'єктів (місця, розмови, люди, діяльність); **кластер D (негативні зміни в когнітивній сфері та настрої)** оцінює наявність психогенної амнезії (незможності згадати ключові аспекти травми), стійких негативних переконань про себе чи світ («я зламаний», «нікому не можна довіряти»), викривлених звинувачень себе чи інших у причинах чи наслідках події, хронічного негативного емоційного стану, відчуження від соціуму та стійкої ангедонії; **кластер E (зміни в рівні збудливості та реактивності)** діагностує параметри вегетативного й поведінкового реагування, що виявляються у спалахах гніву без видимих причин, автоагресії, гіперпильності, екстремальній реакції на переляк (startle-рефлекс), дефіциті концентрації уваги та інсомнії. Висока валідність CAPS-5 забезпечує точність диференціації між звичайною стресовою реакцією та клінічно вираженим ПТСР.

Шкала депресії, тривоги та стресу (DASS-21) (авт. S. Lovibond, P. Lovibond, 1995; в українській стандартизації Ю. Б. Мельника та А. В. Стадніка) [35]. Даний інструментарій спрямований на вимірювання трьох пов'язаних станів негативного афекту. Зміст вимірюваних ознак за субшкалами диференціюється так: **субшкала депресії** оцінює ступінь втрати мотивації, нівелювання життєвих смислів, зниження особистісної самооцінки, відчуття безперспективності майбутнього, апатію та ангедонію як провідні маркери пригніченого афективного фону; **субшкала тривоги** вимірює суб'єктивні прояви субклінічного та клінічного тривожного стану, фіксуючи рівень вегетативного збудження (сухість у роті, тремор, тахікардія), панічних реакцій, ситуативних страхів та суб'єктивного відчуття постійної зовнішньої загрози; **субшкала стресу** (дистресу) спрямована на фіксацію рівня хронічного неспецифічного напруження, що виявляється через низький поріг

інтолерантності до перешкод, дратівливості, нетерплячості, нервового збудження та схильності до гіперреактивності на повсякденні подразники.

Шкала сприйнятого стресу (PSS-10) (авт. S. Cohen, T. Kamarck, R. Mermelstein, 1983; в українській адаптації О. О. Вельдбрехт та Н. І. Тавровецької) [36]. Методика фокусується на суб'єктивній оцінці респондентом того, наскільки його життя є непередбачуваним, неконтрольованим та перевантаженим. Це дозволяє зрозуміти когнітивну оцінку стресової ситуації особистістю. У межах розробленого Ш. Коеном конструкту, зміст сприйнятого стресу визначається як індивідуальна оціночна реакція особистості на психосоціальні подразники, де вирішальним фактором виступає не об'єктивна інтенсивність стресору, а когнітивна репрезентація ситуації суб'єктом. Конструкт вимірює два базові компоненти: перевантаження (дистрес / безпорадність), що відображає ступінь сприйняття життєвих обставин як таких, що виходять за межі індивідуальних когнітивних можливостей та ресурсів контролю, та самоефективність у подоланні стресу, яка визначає рівень суб'єктивної впевненості особистості у власній здатності успішно долати поточні труднощі, управляти емоціями та контролювати критичні зміни в оточенні.

Методика визначення інтенсивності бойового досвіду (модифікована). За основу інструменту було взято «Шкалу оцінки інтенсивності бойового досвіду», представлену у збірнику Науково-дослідного центру гуманітарних проблем ЗСУ (авт.-упоряд. Н. А. Агаєв, О. М. Кокун, І. О. Пішко, Н. С. Лозінська, В. В. Остапчук, В. В. Ткаченко, 2016) [37], що спирається на класичну американську модель «Combat Exposure Scale» (CES; авт. Т. М. Keane та ін.).

Дана методика розроблена як стандартизований інструментарій для швидкої оцінки інтенсивності, частоти та специфіки впливу стресових чинників бойової обстановки, класифікуючи рівень бойового досвіду від низького до вкрай високого з метою скринінгу груп ризику, реабілітації та формування рекомендацій командуванню. З метою адаптації змісту методики

до специфіки виконання завдань представниками Сил оборони України (СОУ) та забезпечення її високої змістовної валідності в умовах повномасштабної технологічної війни сучасності, нами було здійснено початковий етап культурно-контекстуальної модифікації інструменту.

З огляду на обмеженість вибірки, у межах цієї роботи не проводилися складні статистичні процедури перевірки дискримінативності, експлораторного факторного аналізу чи повної рестандартизації норми. Натомість було здійснено первинну експертну оцінку та контекстуальне коригування тверджень методики за допомогою методу фокус-груп. До процесу модифікації методики як експертів було залучено трьох діючих військовослужбовців-комбатантів із безпосереднім досвідом ведення бойових дій. Їхня участь дозволила реалізувати процедуру оцінки очевидної (зовнішньої) та змістовної валідності оновлених тверджень опитувальника. Це забезпечило відповідність формулювань актуальному військовому тезаурусу, специфіці сучасного бойового контексту та усунуло неоднозначність сприйняття запитань цільовою аудиторією. Обґрунтуванням авторської модифікації виступила кардинальна зміна структури бойових загроз порівняно з періодом розробки базового посібника (2016 р.).

Редагування та змістова оптимізація включали: інтеграцію специфічних для теперішнього контексту чинників високотехнологічного ураження, зокрема постійного перебування під дією засобів безпілотної авіації (FPV-дрони, ударні та розвідувальні БПЛА) та наземних роботизованих комплексів (НРК); коригування та градацію часових параметрів перебування під артилерійським вогнем та керованими авіабомбами (КАБ) з огляду на сучасну щільність бойових дій; адаптацію лексичних конструкцій для усунення неоднозначності сприйняття запитань цільовою аудиторією. Зазначені дії дозволили точно кваліфікувати специфіку бойового навантаження респондентів та адаптувати інструмент для якісного аналізу бойового досвіду на сучасному етапі.

Описане коригування розглядається як перший етап модифікації методики, що потребує подальшої психометричної перевірки згідно з чинними методологічними протоколами на ширших вибірках комбатантів.

З метою забезпечення об'єктивності, надійності та достовірності отриманих результатів, первинні емпіричні дані було піддано комплексній статистичній обробці в середовищі MS Excel.

Математико-статистичний аналіз розпочинався з обов'язкової процедури перевірки характеру розподілу досліджуваних ознак у вибірці за допомогою розрахунку коефіцієнтів асиметрії (As) та ексцесу (Ex). Проведена експертиза показала, що значення емпіричної асиметрії та ексцесу для ключових шкальних показників ПТСР, депресії, тривоги та суб'єктивного стресу не перевищували критичних меж (± 1), що свідчить про наближення розподілу даних до закону нормального розподілу.

Цей факт методологічно обґрунтував релевантність застосування методів параметричної статистики, зокрема лінійного кореляційного аналізу за коефіцієнтом Карла Пірсона, який було використано для встановлення, оцінки щільності та інтерпретації інтеркореляційних зв'язків між проявами ПТСР, рівнями депресивності, тривожності, сприйнятого дистресу та специфічними факторами бойового досвіду комбатантів.

У межах порівняльного аналізу психоемоційних станів військовослужбовців Групи 1 та Групи 2 було задіяно дві взаємодоповнюючі статистичні процедури, що обумовлено різною математичною природою вимірюваних параметрів та необхідністю уникнення методологічних викривлень. Першим інструментом виступив однофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA), спрямований на компаративне дослідження середніх групових значень показників та визначення загального статистично значущого впливу фактора наявності гострого бойового досвіду на дисперсію ознак. Проте, використання лише аналізу ANOVA є недостатнім, оскільки оперування виключно середніми величинами по групі має тенденцію «згладжувати» полярні (екстремальні) клінічні стани через високий рівень

індивідуальної психологічної стійкості та когнітивної адаптації окремих бійців на передовій.

З метою подолання цього обмеження та здійснення більш точкового аналізу структури вибірки, було застосовано другий інструмент — критерій кутового перетворення Фішера (ϕ). Цей непараметричний критерій дозволив порівняти не середні бали, а відсоткові частки (долі) респондентів із різних груп, які мають вкрай важкі (клінічні) рівні вияву розладів.

Таким чином, поєднання параметричного аналізу ANOVA (для загальної оцінки тенденцій середніх значень) та критерію Фішера (для фіксації значущості розбіжностей на рівні екстремальних часток вибірки) забезпечило максимальну точність, повноту та математичну валідність інтерпретації отриманих емпіричних результатів.

2.2. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів.

Аналіз та інтерпретація емпіричних даних розпочинається з дослідження результатів за клінічною шкалою CAPS-5, яка дозволяє верифікувати наявність посттравматичного стресового розладу та диференціювати ступінь вираженості його симптоматики у досліджуваних військовослужбовців. Для узагальнення отриманого масиву даних було здійснено розподіл респондентів обох груп за рівнями інтенсивності прояву розладу, порівняльну архітектуру яких відображено в таблиці 2.2.1.

Таблиця 2.2.1 - Порівняльний розподіл рівнів вираженості ПТСР у досліджуваних військовослужбовців за методикою CAPS-5.

Інтервали балів	Рівень вираженості ПТСР	Група 1 (n=30)	Група 2 (n=19)
0-19 балів	мінімальний	10,00% (n=3)	31,58% (n=6)
20-39 балів	помірний	43,33% (n=13)	26,32% (n=5)
40-59 балів	виражений	23,33% (n=7)	31,58% (n=6)
60-80 балів	вкрай важкий	13,33% (n=4)	5,26% (n=1)
81+ балів	екстремальний	10,00% (n=3)	5,26% (n=1)

Аналіз отриманого частотного розподілу, зафіксованого у таблиці 2.2.1, унаочнює глибоку специфіку проявів ПТСР залежно від чинника актуальності та безпосередності виконання бойових завдань. У Групі 1, яку складають військовослужбовці, що на момент дослідження беруть безпосередню участь у бойових діях, найбільша частка припадає на помірний рівень — 43,33% (n=13), проте загальна тенденція зміщена в бік клінічно значущої важкої симптоматики. Так, виражений, вкрай важкий та екстремальний рівні сумарно охоплюють 46,66% (n=14) комбатантів цієї групи. Особливу увагу привертає наявність 10,00% (n=3) бійців із екстремальним балом (81+), що свідчить про глибоку дестrukцію захисних механізмів психіки та загрозу повної дезадаптації на тлі безперервного бойового стресу в умовах передової.

Такі високі показники у першій групі безпосередньо пояснюються феноменом «незавершеної травматизації» та хронічної психоемоційної інтоксикації. Перебуваючи безпосередньо в епіцентрі активних бойових дій, військовослужбовці піддаються кумулятивному впливу надпотужних подразників. Психіка комбатантів змушена постійно перебувати в стані екстремальної мобілізації для забезпечення виживання, що блокує запуск природних процесів психологічного опрацювання, вербалізації та інтеграції травматичного досвіду.

Натомість у Групі 2, де респонденти не брали безпосередньої участі у бойових діях протягом крайніх 12 місяців (перебуваючи у тилкових підрозділах, на тривалому лікуванні, відновленні чи виконуючи завдання забезпечення), спостерігається інша конфігурація ознак. Провідне місце тут ділять мінімальний та виражений рівні — по 31,58% (n=6) на кожен. Наявність майже третини вибірки з мінімальними проявами (0–19 балів) чітко вказує на позитивний стабілізуючий вплив тривалого виходу із зони бойових дій, що запускає процеси декомпресії та нормалізації психічного стану в умовах безпечного середовища. У той самий час, показники вкрай важкого (5,26%) та екстремального (5,26%) рівнів у Групі 2 є мінімальними, що підтверджує спад

гостроти психотравмувальних реакцій за умови відсутності поновлення бойового досвіду протягом тривалого часу.

Наступним кроком емпіричного аналізу стало дослідження результатів за методикою DASS-21, яка дозволяє оцінити рівні вираженості трьох коморбідних емоційних станів — депресії, тривоги та стресу. Зведений частотний та відсотковий розподіл респондентів за рівнями вираженості ознак для обох досліджуваних груп представлено в таблиці 2.2.2.

Таблиця 2.2.2 - Порівняльний розподіл за рівнями вираженості депресії, тривоги та стресу (за методикою DASS-21).

Субшкали та інтервали балів	Рівень вираженості стану	Група 1	Група 2
Депресія			
0-9 балів	нормальний	50,00% (n=15)	68,42% (n=13)
10-13 балів	легкий	6,67% (n=2)	0,00% (n=0)
14-20 балів	помірний	20,00% (n=6)	26,32% (n=5)
21-42 бали	важкий/вкрай важкий	23,33% (n=7)	5,26% (n=1)
Тривога			
0-7 балів	нормальний	40,00% (n=12)	57,89% (n=11)
8-9 балів	легкий	6,67% (n=2)	15,79% (n=3)
10-14 балів	помірний	16,67% (n=5)	15,79% (n=3)
15-42 балів	важкий/вкрай важкий	36,66% (n=11)	10,53% (n=2)
Стрес			
0-14 балів	нормальний	86,66% (n=26)	89,47% (n=17)
15-18 балів	легкий	6,67% (n=2)	10,53% (n=2)
19-25 балів	помірний	6,67% (n=2)	0,00% (n=0)
26-42 балів	важкий/вкрай важкий	0,00% (n=0)	0,00% (n=0)

Аналіз результатів субшкали депресії фіксує, що показники норми переважають в обох вибірках, проте в Групі 2 їхня частка є помітно вищою і

становить 68,42% (n=13) проти 50,00% (n=15) у Групі 1. Найбільш виражена диференціація спостерігається на полюсі клінічно значущих станів: у Групі 1 високий та вкрай високий рівень депресивності (21–42 бали) мають 23,33% (n=7) респондентів, тоді як у Групі 2 цей показник є мінімальним і фіксується лише у 5,26% (n=1) особи. Своєю чергою, помірний рівень депресії розподілився між групами відносно рівномірно (20,00% у першій групі та 26,32% у другій), що свідчить про утримання хронічного зниження афективного тону навіть за умов тривалої відсутності безпосереднього бойового навантаження.

За субшкалою тривоги виявлено найбільш помітні розбіжності між досліджуваними категоріями військовослужбовців. Нормативний рівень тривожності констатовано у 57,89% (n=11) бійців Групи 2, тоді як у Групі 1 цей показник знижується до 40,00% (n=12). Основна розбіжність фіксується у зоні високого та вкрай високого навантаження (15–42 бали): у Групі 1 до цієї категорії потрапили 36,66% (n=11) респондентів, які наразі беруть участь у бойових діях, тоді як у Групі 2 аналогічний рівень зафіксовано лише у 10,53% (n=2) осіб. Водночас легкі та помірні прояви тривожності мають стійкий характер і виявляються у понад 20% респондентів в обох групах, незалежно від поточної дислокації підрозділів.

Субшкала стресу демонструє специфічну однорідність результатів в обох групах, суттєво відрізняючись від попередніх показників. Абсолютна більшість військовослужбовців як Групи 1 (86,67%, n=26), так і Групи 2 (89,47%, n=17) продемонстрували показники в межах нормативних значень (0–14 балів). Поодинокі випадки м'якого та помірного стресу сумарно охоплюють 13,33% вибірки на передовій та 10,53% у тилу, а високих чи вкрай високих проявів не зафіксовано взагалі в жодній із груп. Отримані дані за цією субшкалою свідчать про високий рівень адаптованості військовослужбовців до хронічних умов воєнної загрози, де повсякденні стресогенні чинники сприймаються як професійна норма діяльності та не викликають суб'єктивного

неспецифічного дистресу, на відміну від глибоких клінічних проявів тривоги чи депресії.

Наступним етапом дослідження став аналіз суб'єктивного оцінювання рівня стресу військовослужбовцями за допомогою «Шкали сприйнятого стресу-10» (PSS-10). Отриманий частотний та відсотковий розподіл за рівнями сприйнятого стресу представлено в таблиці 2.2.3.

Таблиця 2.2.3 - Порівняльний розподіл за рівнями сприйнятого стресу (за методикою PSS-10).

Інтервали	Рівень сприйнятого стресу	Група 1	Група 2
0-13 балів	низький	16,67% (n=5)	36,84% (n=7)
14-26 балів	середній	70,00% (n=21)	57,89% (n=11)
27-40 балів	високий	13,33% (n=4)	5,27% (n=1)

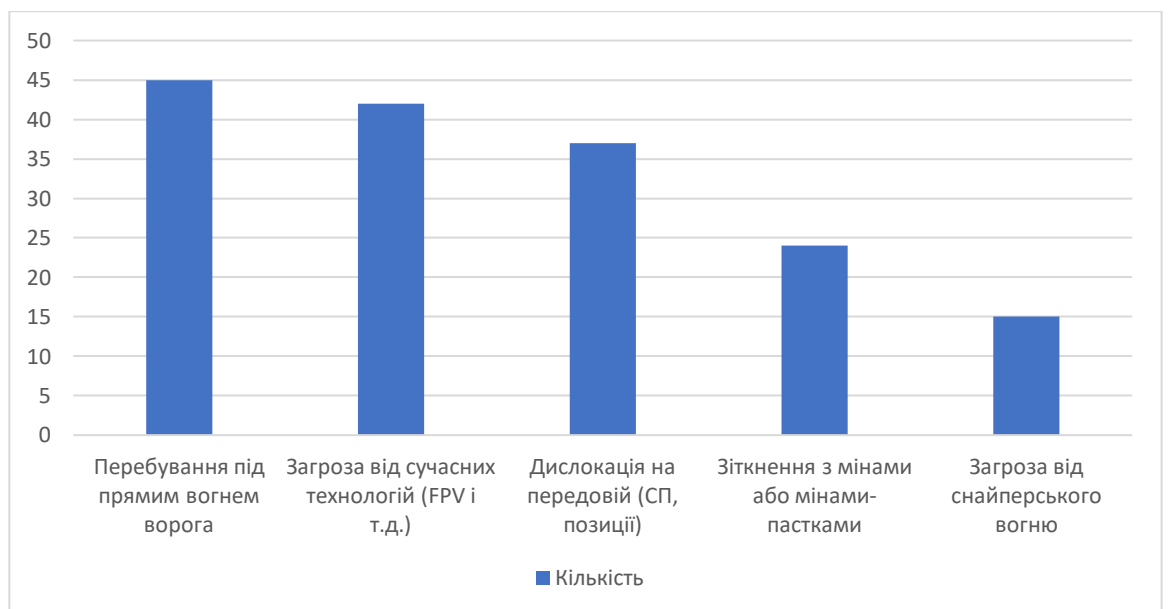
Аналіз отриманих емпіричних даних свідчить, що в обох групах домінуючим є середній рівень сприйнятого стресу. У Групі 1, яка об'єднує військовослужбовців, що безпосередньо залучені до бойових дій, помірний рівень сприйнятого стресу охоплює абсолютну більшість вибірки — 70,00% (n=21). Низький рівень констатовано у 16,67% (n=5) осіб, а високий рівень суб'єктивного дистресу зафіксовано у 13,33% (n=4) комбатантів передової. Такі результати демонструють, що попри об'єктивно важкі умови перебування на лінії зіткнення, більшість бійців оцінюють свій повсякденний стан як суб'єктивно контрольований, що вказує на формування специфічної когнітивної адаптації та мобілізації психічних ресурсів безпосередньо під час виконання завдань.

У Групі 2, де респонденти не брали участі в бойових діях протягом останніх 12 місяців, розподіл ознак є більш збалансованим. Середній рівень сприйнятого стресу тут також є провідним, але фіксується у меншій кількості

осіб — 57,89% (n=11). Натомість частка осіб із низьким рівнем сприйнятого стресу в цій групі зростає у два рази порівняно з першою групою і становить 36,84% (n=7). Високий рівень стресу в умовах тилу чи тривалого відновлення залишається мінімальним і становить 5,27% (n=1). Збільшення відсотка низького рівня стресу підтверджує позитивний вплив фактора часу та перебування у безпечнішому середовищі, що знижує суб'єктивне відчуття безпорадності та непередбачуваності життя.

Для розуміння деструктивних чинників, що зумовлюють описану симптоматику, було проаналізовано анкетні дані щодо структури бойового досвіду всієї вибірки (N=49). На рисунку 3 представлено розподіл частоти зіткнення респондентів із різними засобами вогневого ураження та умовами служби.

Рисунок 3 – Розподіл частоти зіткнення військовослужбовців із різними чинниками бойової обстановки та засобами вогневого ураження.



Представлені дані унаочнюють, що провідними чинниками вітальної загрози у структурі сучасного бойового досвіду виступає перебування під прямим вогнем ворога (артилерія, ракети, міномети), що зазначили 45 респондентів (91,84%), а також ударні безпілотні літальні апарати та новітні

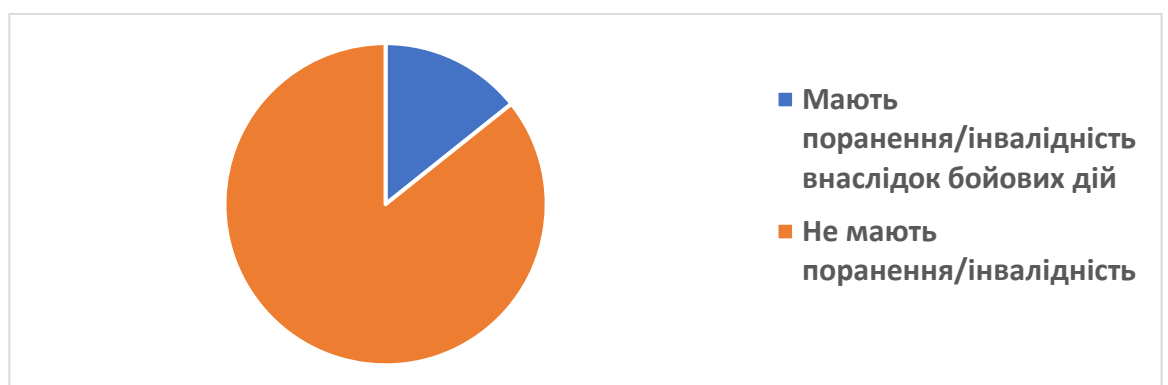
засоби ураження. Зокрема, у графі «загроза від сучасних технологій (FPV-дрони, НРК і т.д.)» ствердну відповідь надали 43 респонденти, що становить 87,76% від загального обсягу досліджуваної вибірки (N=49). Такий високий показник констатує, що використання безпілотних технологій ворогом набуло тотального характеру, перетворившись із поодиноких тактичних загроз на базовий, перманентний чинник бойової обстановки.

Цей технологічний пресинг створює специфічний синдром «прозорого поля бою», де військовослужбовець перебуває у стані постійної вітальної загрози без можливості тривалого укриття, що виступає первинним психотравмуючим ядром та безпосередньо живить зафіксовані нами раніше високі рівні тривожності й гіперпильності за клінічними шкалами CAPS-5 та DASS-21.

Окрім цього, вагома частина вибірки вказала на безпосередню дислокацію на передовій (перебування в СП, на бойових позиціях, лінії зіткнення) — 37 осіб (75,51%), зіткнення з мінами або мінами-пастками — 24 особи (48,98%), а також на загрозу від снайперського вогню — 15 осіб (30,61%). Наведені показники підкреслюють комплексний та кумулятивний характер воєнних стресорів, які одночасно впливають на психіку комбатантів.

Важливим об'єктивним індикатором важкості перенесеного досвіду став аналіз наявності у військовослужбовців поранень та інвалідності внаслідок бойових дій (Рисунок 4).

Рисунок 4 – Розподіл респондентів за наявністю поранень/інвалідності внаслідок бойових дій.



Отримані дані свідчать, що для більшості респондентів досліджуваної вибірки цей показник є негативним — 42 особи (85,71%). Ствердну відповідь щодо наявності поранень та інвалідизації надали 7 осіб (14,29% від загальної кількості опитаних). При цьому поодинокі випадки отримання важких поранень зафіксовані в обох групах досліджуваних: як серед військовослужбовців, які виконують завдання на передовій (Група 1), так і серед тих, хто перебуває на етапі відновлення чи тилової служби понад 12 місяців (Група 2).

З метою перевірки статистичної значущості виявлених міжгрупових розбіжностей на рівні середніх величин було застосовано однофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA), результати якого наведено в таблиці 2.2.4.

Таблиця 2.2.4 – Результати однофакторного дисперсійного аналізу (ANOVA).

Методика	М (гр.1)	М (гр. 2)	F _{емп}	p	Статистична значущість
ПТСР (CAPS-5)	46,57	31,79	3,51	0,067	на межі значущості
тривога (DASS-21)	11,47	6,21	5,74	0,02	значущо ($p < 0,05$)
депресія (DASS-21)	12,93	8,53	2,39	0,128	не значущо
стрес (DASS-21)	8,67	6,21	2,62	0,112	не значущо
сприйнятий стрес (PSS-10)	18,77	16,47	1,74	0,193	не значущо

Статистично значуща відмінність між середніми значеннями груп виявлена лише за шкалою тривоги методики DASS-21 ($p = 0,020$). Це констатує стійке підвищення рівня тривожності у військовослужбовців Групи 1, які перебувають в зоні активних бойових дій. Показник інтенсивності симптомів ПТСР за клінічною шкалою CAPS-5 перебуває на межі статистичної значущості ($p = 0,067$). Зафіксований брак лінійної значущості за ANOVA

обумовлений високим розкидом балів усередині груп через індивідуальну варіативність показників респондентів.

Для точкового аналізу структури вибірки на полюсах критичних проявів було проведено порівняння відсоткових часток військовослужбовців із вкрай важкими показниками за критерієм Фішера (Таблиця 2.2.5).

Таблиця 2.2.5 – Порівняння часток осіб із вкрай важкими показниками за критерієм Фішера.

Показник	Гр. 1	Гр. 2	$\Phi_{\text{емп}}$	p	Статистична значущість
депресія	20,00%	0,00%	2,54	$\leq 0,01$	висока
тривога	23,30%	0,00%	2,77	$\leq 0,01$	висока
ПТСР	23,30%	10,50%	1,22	$> 0,05$	не значущо (тенденція)
сприйнятий стрес	13,30%	5,30%	0,93	$> 0,05$	не значущо

Аналіз за критерієм Фішера зафіксував високу статистичну значущість ($p \leq 0,01$) відмінностей між групами за частотою прояву екстремальних рівнів депресії та тривоги. У Групі 1 виявлено субпопуляційну групу (20–23% особового складу) з клінічними проявами депресії та вкрай важкої тривоги. У Групі 2 особи з аналогічними критичними станами на момент обстеження повністю відсутні (0,00%). Відмінності за частками осіб із критичними проявами ПТСР ($p > 0,05$) та сприйнятого стресу ($p > 0,05$) не досягли рівня статистичної значущості.

Для встановлення внутрішніх патогенетичних механізмів підтримання негативних станів було розраховано матрицю інтеркореляцій за методом р-Пірсона (Таблиця 2.2.6).

Таблиця 2.2.6 – Кореляційна матриця значущих взаємозв'язків показників ПТСР та психоемоційних станів.

Показники	CAPS-5	Депресія	Тривога	Стрес	PSS-10
CAPS-5	1				
Депресія	0,611	1			
Тривога	0,625	0,587	1		
Стрес	0,610	0,633	0,591	1	
PSS-10	0,620	0,627	0,524	0,526	1

*Примітка: коефіцієнти $r \approx 0,6$ свідчать про сильний прямий зв'язок.

Емпіричні дані свідчать про наявність сильних прямих взаємозв'язків між усіма досліджуваними ознаками ($r \approx 0,6$ при $p \leq 0,01$). Шкала CAPS-5 демонструє рівномірну кореляцію з усіма показниками психоемоційного напруження. Зростання інтенсивності симптомів ПТСР прямо пов'язане з посиленням тривожних ($r = 0,625$), депресивних ($r = 0,611$) та стресових проявів. Найвищий кореляційний зв'язок суб'єктивно сприйнятого стресу (PSS-10) зафіксовано зі шкалою депресії ($r = 0,627$). Також відзначається висока кореляція клінічної шкали CAPS-5 із тривогою за DASS-21 ($r = 0,625$).

При спробі математичного моделювання ізольованого впливу новітніх засобів ведення війни було виявлено методологічне обмеження. Оскільки 87,76% респондентів усієї вибірки (43 особи) зазнали пресингу з боку БПЛА та FPV-дронів, а частка осіб без такого досвіду становить лише 12,24% (6 осіб), математична потужність потенційних порівняльних чинників у нульовій категорії є заниженою. Це унеможливлює проведення коректного порівняльного чи регресійного аналізу, фіксуючи загрозу від безпілотних систем як інваріантне, тотальне тло сучасного бойового середовища.

Поглиблений аналіз мікрогрупи бійців, які дістали важкі поранення з подальшою інвалідизацією ($n = 7$), виявив чітку поляризацію їхніх діагностичних показників. У 28% осіб цієї підгрупи зафіксовано вкрай високі бали за шкалою CAPS-5 (78 та 91 бал) та виражену депресивну симптоматику за DASS-21 (8 та 16 балів), що вказує на роль соматичного дефекту як фактора хронізації психотравми. Натомість троє військовослужбовців

продемонстрували низькі показники ПТСР (12, 24 та 34 бали), які є нижчими за середні значення вибірки загалом. Це підтверджує, що сам факт отримання поранення не є лінійним предиктором розвитку важких форм ПТСР, а провідну роль відіграє суб'єктивна семантична оцінка події (зокрема, сприйняття поранення як моменту виходу з ситуації перманентної вітальної загрози на передовій).

2.3. Якісний аналіз та інтерпретація окремих клінічних випадків.

Для отримання більш цілісного розуміння структури посттравматичних реакцій, окрім загальної статистичної обробки, нами було проведено якісний аналіз окремих діагностичних випадків. Це дозволило простежити, як саме специфіка бойового досвіду відбивається на індивідуальних показниках психоемоційного стану військовослужбовців.

Кейс 1. Військовослужбовець штурмової бригади, розвідник.

Респондент — чоловік, віком від 31 до 40 років, перебуває на службі більше 5 років. Має значний бойовий досвід, що включає виконання завдань у безпосередньому вогневому контакті з противником та тривале перебування у «сірій зоні». В переліку бойових загроз зазначив майже всі можливі чинники: артилерійські обстріли, роботу снайперів, мінно-вибухові, а також сучасні технологічні загрози (FPV-дрони та НРК).

Результати діагностики виявили екстремально високий загальний бал за методикою CAPS-5 — 131 бал, що відповідає критичному рівню ПТСР, при якому розлад тотально охоплює всі сфери життєдіяльності особистості. Показники за методикою DASS-21 підтверджують складність стану: зафіксовано вкрай важкі рівні депресії (30 бали) та тривоги (30 балів). Водночас суб'єктивне сприйняття стресу за цією ж методикою перебуває на помірному рівні (19 балів), а за шкалою PSS-10 становить 28 балів, що вказує на високу когнітивну напругу.

Аналізуючи цей клінічний випадок, ми можемо констатувати виражене виснаження захисно-компенсаторних механізмів психіки. Екстремальний бал

за CAPS-5 вказує на постійну маніфестацію симптомів за всіма основними кластерами розладу. Нав'язливі спогади, прояви флешбеків у поєднанні з активним униканням тригерних ситуацій свідчать про те, що перенесений психотравмувальний досвід залишається актуальним і неінтегрованим. Вкрай високі показники депресії та тривоги за DASS-21 відображають стійке зниження емоційного тону та розвиток симптому «емоційного оніміння», що часто є наслідком тривалого перебування в умовах вітальної загрози.

З дослідницького погляду суттєвий інтерес викликає невідповідність між критичним рівнем ПТСР і помірними балами неспецифічного стресу за DASS-21 (19 балів). На нашу думку, цей розрив ілюструє ефект тривалої адаптації досвідченого розвідника до хронічних умов небезпеки. Через тривалий стаж служби психіка респондента адаптувалася сприймати екстремальні навантаження як щоденне професійне тло. Військовослужбовець суб'єктивно не оцінює свій стан як гострий стрес, оскільки звик функціонувати в режимі граничного напруження, хоча об'єктивні діагностичні маркери вказують на критичний рівень психоемоційної декомпенсації. Описаний кейс є прикладом формування кумулятивної травми під впливом поєднання інтенсивного бойового стажу та сучасного технологічного тиску війни, що вимагає тривалого психотерапевтичного супроводу.

Кейс 2. Військовослужбовець бригади спеціального призначення.

Респондент — чоловік віком від 26 до 30 років, професійний військовий стаж становить від 3 до 5 років. Його бойовий досвід включає участь у надінтенсивних міських боях (оборона м. Маріуполь), а також подальше тривале перебування у полоні тривалістю 2 роки і 2 місяці.

За результатами тестування загальний бал за шкалою CAPS-5 становить 52 бали, що відповідає помірному/вираженому рівню ПТСР. Показники за методикою DASS-21 демонструють наступний розподіл: депресія — 12 балів (помірний рівень), тривога — 10 балів (помірний рівень), стрес — 14 балів (межа норми та м'якого рівня). Показник за шкалою сприйнятого стресу PSS-10 становить 21 бал (середній рівень).

Попри те, що загальний кількісний бал за CAPS-5 у цього респондента є значно нижчим, ніж у першому кейсі, якісний аналіз структури його відповідей виявляє специфічні особливості, притаманні особам після тривалої ізоляції та полону. Основний акцент симптоматики зміщений на Кластер С (уникання) та Кластер D (негативні зміни в когніціях та настрої). Помірні рівні загальної тривоги й стресу на тлі чітко верифікованого ПТСР свідчать про ймовірне ввімкнення механізмів психологічного захисту, зокрема дисоціації та «емоційного оніміння», які сформувалися як адаптивна реакція для виживання в полоні й продовжують діяти зараз для забезпечення соціального функціонування.

Пряма мова респондента: *«Тяжко розповісти про те, чого дуже багато в голові... ситуації уривками згадуються. Загинув старший позиції, нам доводилося його евакуйовувати... пішки треба було забрати труп, транспорт весь розбитий. Приліт граду, він з виду цілий, думав контузило, а потім його перевернули — а в нього повна каска крові натекла. Забрали його до нас в підвал, а потім росіяни підпалили той підвал. Сам труп не обгорів, але колір змінився, такий наче вугілком став. Довелося забирати його, щоб тіло передали родичам...».*

Ще історія: *26 березня по позиції нанесли ракетний удар, загинуло 14 наших бійців. Ми на евакуацію, а дійти не можемо — там уже росіяни. Зустріли трьох наших, які вибрались: хтось землею плюється, бо засипало, хтось несе нісенітницю, бо в шоці. До сих пір невідомо, чи всі там загинули...*

З полону багато історій. На власні очі не бачив як вбивали, але бачив багато разів як забивали до полусмерті гумовими палицями за якийсь невеликий косяк. Так знущатися із беззбройних і отримувати від цього задоволення...».

Розповідь респондента яскраво ілюструє специфіку фрагментарної пам'яті, характерної для ПТСР (ситуації уривками згадуються). Використання деталізованого, але емоційно відстороненого тону під час опису загибелі побратимів та евакуації тіл вказує на високий рівень десенсибілізації

(зниження чутливості) респондента до теми смерті. Психіка використовує захисне обмеження афективного реагування, перетворюючи кризову подію на послідовність суто технічних дій, щоб знизити інтенсивність нестерпних емоційних переживань.

Окреме місце у структурі травматизації посідає тривалий досвід перебування в умовах повної безпорадності та підпорядкування під час полону. Описані респондентом акти немотивованого насильства з боку супротивника формують стійке почуття порушеної безпеки та несправедливості, що безпосередньо корелює з високими балами за субшкалою негативних когніцій методики CAPS-5. Отже, попри помірний загальний діагностичний бал (52), наявність таких інтенсивних і деталізованих спогадів доводить, що психотравмувальний досвід полону зберігає свою високу патогенність. Психічний стан бійця утримується у відносній нормі за рахунок високої професійної витримки та захисної дисоціації, проте він потребує спеціалізованої психологічної підтримки, спрямованої на декомпресію та інтеграцію травматичних спогадів у безпечних умовах.

2.4. Рекомендації щодо реабілітації військовослужбовців із проявами ПТСР.

На основі проведеного кількісного та якісного аналізу психоемоційних станів комбатантів нами було розроблено практичні рекомендації, які адаптовані для застосування військовими психологами, фахівцями центрів морально-психологічного забезпечення та реабілітаційних установ на первинному етапі роботи. Зважаючи на виявлений нами феномен адаптації досвідчених військовослужбовців до хронічного напруження, коли важкі прояви ПТСР та депресії суб'єктивно сприймаються як «нормальний робочий фон», пріоритетним кроком є впровадження програм первинної психоосвіти та дестигматизації. Це передбачає руйнування ілюзії «нормативності» виснаження шляхом проведення інформаційних занять, спрямованих на роз'яснення маркерів хронічного стресу. Комбатанти мають отримати чіткі

знання про те, що тривожність, емоційне снування та втрата мотивації є об'єктивними наслідками виснаження нервової системи, а не змінами характеру. Ознайомлення особового складу з природою виникнення нав'язливих спогадів та флешбеків як проявів незавершеної обробки інформації психікою знижує рівень внутрішньої тривоги та страху перед власними реакціями.

З огляду на зафіксовану тотальну загрозу використання FPV та її суттєвий вплив на рівень гіперзбудливості бійців, первинна допомога має фокусуватися на стабілізації нервової системи та психологічній роботі з акустичними й реактивними тригерами. Важливо ефективно навчати військовослужбовців індивідуальним технікам саморегуляції та самопомоги під час раптової актуалізації стресу. До таких методів належать доступні дихальні вправи, зокрема квадратне дихання або дихання з подовженим видихом, які знижують тонус симпатичної нервової системи. Окрім цього, важливе місце посідає робота з гострими реакціями на кшталт startle-рефлексу за допомогою занять із заземлення. Навчання бійців усвідомленню власного тіла у просторі в момент виникнення різкого звукового тригера (наприклад, дзижчання) через залучення органів чуття (зокрема, використання базової техніки «5-4-3-2-1») допомагає оперативно повернути відчуття реальності й відновлює суб'єктивний контроль над ситуацією.

Враховуючи виявлену під час якісного аналізу специфіку емоційного відсторонення та високих балів за шкалою негативних когніцій у бійців після тривалої ізоляції, рекомендації щодо первинної підтримки осіб із досвідом полону передбачають м'які стабілізуючі інтервенції. Доцільним є застосування безпечних технік арт-терапії, таких як ізотерапія чи колажування. Подібні методи використовуються не для глибокого аналізу несвідомого, а як безпечний спосіб невербального вираження пригнічених емоцій, що допомагає знизити загальне емоційне напруження без ризику ретравматизації особистості. Також можливе використання елементів когнітивної реструктуризації на базовому рівні через спільний аналіз та обговорення

поточних думок респондента. Ця робота спрямовується на делікатне опрацювання гострого відчуття несправедливості та безпорадності через пошук мікроцілей та поступове відновлення контролю над поточним побутовим життям у безпечних умовах реабілітації.

Заключний блок рекомендацій стосується психосоціальної інтеграції та супроводу осіб із соматичними пораненнями, оскільки аналіз відповідної мікрогрупи довів, що фізична травма може виступати чинником хронізації ПТСР, проте її перебіг суттєво залежить від подальшої адаптації в соціумі. Рекомендується організовувати та модерувати зустрічі й групи підтримки за принципом «рівний-рівному», де військовослужбовці з аналогічним досвідом поранених або госпіталізації можуть ділитися власними адаптивними стратегіями подолання труднощів. Такий підхід ефективно мінімізує відчуття ізоляції та сприяє відновленню зруйнованих соціальних зв'язків. Паралельно з цим робота має бути спрямована на стимуляцію соціальної активності комбатантів через залучення їх до доступних видів діяльності всередині підрозділу чи реабілітаційного центру, відновлення міжособистісної взаємодії та формування нових життєвих орієнтирів з урахуванням поточного фізичного стану.

Висновок до розділу 2.

У межах другого розділу здійснено комплексне емпіричне дослідження проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та супутніх психоемоційних станів у 49 військовослужбовців Сил оборони України. Розподіл вибірки на дві групи — комбатантів, які беруть безпосередню участь у бойових діях, та осіб, які не залучалися до них протягом останніх 12 місяців, — дозволив порівняти стан бійців передової та військових на етапі відновлення. Використаний діагностичний пакет (CAPS-5, DASS-21, PSS-10 та авторська шкала інтенсивності бойового досвіду) у поєднанні з методами математичної статистики (ANOVA, критерій Фішера, кореляція Пірсона) забезпечив високу точність та валідність отриманих результатів.

Кількісний аналіз даних виявив глибоку специфіку розподілу симптоматики залежно від чинника актуальності бойового досвіду. У військовослужбовців першої групи зафіксовано суттєве зміщення показників у бік клінічно значущої важкої симптоматики, де виражений, важкий та екстремальний рівні ПТСР за CAPS-5 охоплюють майже половину вибірки через хронічне напруження на передовій. У другій групі виявлено стабілізуючий вплив чинника часу та безпечного середовища, що виявилось у зростанні частки осіб із мінімальними проявами розладу. Водночас показники сприйнятого стресу в обох групах залишилися переважно в межах норми та середніх значень, що свідчить про специфічну когнітивну адаптацію, за якої екстремальні навантаження сприймаються бійцями як звичне професійне тло.

Статистичний аналіз підтвердив тотальний характер сучасних воєнних загроз, де артилерійські обстріли та пресинг з боку FPV-дронів та НРК виступають постійним психотравмувальним ядром, яке лінійно збільшує рівень тривожності й гіперпильності. За критерієм Фішера верифіковано субпопуляційну групу на передовій (понад 20% особового складу) з критичними проявами депресії та тривоги, а кореляційний аналіз підтвердив прямий зв'язок між інтенсивністю ПТСР та афективними порушеннями. Дослідження мікрогрупи поранених засвідчило, що соматичний дефект веде до хронізації травми не автоматично, а опосередковується індивідуальним наданням смислу події та умовами подальшої соціальної адаптації.

Якісний аналіз окремих клінічних випадків поглибив розуміння структури травми. Кейс розвідника штурмової бригади з екстремальним балом за CAPS-5 (131 бал) та вкрай важкою тривожністю й депресією за DASS-21 проілюстрував ефект повної психоемоційної декомпенсації та формування кумулятивної травми під впливом сучасного технологічного тиску війни. Кейс військовослужбовця бригади спеціального призначення після тривалого полону (52 бали за CAPS-5) унаочнив зміщення симптоматики на кластери уникання та негативних когніцій. Пряма мова респондента яскраво зафіксувала фрагментарність пам'яті, глибоку десенсибілізацію до теми

смерті, а також стійке почуття порушеної безпеки й несправедливості внаслідок пережитої безпорадності.

Підсумком розділу стала розробка практичних рекомендацій для військових психологів на первинному етапі роботи. Перший блок фокусується на впровадженні програм психоосвіти для руйнування ілюзії нормативності хронічного виснаження та дестигматизації ПТСР. Другий напрям передбачає навчання бійців індивідуальним технікам саморегуляції (дихальні вправи, заземлення за технікою «5-4-3-2-1») для подолання гострих startle-рефлексів на акустичні тригери дронів. Робота з особами після полону орієнтована на м'які невербальні інтервенції (арт-терапія, когнітивна реструктуризація) задля відновлення суб'єктивного контролю. Супровід поранених спрямовано на психосоціальну інтеграцію через модерацію груп підтримки «рівний-рівному» та стимуляцію соціальної активності військовослужбовців.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі здійснено теоретичне узагальнення та емпіричне розв'язання актуальної науково-практичної проблеми, що полягає у виявленні особливостей прояву посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військовослужбовців з різним статусом участі в бойових діях. Поєднання глибокого теоретичного аналізу із комплексним емпіричним інструментарієм дозволило повністю реалізувати поставлену мету та розв'язати визначені завдання дослідження.

Відповідно до першого завдання, теоретичний аналіз наукової літератури засвідчив, що ПТСР є складним системним психопатологічним синдромом, який розвивається внаслідок переживання подій, що виходять за межі звичайного людського досвіду та несуть пряму вітальну загрозу. Встановлено, що сучасний етап ведення бойових дій суттєво трансформує класичну структуру посттравматичних реакцій через зміну фаз і ходу війни, зокрема внаслідок появи нових високотехнологічних чинників. Тотальний характер воєнних загроз, безперервність бойового досвіду та специфіка

тривалого перебування в екстремальних умовах зумовлюють високу коморбідність ПТСР із афективними розладами, суттєво виснажуючи захисно-компенсаторні механізми психіки військовослужбовців та вимагаючи диференційованого підходу до оцінки їхнього стану.

У межах реалізації другого завдання було проведене емпіричне дослідження на вибірці з 49 військовослужбовців Сил оборони України. Отримані кількісні та якісні дані повністю підтвердили висунуту гіпотезу дослідження. Доведено існування статистично значущих відмінностей у проявах ПТСР між військовослужбовцями, які наразі беруть участь в активних бойових діях (перша група), та тими, які не брали участі у зіткненнях упродовж крайнього року (друга група). У першій групі прояви розладу є суттєво вираженішими та гострішими: клінічно значуща важка симптоматика за шкалою CAPS-5 охоплює майже половину бійців передової. Це безпосередньо пов'язано з тим, що їхній психотравмувальний досвід триває, а постійний пресинг з боку безпілотних систем (БПЛА та FPV-дронів) й артилерії формує стійке вогневе тло, яке лінійно підживлює рівень тривожності й гіперпильності. Натомість у другій групі чітко простежується стабілізуючий вплив чинника часу та безпечного середовища, що виявляється у зростанні частки осіб із мінімальними проявами ПТСР.

Емпірично верифіковано специфічний феномен когнітивної адаптації досвідчених комбатантів, за якого об'єктивно високий рівень психоемоційної декомпенсації та екстремальні бали ПТСР поєднуються із суб'єктивно помірними показниками неспецифічного стресу, оскільки тривале перебування в небезпеці змушує психіку сприймати граничні навантаження як повсякденний професійний фон. Якісний аналіз клінічних випадків дозволив деталізувати структуру кумулятивної травми у розвідників штурмових підрозділів та специфіку травматизації після тривалого перебування в полоні. Встановлено, що досвід ізоляції та вимушеної безпорадності зміщує акцент симптоматики на кластери уникання й негативних когніцій, провокуючи

емоційне оніміння, фрагментарність пам'яті та глибоку десенсибілізацію до теми смерті на тлі гострого почуття несправедливості.

У межах третього завдання, спираючись на виявлені особливості та закономірності, було розроблено практичні рекомендації щодо психологічної допомоги та реабілітації військовослужбовців, адаптовані для первинного етапу роботи військових психологів. Запропонований комплекс заходів має диференційований характер: він передбачає розгортання програм первинної психоосвіти для подолання ілюзії нормативності хронічного виснаження, навчання особового складу методам швидкої саморегуляції та заземлення під час реагування на акустичні тригери безпілотників, а також використання м'яких невербальних інтервенцій та когнітивної реструктуризації для осіб із досвідом полону. Окрему увагу приділено психосоціальній інтеграції поранених бійців через модерацію груп підтримки за принципом «рівний-рівному», що дозволяє знизити ризик хронізації травми та сприяє успішному відновленню міжособистісної взаємодії комбатантів. Таким чином, результати дослідження мають виражену практичну цінність і можуть бути безпосередньо інтегровані в систему психологічного супроводу Сил оборони України.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Ван дер Колк Б. Тіло веде лік. Як лишити психотравми в минулому / пер. з англ. О. Смольницька. Київ : Віват, 2022. 512 с.
2. Романишин А. М., Неурова А. Б. Психологічна допомога військовослужбовцям із бойовою психічною травмою: сучасний стан та перспективи. Вісник Національного університету оборони України. 2021. № 6 (64). С. 136–144.
3. Неврози воєнного часу / З. Фрейд, К. Абрахам, Ш. Ференці, Е. Сіммель, Е. Джонс, А. Ейнштейн ; пер. з нім. та англ. Київ : Форс Україна, 2021. 240 с.
4. Kardiner A. The Traumatic Neuroses of War. New York : Hoeber, 1941. 258 p.
5. Horowitz M. J. Stress Response Syndromes. New York : Jason Aronson, 1976. 366 p.
6. Figley C. R. Stress Disorders among Vietnam Veterans: Theory, Research, and Treatment. New York : Brunner/Mazel, 1978. 326 p.
7. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання / пер. з англ. О. Любенко. Львів : Видавництво Старого Лева, 2021. 416 с.
8. Ehlers A., Clark D. M. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. Behaviour Research and Therapy. 2000. Vol. 38, Issue 4. P. 319–345.
9. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В. Психологічна робота з військовослужбовцями - учасниками АТО на етапі відновлення: Методичний посібник. – К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2017. – 282 с
10. Чабан О. С., Хаустова О. О. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР): актуальність та клінічні орієнтири допомоги. Український медичний часопис. 2022. № 2 (148). С. 1–8.
11. Психологічна допомога учасникам бойових дій та їх сім'ям : кол. моногр. / М. І. Мушкевич, Р. П. Федоренко, А. П. Мельник [та ін.]. Луцьк : Вежа-Друк, 2025. 512 с.
12. Maercker A., Brewin C. R., Bryant R. A. et al. Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. World Psychiatry. 2013. Vol. 12, Issue 3. P. 198–206.

13. Про проєкт Закону України «Про комбатантів України» № 2167а від 23.06.2015 / О. Ю. Третьяков, Г. В. Загорій, М. В. Гаврилюк та ін. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/JH73100A?an=3>
14. Weiss D. S., Marmar C. R., Schlenger W. E. et al. The prevalence of lifetime and partial post-traumatic stress disorder in Vietnam theater veterans. *Journal of Traumatic Stress*. 1992. Vol. 5. P. 365–376.
15. Аймедов К. В., Волощук А. Е., Асєєва Ю. О., Толмачов О. А. Сучасна діагностична концепція посттравматичного стресового розладу // *Архів психіатрії*. — 2016. — Т. 22, № 2. — С. 128-129.
16. Bremner J. D. Traumatic stress: effects on brain structure and function. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2006. Vol. 8, Issue 4. P. 445–461.
17. Pitman R. K., Rasmusson A. M., Koenen K. C., et al. Biological studies of post-traumatic stress disorder. *Nature Reviews Neuroscience*. 2012. Vol. 13, Issue 11. P. 769–787.
18. Марута Н. О., Федченко В. Ю. Медико-психологічні наслідки дистресу війни в Україні. *Український медичний часопис*. 2022. № 4 (150). С. 1–10.
19. Чабан О. С., Хаустова О. О. Психічне здоров'я в умовах війни: від гострих стресових реакцій до ПТСР. *Український вісник психоневрології*. 2023. Т. 31, вип. 2 (115). С. 5–11.
20. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey / R. C. Kessler et al. *Archives of General Psychiatry*. 1995. Vol. 52, No. 12. P. 1048–1060.
21. Осьодло В. І. Психологія професійного становлення офіцера : монографія. Київ : ПП «Золоті ворота», 2012. 463 с.
22. Litz B. T., Maguen S. Moral injury in veterans of war. *National Center for PTSD Research Quarterly*. 2009. Vol. 20, No. 1. P. 1–3.
23. Матяш М. М., Худенко Л. І. Український синдром: особливості посттравматичного стресового розладу в учасників антитерористичної операції. *Український медичний часопис*. 2014. № 6 (104). С. 124–127.
24. Зборовський О. М. Особливості впливу мінно-вибухової травми на психічне здоров'я учасників АТО. *Архів психіатрії*. 2016. Т. 22, № 2 (85). С. 135.
25. Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації» : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від

19.07.2024 р. № 1265. URL: <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukrayini-vid-19-07-2024-1265-pro-zatverdzhennya-unifikovanogo-klinichnogo-protokolu-pervinnoyi-ta-specializovanoyi-medichnoyi-dopomogi-gostra-reakciya-na-stres-posttravmatichnij-stresovij-rozlad-porushennya-adaptaciyi>

26. Женевська конвенція про поводження з військовополоненими від 12 серпня 1949 року. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_153#Text

27. Романишин А. М., Бойко О. В., Богородицький Д. В. та ін. Психологія бою: діяльність командира підрозділу щодо підтримання морально-психологічного стану особового складу в ході бойових дій : навч.-метод. посіб. Львів : НАСВ, 2015. 322 с.

28. Блінов О. А. Психологія бойової психічної травми : монографія. Київ : Талком, 2016. 248 с.

29. Медико-психологічна реабілітація та соціальна адаптація учасників бойових дій: проблеми та перспективи : бібліогр. покажч. / уклад. : Л. Є. Корнілова, Є. О. Корнілова ; наук. консультант М. М. Матяш. Київ, 2018. 32 с.

30. Бадрак В. В. Україна змінила парадигму сучасної війни: технології, тактика та стратегія майбутнього. АрміяInform. 2025. URL: https://btry.energy/post/tehnologiy-viyny-yak-vony-zminyuyut-armiy_dfdb83df

31. Дрони на війні: у Politico розповіли, як технології впливають на хід конфлікту. УНІАН: інформаційне агентство. 2024. URL: <https://www.unian.ua/war/droni-na-viyni-u-politico-rozpovili-yak-tehnologiji-vplivayut-na-hid-konfliktu-13112052.html>

32. Ткач Г. Наземні роботизовані комплекси у ЗСУ: стан та перспективи впровадження. Glavcom.ua. 2025. URL: <https://inkorr.com/robot-na-nuli-u-zsu-masstabuut-zastosuvanna-nazemnih-robotizovanih-kompleksiv-269670>

33. Замінити піхоту: перспективи наземних дронів представили у Сухопутних військах. АрміяInform. 2025. URL: <https://armyinform.com.ua/2025/01/22/zaminyty-pihotu-perspektyvy-nazemnyh-droniv-predstavyly-u-suhoputnyh-vijskah/>

34. Weathers F. W., Blake D. D., Schnurr P. P. et al. The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5). Interview available from the National Center for PTSD. 2013.

35. Мельник Ю. Б., Стаднік А. В. Шкала депресії, тривоги та стресу: метод. посіб. (укр. версія). Харків: ХОГОКЗ, 2023. 12 с.

36. Вельдбрехт О. О., Тавровецька Н. І. Шкала сприйнятого стресу (PSS-10): адаптація та апробація в умовах війни. Проблеми сучасної психології. 2022. № 2.

37. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник / Н. А. Агаєв, О. М. Кокун, І. О. Пішко та ін. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.

ДОДАТОК А.

КЛАСТЕРИ СИМПТОМІВ ПТСР (DSM-5) II.

1. Кластер В (повторне переживання) – характеризується мимовільними інтрузіями (спогадами), рецидивними жахливими сновидіннями та дисоціативними реакціями (флешбеками), під час яких особа відчуває ретравматизацію в реальному часі:
 - Нав'язливі спогади – можуть бути як у формі фрагментів, так і деталізованих сцен.
 - Рецидивні сни – жахливі сни, зміст яких пов'язаних із травмою або віддзеркалює її емоційний зміст.
 - Дисоціативні реакції (флешбеки) – відчуття або дія, ніби травма відбувається знову; у цьому стані людина може повністю втрачати контакт із реальністю.
 - Інтенсивний дистрес – сильний психологічний та/або фізичний дистрес (наприклад, тахікардія, пітливість) у відповідь на тригери (запахи, звуки, зображення), що символізують травму.
2. Кластер С (уникання) – передбачає стійке дистанціювання від внутрішніх (думки, почуття) та зовнішніх (місця, люди) стимулів, що асоціюються з травмою:
 - Внутрішнє уникнення – уникання думок, почуттів або розмов, пов'язаних із травмою.
 - Зовнішнє уникнення – уникання нагадувань у зовнішньому середовищі (місць, людей, ситуацій, які можуть викликати спогади).

3. Кластер D (негативні зміни в когніціях та настрої):

- Стійка нездатність пригадати ключові аспекти травми.
- Стійкі та перебільшені негативні переконання про себе, інших або світ.
- Стійкі негативні емоційні стани (страх, гнів, сором), а також значне зниження інтересу до раніше важливих видів діяльності.
- Відчуття відчуженості, ізольованості від інших людей.

4. Критерій E (зміни збудливості та реактивності) – симптоми, що відображають гіперреактивність нервової системи:

- Роздратованість, спалахи гніву, часто без видимої причини.
- Безрозсудна, ризикована або саморуйнівна поведінка.
- Постійна настороженість до можливої загрози.
- Стійке порушення сну.
- Надмірний рефлекс здригання (переляку).

ДОДАТОК Б.

1. Бланк інтерв'ю CAPS-5

CAPS-5 РЕЗЮМЕ ЛИСТ

Ім'я: _____ ID #: _____ Інтерв'юер: _____ Дослідження: _____ Дата: _____

А. Безпосередній вплив або загроза смерті, травмування або сексуального насильства		
Чи зустрічався критерій А?	0 = НІ	1 = ТАК
В. Симптоми «вторгнення» (необхіден 1 для постановки діагнозу)	Минулий тиждень	
	Sev	Sx (Sev > 2)?
(1) В1 - Інтрузивні спогади		0 = НІ 1 = ТАК
(2) В2 - Кошмарні сновидіння		0 = НІ 1 = ТАК

(3) B3 - Дисоціативні реакції		0 = HI 1 = TAK
(4) B4 - Психологічний дистрес		0 = HI 1 = TAK
(5) B5 - Фізіологічні реакції		0 = HI 1 = TAK
B Проміжні	B Sev =	# B Sx =
підсумки		
C. Симптоми уникнення (необхідно 1 для постановки діагнозу)	Минулий тиждень	
	Sev	Sx (Sev > 2)?
(6) C1 - Уникнення спогадів, думок, почуттів		0 = HI 1 = TAK
(7) C2 - Уникнення зовнішніх нагадувань		0 = HI 1 = TAK
C Проміжні	C Sev =	# C Sx =
підсумки		
D. Когнітивні та емоційні симптоми (необхідно 2 для постановки діагнозу)	Минулий тиждень	
	Sev	Sx (Sev > 2)?
(8) D1 - Нездатність згадати важливий аспект події		0 = HI 1 = TAK
(9) D2 - Перебільшені негативні переконання або очікування		0 = HI 1 = TAK
(10) D3 - Когнітивне викривлення щодо провини		0 = HI 1 = TAK
(11) D4 - Стійкий негативний емоційний стан		0 = HI 1 = TAK

(12) D5 - Зниження інтересу або участі в діяльності		0 = HI 1 = TAK
(13) D6 - Відокремлення або відчуження від інших		0 = HI 1 = TAK
(14) D7 - Стійка нездатність відчувати позитивні емоції		0 = HI 1 = TAK
D Проміжні	D Sev =	# D Sx =
підсумки		
E. Симптоми порушення і гіперактивації (необхідно 2 для постановки діагнозу)	Минулий тиждень	
	Sev	Sx (Sev > 2)?
(15) E1 - Дратівливість і спалахи гніву		0 = HI 1 = TAK
(16) E2 - Відчайдушна або саморуйнівна поведінка		0 = HI 1 = TAK
(17) E3 - Наднастороженість		0 = HI 1 = TAK
(18) E4 - Гіпертрофована реакція переляку		0 = HI 1 = TAK
(19) E5 - Проблеми з концентрацією		0 = HI 1 = TAK
(20) E6 - Порушення сну		0 = HI 1 = TAK
E Проміжні	E Sev =	# E Sx =
підсумки		
ПТСР Підсумок		
	Минулий тиждень	

	Сума Sev	Сума # Sx
Сума проміжних висновків (B + C + D + E)		
F. Тривалість порушення	Нинішнього	
(22)	НЕ ЗАСТОСОВУЄТЬСЯ	
G. Дистрес або погіршення (необхіден 1 для постановки діагнозу)	Минулий тиждень	
	Sev	Sx (Sev > 2)?
(23) Суб'єктивний дистрес		0 = HI 1 = TAK
(24) Порушення в соціальному функціонуванні		0 = HI 1 = TAK
(25) Порушення у професійній діяльності		0 = HI 1 = TAK
G Проміжні підсумки	G Sev =	# G Sx =
Загальний рейтинг минулого тижня	Минулий тиждень	
(26) Загальна валідність		
(27) Загальна тяжкість		
(28) Загальне поліпшення		
Дисоціативні симптоми (необхіден 1 для підтипу)	Минулий тиждень	
	Sev	Sx (Sev > 2)?
(29) 1 - Деперсоналізація		0 = HI 1 = TAK
(30) 2 - Дерееалізація		0 = HI 1 = TAK
Дисоціативні симптоми Проміжні підсумки	Diss Sev =	# Diss Sx =

2. Шкала депресії, тривоги та стресу (DASS-21)

ІНСТРУКЦІЯ:

Опитування проводиться з метою дослідження особистого самопочуття, є добровільним і анонімним. Будь ласка, прочитайте кожне твердження та оцініть, наскільки воно відображало Ваші стани протягом останнього тижня. Оберіть один варіант відповіді для кожного твердження відповідно до шкали оцінювання: 0 — взагалі не стосується мене; 1 — мало стосується мене або стосується час від часу; 2 — значною мірою стосується мене або стосується часто; 3 — повністю стосується мене або стосується більшу частину часу.

Таблиця Б.1 – Бланк опитувальника **DASS-21**

№	Твердження	0	1	2	3
1	Мені було важко розслабитися				

2	Я відчував сухість у роті				
3	Здавалося, я взагалі не відчував жодних позитивних відчуттів				
4	Я відчував утруднене дихання				
5	Мені було важко проявляти ініціативу, щоб щось робити				
6	Я був схильний надмірно реагувати на ситуації				
7	Я відчував тремтіння (наприклад, в руках)				
8	Я відчував, що витрачаю багато нервової енергії				
9	Мене турбували ситуації, в яких я можу запанікувати і виставити себе дурнем				
10	Я відчував, що мені нема чого чекати				
11	Я помічав, що хвилююся без причини				
12	Мені було важко розслабитися				
13	Я відчував себе пригніченим і похмурым				
14	Я був нетерпимий до всього, що заважало мені продовжувати те, що я роблю				
15	Я відчував, що близький до паніки				
16	Я не міг ні в чому захоплюватися				
17	Я відчував, що не вартий багато чого як особистість				
18	Мені здалося, що я досить часто ображався				
19	Я усвідомлював роботу мого серця за відсутності фізичного навантаження (наприклад, відчуття збільшення частоти)				
20	Мені було страшно без будь-якої причини				
21	Я відчував, що життя безглузде				

3. Шкала сприйнятого стресу (PSS-10)

ІНСТРУКЦІЯ:

Запитання в цій шкалі стосуються Ваших почуттів і думок протягом **ОСТАННЬОГО МІСЯЦЯ**. Будь ласка, для кожного пункту виберіть один із наступних варіантів відповіді, що відображує **ЯК ЧАСТО** ви відчували або міркували в певний спосіб: 0 = ніколи, 1 = майже ніколи, 2 = іноді, 3 = досить часто, 4 = дуже часто.

Таблиця Б.2 – Бланк опитувальника PSS-10

№	Твердження	0	1	2	3	4
1	Як часто за останній місяць ви були засмучені через щось, що трапилося несподівано?					
2	Як часто за останній місяць ви відчували, що не можете контролювати важливі речі у вашому житті?					
3	Як часто за останній місяць ви відчували знервованість та стрес?					
4	Як часто за останній місяць ви були впевнені, що зможете вирішити свої особисті проблеми?					
5	Як часто за останній місяць ви відчували, що все відбувається по-вашому (відповідно до ваших бажань, планів та поглядів)?					
6	Як часто за останній місяць ви відчували, що не можете впоратися з тим, що маєте зробити?					
7	Як часто за останній місяць ви були здатні контролювати роздратованість з приводу того, що відбувається у вашому житті?					
8	Як часто за останній місяць ви почувалися «господарем становища»?					
9	Як часто за останній місяць ви були розсерджені через події, на які не могли впливати?					

10	Як часто за останній місяць ви відчували, ніби труднощів накопичилося так багато, що ви не можете їх подолати?					
----	--	--	--	--	--	--

4. Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду (модифікована)

ІНСТРУКЦІЯ:

Ці питання стосуються характеру і тривалості Вашого перебування в умовах бойових дій (якщо таке з Вами відбувалося). Під кожним запитанням є шкала, прорангована від 0 до 3 (або від 0 до 4). Оберіть на цій шкалі позицію, яка максимально наближена до опису Вашого військового досвіду, і обведіть цифру у відповідності з Вашим вибором.

Таблиця Б.3 – Бланк шкали оцінки інтенсивності бойового досвіду (модифікований)

№	Твердження	0	1	2	3	4
1	Чи виконували Ви завдання, пов'язані з розвідкою, спостереженням або патрулюванням у зоні підвищеної небезпеки?	жодного разу	1-3 рази	4-12 разів	13-50 разів	більше 50 разів
2	Чи перебували Ви коли-небудь у зоні вогневого ураження з противником (наприклад, під артилерійським, мінометним обстрілом чи	жодного разу	1-3 години	4-10 годин	11-24 години	1-3 дні

	вогнем зі стрілецької зброї)?					
3	Чи перебували Ви коли-небудь в оточенні ворога?	жодного разу	1-2 рази	3-5 разів	6-10 разів	10-20 разів
4	Як часто Ви брали участь в обстрілі супротивника?	жодного разу	1-2 рази	3-12 разів	13-50 разів	більше 50 разів
5	Як часто Ви спостерігали, як хто-небудь був убитий або поранений в ході бойових дій?	жодного разу	рідко	іноді	часто	дуже часто
6	Як часто Ви наражались на небезпеку бути вбитим або пораненим (кулями, снарядами, холодною зброєю), потрапляли в засідку, в інші дуже небезпечні ситуації?	жодного разу	1-2 рази	3-12 разів	13-50 разів	більше 50 разів
7	Що із зазначеного нижче (якщо таке є) описує те, чого Ви особисто зазнали під час	дислокація на передовій (перебування в спостережному пункті, на бойових	перебування під прямим вогнем ворога (вогнепальна зброя, артилерія,	зіткнення з мінами або мінами- пастками	загроза від снайперського вогню	загроза від сучасних технологій (FPV- дрони, НРК і т.д.)

	бойових дій? (можна обрати декілька варіантів)	позиціях, на лінії зіткнення)	ракети, міномети)			
8	Чи були Ви поранені або постраждали під час бойових дій?	ні				так
9	Чи є у Вас інвалідність внаслідок бойових дій?	ні				так

ДОДАТОК В.

Матриця первинних емпіричних даних дослідження

Таблиця В.1 – Результати первинного діагностичного обстеження
військовослужбовців Сил оборони України

				Загальний бал				
№	Статус участі в АБД	Вік	Стаж	CAPS-5	DASS-21 (депресія)	DASS-21 (тривога)	DASS-21 (стрес)	PSS-10
1	1	18-25	Більше 5 років	39	4	8	10	12
2	1	26-30	3-5 років	26	14	10	18	16
3	1	18-25	Більше 5 років	74	14	12	10	14
4	1	18-25	Більше 5 років	53	30	30	9	19
5	1	18-25	Більше 5 років	80	30	20	13	31
6	1	18-25	3-5 років	33	0	10	5	15
7	2	26-30	3-5 років	52	16	14	11	11
8	1	18-25	3-5 років	68	36	6	21	24
9	2	26-30	3-5 років	74	6	10	17	16

10	2	26-30	Більше 5 років	23	8	2	4	14
11	2	26-30	1-3 роки	34	16	10	6	24
12	2	26-30	3-5 років	41	24	4	3	19
13	1	18-25	1-3 роки	33	4	4	6	12
14	1	26-30	1-3 роки	35	16	20	10	20
15	1	18-25	3-5 років	56	30	24	14	29
16	1	31-40	1-3 роки	90	30	6	13	29
17	1	41-50	1-3 роки	14	8	6	5	17
18	1	18-25	Менше 1 року	94	10	16	7	22
19	1	31-40	1-3 роки	54	2	4	4	15
20	1	26-30	Більше 5 років	20	2	0	5	14
21	1	31-40	1-3 роки	131	30	30	19	28
22	1	31-40	Менше 1 року	23	4	12	4	19
23	1	18-25	1-3 роки	0	0	6	0	12
24	1	18-25	3-5 років	26	4	2	4	9
25	2	26-30	Більше 5 років	33	6	2	2	10
26	1	26-30	Більше 5 років	0	0	4	2	10
27	2	31-40	Більше 5 років	10	4	0	3	10
28	2	31-40	Більше 5 років	0	8	8	16	13
29	2	26-30	3-5 років	24	2	0	1	17
30	1	41-50	1-3 роки	78	8	16	8	20
31	1	26-30	3-5 років	0	2	2	2	22
32	2	50+	1-3 роки	8	0	0	1	10
33	2	18-25	1-3 роки	16	2	4	5	15
34	2	41-50	3-5 років	26	6	6	4	15
35	2	31-40	1-3 роки	27	18	0	4	17
36	2	31-40	Більше 5 років	12	0	0	2	16
37	1	26-30	3-5 років	44	4	4	4	19
38	2	31-40	3-5 років	42	6	8	4	21

39	2	31-40	3-5 років	44	6	8	9	26
40	2	26-30	1-3 роки	42	20	22	11	20
41	1	18-25	1-3 роки	32	6	4	6	11
42	1	18-25	3-5 років	35	16	10	11	22
43	1	41-50	Більше 5 років	91	16	16	14	32
44	2	18-25	Більше 5 років	59	18	22	17	26
45	1	18-25	3-5 років	49	8	16	8	19
46	1	18-25	1-3 роки	27	4	8	9	17
47	1	18-25	3-5 років	37	24	4	5	19
48	1	41-50	3-5 років	46	16	16	5	10
49	1	18-25	Більше 5 років	46	12	16	7	18

Примітка: АБД — активні бойові дії; Група 1 — військовослужбовці, які наразі беруть безпосередню участь у бойових діях; Група 2 — військовослужбовці, які не брали участі в бойових діях протягом крайніх 12 місяців. Показники за методиками DASS-21 та PSS-10 наведено у сирих (первинних) балах.