

Хмельницький національний університет
Факультет здоров'я, психології, фізичної культури та спорту
Кафедра психології та педагогіки

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

Другий (магістерський)

Освітній рівень

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО
СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ У ПЕРІОД
РЕСОЦІАЛІЗАЦІЇ

Назва теми

Галузь знань – 05 Соціальні та поведінкові науки

Шифр і назва галузі знань

Спеціальність – 053 Психологія

Шифр і назва спеціальності

Шифр _____

номер ІНП

Виконала: студентка II курсу, гр. ППМз-22-1 _____ Марина ОЛІЙНИК

Підпис

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

Керівник: кандидат педагогічних наук, доцент _____ Людмила МІХЕСВА

науковий ступінь, вчене звання

Підпис

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

До захисту допускаю:

Зав. кафедри психології та педагогіки

доктор психологічних наук, професор

_____ Таїсія КОМАР

Підпис

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

_____ 2023р.

Хмельницький, 2023

ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет здоров'я, психології, фізичної культури та спорту
Кафедра психології та педагогіки
Освітній рівень другий (магістерський)
Галузь знань 05 «Соціальні та поведінкові науки»
Спеціальність 053 «Психологія»
Освітня програма освітньо-професійна програма «Психологія»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри психології та педагогіки
_____ Євген ПОТАПЧУК

підпис

протокол № 5 від 19 грудня 2022 р.

ЗАВДАННЯ НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ Марини ОЛІЙНИК

Ім'я, ПРИЗВИЩЕ здобувача

1. Тема кваліфікаційної роботи: «Психологічні особливості прояву посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців у період ресоціалізації».

Керівник кваліфікаційної роботи: Людмила МІХЕСВА, кандидат педагогічних наук, доцент

Ім'я, ПРИЗВИЩЕ, науковий ступінь, вчене звання

Затверджено наказом ректора університету від 15 серпня 2023 р. № 30

2. Строк подання здобувачем роботи на кафедру 08 грудня 2023 р.

3. Вихідні дані до роботи: матеріали звіту з переддипломної практики, комплекс методів та методик дослідження: анкета «Стрес-фактори»; Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант); тест на визначення стресостійкості особистості (за В. Семіченко); тест «Оцінка агресивності в стосунках» А. Ассінгера;

4. Зміст кваліфікаційної роботи (перелік питань, які потрібно розробити): вступ, розділ 1 Теоретичні основи вивчення психологічних особливостей прояву посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців у період ресоціалізації, посттравматичний стресовий розлад: симптоми та діагностичні критерії, вплив симптомів посттравматичного стресового розладу на військовослужбовців у період ресоціалізації, психологічні особливості прояву посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців у період ресоціалізації, висновки до розділу; розділ 2 Емпіричне дослідження психологічних особливостей прояву посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців у період ресоціалізації, опис та обґрунтування методів і методик дослідження, аналіз результатів дослідження, розробка психологічної програми «Антистрес», висновки до розділу, висновки, перелік джерел посилання, додатки.

5. Перелік графічного матеріалу (із зазначенням обов'язкових креслень) 2 рисунка, 10 таблиць.

6. Консультанти розділів кваліфікаційної роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв

Дата видачі завдання 19 грудня 2022 року

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів (розділів) кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапу роботи	Примітка
1	Вибір теми дослідження. Визначення об'єкта і предмета дослідження, постановка мети і завдань.	До 02 січня 2023 р.	виконано
2	Визначення теоретико-методологічних засад дослідження. З'ясування актуальності проблеми.	До 03 березня 2023 р.	виконано
3	Оформлення вступу кваліфікаційної роботи.	До 01 вересня 2023 р.	виконано
4	I розділ кваліфікаційної роботи.	До 10 вересня 2023 р.	виконано
5	II розділ кваліфікаційної роботи.	До 01 жовтня 2023 р.	виконано
6	Загальні висновки.	До 01 листопада 2023 р.	виконано
7	Оформлення кваліфікаційної роботи.	До 01 грудня 2023 р.	виконано
8	Попередній захист кваліфікаційної роботи.	_____ жовтня 2023 р.	виконано
9	Захист кваліфікаційної роботи (відповідно графіку)	_____ грудня 2023 р.	виконано

Здобувач _____ Марина ОЛІЙНИК

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

Керівник роботи _____ Людмила МІХЕСВА

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

АНОТАЦІЯ

Тема кваліфікаційної роботи «Психологічні особливості прояву посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців у період ресоціалізації»

Здобувач Марина ОЛІЙНИК

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

Керівник Людмила МІХЕСВА

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

Кваліфікаційна робота включає 64 сторінок, 10 таблиць, 2 рисунки, перелік джерел посилання складає 75 найменувань, 5 додатків.

Ключові слова: психотравма; реакція на стрес; посттравматичний стресовий розлад; емоційні вияви; поведінкові вияви; скринінг емоційного стану

Об'єкт дослідження: посттравматичний стресовий розлад військовослужбовців.

Предмет дослідження: психологічні особливості прояву посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців у період ресоціалізації.

За результатами дослідження розроблено психологічну програму «Антистрес».

Одержані результати можуть бути використані у професійній діяльності психологів і психологічній підготовці студентів-психологів.

Дипломник _____ Марина ОЛІЙНИК

Підпис

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

Дата подання кваліфікаційної роботи до захисту 08 грудня 2023 р.

ЗМІСТ

ВСТУП	6
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ У ПЕРІОД РЕСОЦІАЛІЗАЦІЇ	10
1.1 Посттравматичний стресовий розлад: симптоми та діагностичні критерії	10
1.2 Вплив симптомів посттравматичного стресового розладу на військовослужбовців у період ресоціалізації	14
1.3 Психологічні особливості прояву посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців у період ресоціалізації	18
Висновки до розділу	28
РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ У ПЕРІОД РЕСОЦІАЛІЗАЦІЇ	30
2.1 Опис та обґрунтування методів і методик дослідження	30
2.2 Аналіз результатів дослідження	35
2.3 Розробка психологічної програми «Антистрес»	50
Висновки до розділу	59
ВИСНОВКИ	62
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ	65
ДОДАТОК А АНКЕТА «СТРЕС-ФАКТОРИ»	74
ДОДАТОК Б МІССІСПЬСКА ШКАЛА ДЛЯ ОЦІНКИ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ РЕАКЦІЙ (ВІЙСЬКОВИЙ ВАРІАНТ) (Т. КЕАПЕ)	76
ДОДАТОК В ТЕСТ НА САМООЦІНКУ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ОСОБИСТОСТІ В. СЕМІЧЕНКО	81
ДОДАТОК Г ТЕСТ «ОЦІНКА АГРЕСИВНОСТІ В СТОСУНКАХ» А. АССІНГЕРА	83
ДОДАТОК Д ПСИХОЛОГІЧНА ПРОГРАМА «АНТИСТРЕС»	88

ВСТУП

Актуальність дослідження. Існують історичні, літературні та філософські записи про вплив бойових дій на психічне здоров'я. Сучасні психологічні дослідження зосереджені на взаємозв'язку між бойовим розгортанням і низкою проблем психічного здоров'я, які включають посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), різні форми та прояви депресії, зловживання психоактивними речовинами з особливим акцентом на алкоголь, а також соціальне, сімейне та функціональне порушення роботи та життя. Дослідження з цього питання показали значний зв'язок між бойовим духом військовослужбовців і показниками непристосованості.

З 2014 року наша країна перебуває у стані відкритого воєнного конфлікту з росією. Дані Міністерства у справах ветеранів показують, що статус учасника бойових дій мають понад чотириста тисяч людей станом на лютий 2021 року. Повертаючись періодично до мирного життя після війни протягом 2014-2023 рр., військовослужбовці так чи інакше продовжують боротьбу, проте вже на інших фронтах, а саме відчуваючи наслідки стигматизації військових в суспільстві, зокрема в процесі пошуку тимчасової роботи, борючись з симптомами та несподіваними проявами посттравматичного стресового розладу, а також проходячи важкий шлях при отриманні заслужених соціальних пільг. З початком повномасштабного вторгнення росії в Україну, що розпочалося 24.02.2022 р. та триває досьогодні, більшість із раніше демобілізованих військових та добровольців разом з тисячами інших українців пішли на фронт, одні поглиблюючи свої психологічні та фізичні військові рани, а інші отримували свій перший військовий досвід, який точно залишить слід назавжди. Крім військовослужбовців і добровольців територіальної оборони, усі українці, незалежно від віку та статі, на жаль, потрапили до групи ризику тих, хто схильний до психологічних травм, отриманих під час війни вже зараз і в недалекому майбутньому. Є всі причини припускати, що приблизно близько половини населення України потребуватимуть професійного психологічного консультування після закінчення війни в процесі адаптації до мирного життя.

Бачимо, що в Україні досі не існує холистичної програми ресоціалізації, яка б допомогла адаптувати військовослужбовців (а тепер і цивільне населення) до мирного життя, надаючи їм медичну та психологічну допомогу, а також соціальну підтримку. Якщо ж подібні програми й існують, то покривають лише частину проблем, і часто не є державними, а підтримуються або міжнародними організаціями, або небайдужими волонтерами та громадськими організаціями. Все це вказує на актуальність досліджуваної в роботі проблематики. В той же час, на сьогодні вже існує вартий уваги практичний міжнародний досвід, який свідчить про те, що наявні прояви ПТСР можна звести до мінімуму, якщо надати військовослужбовцю своєчасне консультування та комплексно підійти до питання його ресоціалізації.

Дослідження проблеми виникнення гострого стресового розладу та посттравматичного стресового розладу проводили науковці з різних країн, серед яких вітчизняні (В. Василевський, Т. Дмитрієва, А. Довгополук, Е. Єпачинцева, Г. Растовцев та ін.) та зарубіжні (М. Горовіц, К. Калмикова, А. Кардінер, В. Конторович, Н. Ласко, С. Литвинцев, А. Меркер, Дж. Мітчел, М. Падун, В. Петрухін, В. Ромек, Г. Сельє, Є. Снедков, Н. Тарабріна, Г. Фастовцев, З. Фрейд, Р. Яноф-Бурман та ін.) [24; 30; 38; 40; 45; 57; 59; 62]. Вони вивчали механізми стресу та посттравматичного стресового розладу, а також розглядали психологічні аспекти впровадження методів діагностики та корекції цих розладів. Основні дослідження були спрямовані на розуміння психологічних наслідків травматичних ситуацій.

Не зважаючи на те, що в останні десятиліття обсяги переважно емпіричних досліджень психологічних наслідків людини в травматичній ситуації стрімко зросли, теоретичні, методологічні та прикладні аспекти даної проблеми залишаються невирішеними або дискусійними.

Об'єкт дослідження – посттравматичний стресовий розлад військовослужбовців.

Предмет дослідження – психологічні особливості прояву посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців у період ресоціалізації.

Мета дослідження: визначити, теоретично обґрунтувати й емпірично дослідити психологічні особливості прояву посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців у період ресоціалізації.

Відповідно до мети дослідження були визначені такі **завдання:**

1. Здійснити аналіз наукових праць, присвячених вивченню проблемі посттравматичного стресового розладу.

2. Визначити й обґрунтувати психологічні особливості прояву посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців у період ресоціалізації.

3. Здійснити емпіричне дослідження психологічних особливостей прояву посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців у період ресоціалізації.

4. Розробити психологічну програму «Антистрес».

Гіпотеза дослідження: виявлені психологічні особливості прояву посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців у період ресоціалізації сприятимуть розробці практичних рекомендацій та тренінгу, спрямованих на запобігання виникнення ПТСР, зменшення його негативних наслідків і проявів.

Методи дослідження. Для реалізації поставлених завдань був використаний комплекс методів:

– *теоретичні методи:* аналіз, синтез, порівняння, класифікація й узагальнення наукових досягнень сучасної науки з означеної проблеми;

- *емпіричні методи:* 1) анкета «Стрес-фактори», розроблена науково-дослідним відділом військово-психологічних досліджень Науково-дослідного центру гуманітарних проблем Збройних Сил України; 2) Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант) (Т. Кеапе); 3) тест на самооцінку стресостійкості особистості В. Семіченко 4) тест «Оцінка агресивності в стосунках» А. Ассінгера;

– *методи математичної обробки даних.*

Практичне значення роботи полягає в розробці психологічної програми «Антистрес», спрямованої на запобігання виникнення посттравматичного

стресового розладу військовослужбовців, зменшення його негативних наслідків і проявів. Матеріали дослідження можуть бути використані у професійній діяльності психологів і психологічній підготовці студентів-психологів.

Експериментальна база дослідження. Емпіричне дослідження здійснювалось на базі військової частини А7034 м. Хмельницького. До експерименту було залучено 30 військовослужбовців віком від 23 до 60 років.

Апробація результатів дослідження. Основні положення та результати роботи доповідались та обговорювались на: кафедральному науковому семінарі «Актуальні проблеми наукових досліджень здобувачів вищої освіти другого і третього рівнів – 2023», тема доповіді: «Прояви посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців», (м. Хмельницький, 18-19 жовтня 2023 року); XIII Міжнародній науково-практичній конференції «Modern ways of development of science and the latest theories» (м. Мадрид, 11-13 грудня 2023 року), тези «Ресоціалізація та реінтеграція військовослужбовців як повернення до мирного життя»; стаття «Емпіричне дослідження психологічних особливостей прояву *посттравматичного стресового розладу* у військовослужбовців» (Психологічні травелогі. Науковий журнал. Хмельницький, 2023, № 4 (7)).

Структура та обсяг роботи. Робота містить вступ, два розділи, висновки, перелік джерел посилання, що нараховує 75 найменувань, та 5 додатків. Загальний обсяг роботи становить 109 сторінок, з них – 64 сторінок основного тексту. Робота містить 10 таблиць та 2 рисунки.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ У ПЕРІОД РЕСОЦІАЛІЗАЦІЇ

1.1 Посттравматичний стресовий розлад: симптоми та діагностичні критерії

Посттравматичний стресовий розлад (далі ПТСР) – це проблема психічного здоров'я, яка виникає після травматичних подій.

Існування психологічної травми, спричиненої війною, вперше згадувалось грецьким істориком Геродотом. Пишучи про битву при Марафоні в 490 р. до н.е., Геродот описав афінського воїна, який назавжди осліп від стресу біля вбитого товариша, хоча сам пораненим не був [73].

Такі описи психологічних симптомів після військової травми представлені в літературі багатьох ранніх культур, і це пояснює, що солдати стародавніх часів переживали стреси війни так само, як і військові сучасники [1].

У минулому це захворювання називали по різному, наприклад, «озброєний шок», хоча його діагностують не лише у військовових. Широкий спектр травматичних переживань може бути причиною ПТСР.

Протягом століть для опису наслідків психологічної травми використовувалися терміни «контузія», «солдатське серце», «бойова втома», «переляк», «бойовий невроз» і «сильна стресова реакція», що в подальшому передбачає розвиток ПТСР.

ПТСР є психобіологічним феноменом, що виникає внаслідок дезадаптивної та патологічної реакції на травму, яка впливає на численні сфери життя людини. Вплив травми інколи може посприяти втраті працездатності.

Хоча посттравматичний стресовий розлад може виникнути не тільки на фоні бойових дій, проте він давно асоціюється з жахом і травмою війни.

Багато людей вважають, що ці симптоми зникають протягом кількох тижнів, але якщо симптоми, особливо серйозні, тривають довше місяця, можуть поставити діагноз посттравматичний стресовий розлад.

Найпоширеніша причина розвитку ПТСР – участь в активних бойових діях. Посттравматичний стресовий розлад трапляється не лише у військовослужбовців, а й у цивільного населення, які були свідками військових дій (як наприклад українці на окупованих територіях), техногенних і природних катастроф, нещасних випадків, або ж терористичних актів.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) виникав після воєн протягом усієї історії, навіть воєн, які були короткими й успішними. Військові мають значний ризик хронічних функціональних порушень, а також специфічних психічних захворювань, таких як дистимія, панічні розлади, obsесивні розлади та інші. Довійськове функціонування та генетика відіграють певну роль у ймовірності розвитку посттравматичних стресових розладів, тоді як довгостроковий результат залежить від низки додаткових факторів, таких як тяжкість бойового впливу та хронічні фізичні вади.

Ключовим компонентом ПТСР є вимога чіткої етіологічної події, на яку людина не може вплинути, і яка часто є результатом для травматичних наслідків. Травма може бути масштабною та приймати різні форми. Американська психологічна асоціація (АРА) [75] загалом визначає травматичну подію як ту, яка робить людину свідком подій, що включають «фактичну» або «загрозливу» смерть або серйозні травми для себе чи інших, викликаючи сильний страх, безпорадність або жах. Травматичні події охоплюють широкий спектр досвіду, наприклад, деякі з них включають військові бої, насильницькі напади, викрадення людей, терористичні атаки, тортури, автомобільні аварії та стихійні лиха. Також було встановлено, що тип травми має значення щодо поширеності впливу травми протягом життя, причому поширеність деяких типів травми трапляється частіше, ніж інші. Крім того, існують групи ризику розвитку посттравматичного стресового розладу як ті, хто зазнав зґвалтувань, військових

боїв і полону, етнічно чи політично вмотивованого інтернування та геноциду. Саме тому в тих, хто зазнав таких травматичних подій, розвивається посттравматичний стресовий розлад.

Існує легкий, середній або важкий ступінь важкості посттравматичного стресового розладу. Це пояснює, який вплив на військовослужбовця мають його симптоми – це опис того, наскільки лякаючими або засмучувальними могли бути його переживання.

Легкий ступінь мало помітний, а от середній уже заважає військовому приймати адекватні рішення. З симптомами важкого ступеня найважче боротись. Нерідко депресія йде в поєднанні з ПТСР, в таких випадках спершу потрібно боротись із депресивним станом [70].

ПТСР можна поділити на:

– **Відстрочений ПТСР** – якщо симптоми з'являються більше, ніж через шість місяців після перенесеної травми.

– **Комплексний ПТСР**, відомий ще як розлад екстремального стресу – це стан, що розвивається в осіб, які мають пролонговану в часі психічну травму внаслідок різних життєвих подій (бойові дії, фізичне чи сексуальне насильство, катування, перебування в заручниках або у військовому полоні). Багато дослідників визначили комплексний ПТСР як такий, що є наслідком індивідуального досвіду травми, що пов'язана з її обов'язковим та постійним впливом на особистість протягом тривалого часу [14].

Якщо військовослужбовці відчувають деякі симптоми посттравматичного стресового розладу під час підтримки когось із близьких, хто пережив травму, це іноді називають вторинною травмою.

Посттравматичний стресовий розлад – це не вибір чи ознака слабкості, і важливо надати військовослужбовцям підтримку, щоб він не залишався з симптомами наодинці.

ПТСР відрізняється від більшості інших розладів психічного здоров'я через потребу в особливих етіологічних подіях не залежних від людини, таких як ті, що виникають під час розгортання бойових дій і створюють вороже

середовище. Крім того, посттравматичний стресовий розлад відрізняється від інших розладів, пов'язаних із тривогою, порушеннями пам'яті та дисфункціональною обробкою загроз. Зокрема, люди з ПТСР демонструють змінені фізіологічні та поведінкові процеси. Наприклад, люди з посттравматичним стресовим розладом перебувають у постійному підвищеному стані збудження, демонструючи підвищену частоту серцевих скорочень. Це все сприяє наслідкам сильного стресу.

Узагальнимо симптоми ПТСР для попереднього його діагностування:

1. Набридливі спогади, що не виходять з голови (постійне переживання знову і знову травматичної ситуації, моторошні сни, сильний стрес постійно нагадує про пережите).

2. Ухилення – військові намагаються уникати тих місць, які нагадують про події, а також намагаються не думати та не говорити про те, що сталося.

3. Негативні зміни в мисленні та зміна настрою (з'являються погані думки про себе, про оточуючих і світ у цілому, безвихідне бачення майбутнього, виникають проблеми з пам'яттю, стає складно підтримувати близькі відносини, емоційне заціпеніння, вигорання).

4. Зміна в фізичних та емоційних реакціях (військові сіпаються чи лякаються, постійно думаючи про небезпеку, безсоння або навпаки тривалий сон, погана концентрація та відсутність зосередженості, прояв дратівливості, раптового гніву, агресивної поведінки, відчуття провини чи сорому). Прояви симптомів ПТСР часто змінюються з часом, як і їхня інтенсивність. Такий стан військового спричиняє суттєві проблеми не лише у здоров'ї, а й у різних відносинах: особистих, між робітниками, соціальних [50].

Отже, стигма «ПТСР» перетворює військового на потерпілого й автоматично підвищує ймовірність швидкого формування у нього вторинної вигоди від хвороби. Але усвідомлення військовим наявності засобів допомоги у скрутному для нього становищі та наявність навичок оперування достатньою кількістю таких засобів сприяє заспокоєнню та контрольованості ситуації і, внаслідок цього, більш ефективному та правильному подоланню проблем, що виникають перед суб'єктом у складних ситуаціях.

1.2 Вплив симптомів посттравматичного стресового розладу на військовослужбовців у період ресоціалізації

Загальні симптоми ПТСР проявляються у військових частково, або можуть охоплювати повний спектр з перерахованих. Вони можуть включати:

- яскраві спогади (відчуття, ніби травма відбувається в цей момент);
- нав'язливі думки чи образи;
- кошмари;
- сильний дистрес через реальні або символічні нагадування про травму;
- фізичні прояви, такі як біль, пітливість, нудота або тремтіння.

Відчуття нервового стану у військових охоплює:

- паніку, коли їм нагадують про травму;
- помірну засмучуваність або злість;
- надвисоку пильність, яку також деколи називають «гіперпильністю»;
- порушення режиму сну та недосипання;
- дратівливість, що призводить до агресивної поведінки;
- військовослужбовцям важко зосередитися, навіть на простих або повсякденних завданнях;

- нервозність та іноді легку злякуваність;

Уникнення почуттів або спогадів про травматичну подію включає:

- уникнення всього, що нагадує про травму;
- відчуття емоційного заціпеніння або відстороненості від почуттів;
- вживання алкоголю або наркотиків, щоб уникнути спогадів.
- неможливість згадати подробиці того, що сталося;
- відчуття, що потрібно зайнятися будь-чим;
- виконання речей, які можуть бути саморуйнівними або безрозсудними;

- відчуття фізичного заціпеніння або відокремлення від свого фізичного тіла;

- нездатність висловити прихильність до оточуючих;

Важкі переконання або почуття включають:

- відчуття, що нікому не можна довіряти;

- відчуття, що всюди небезпека;

- відчуття, що ніхто не зрозуміє;

- звинувачення себе у всьому, що сталося;

- некеровані почуття гніву, смутку, провини або сорому.

Нестача сну та відчуття неспокою виснажують військовослужбовця, котрий має окрім цього й інші симптоми.

ПТСР для військовослужбовців має фізичні наслідки: коли вони відчувають емоційний стрес, їх організм виділяє гормони, такі як кортизол і адреналін. Це автоматичний природний спосіб підготовки організму до реакції на загрозу, який іноді називають реакцією «бійся, біжи або замри» [5; 11].

Дослідження показали, що симптоми надзвичайної пильності та легкої лякливості військовослужбовців з проявленими симптомами посттравматичного стресового розладу продовжуватимуть виробляти вищеназвані гормони, коли їм більше не загрожує небезпека.

Деякі військовослужбовці також відчувають фізичні проявлені симптоми, схожі на тривогу, головні болі, запаморочення, болі в грудях чи шлунку.

Ще один фактор прояву симптомів ПТСР, що значною мірою впливає на психічний стан військовослужбовців, – це флешбеки.

Флешбеком є яскравий досвід, під час якого військовослужбовець знову переживає деякі моменти травматичної події або має відчуття, ніби це відбувається прямо зараз. Іноді це може бути схоже на перегляд відео про те, що сталося, але спогади не обов'язково передбачають перегляд зображень або повторне переживання подій від початку до кінця. Може виникнути щось із наведеного нижче:

- відчуття повних або часткових зображень того, що сталося;

- відчуття звуків, запахів або смаків, пов'язаних з травмою;

- відчуття фізичних проявів, таких як біль або тиск;
- проживання емоцій, які вони відчували під час травми.

Військові помічають, що певні місця, люди чи ситуації викликають спогади, що можуть бути пов'язані з певним чином нагадування про травму. Або вони можуть виявити, що спогади виникають зовсім випадково. Флешбеки можуть тривати лише кілька секунд або й кілька годин чи навіть днів [53].

Якщо військовослужбовці відчувають симптоми посттравматичного стресового розладу, вони також можуть виявити, що у них є труднощі з низкою повсякденних аспектів їхнього життя, таких як:

- доглядати за собою;
- виконувати безперебійно будь-яку роботу;
- підтримувати дружбу чи стосунки;
- запам'ятовувати речі та приймати рішення;
- мати сексуальний потяг;
- опановувати зміни;
- насолоджуватися дозвіллям.

Поведінка військових змінюється і стає непостійною. Військові поперемінно бажають замкнутися, ні з ким не бачитися та ні з ким не розмовляти, а потім ходити на вечірки посеред тижня й залишатися будь-де допізна.

Поряд із психологічними проявами симптомів посттравматичного стресового розладу, часто виникають інші проблеми з психічним здоров'ям, які мають вплив на військових, а саме: виникають тривожні розлади, депресія, дисоціативні розлади, самоушкодження, суїцидальні почуття, фобії та напади паніки [34].

Отже, симптоми посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців узагальнимо на категорії, наведені в таблиці 1.1.

Таблиця 1.1 – Категорії симптомів ПТСР

Симптом ПТСР	Розшифрування
Вторгнення	Нав'язливі думки, неодноразові мимовільні спогади; страждаючі думки; спогади травмуючої події. Спогади можуть бути такими яскравими, що військові відчувають,

	ніби вони переживають травматичний досвід або бачать його в цю ж хвилину[33].
Уникнення	Уникання нагадувань про травматичну подію може включати уникання людей, місць, діяльності, предметів і ситуацій, які можуть викликати тривожні спогади. Люди можуть намагатися уникати згадувати чи думати про травматичну подію. Вони можуть опиратися розмові про те, що сталося, або як вони ставляться до цього.
Зміни в пізнанні та настрої	Нездатність запам'ятати важливі аспекти травматичного задуму, негативні думки та почуття, що наштовхують до постійних та спотворених переконань про себе чи інших (до прикладу, «Мені погано», «Нікому не можна довіряти»); спотворені думки про причину та наслідки події, що призводять до знецінення та звинувачення себе чи інших; постійний страх, жах, гнів, провина або сором; знижений або відсутній інтерес до діяльності (професійної та іншої), яка раніше приносила задоволення, і до якої раніше вдавалася особа; почуття відірваності чи відчуженості від інших; або нездатність відчувати позитивні емоції (порожнеча щастя чи задоволення).
Зміни збудження та реактивності	Симптоми збудження та реактивності можуть включати дратівливість і гнівні спалахи; військовослужбовець може поводитись необдуманно або самознищувально; надмірно пильно стежити за оточенням підозріло; легко здивуватися; або мати проблеми з концентрацією або сном [29].

Отже, внаслідок участі в бойових діях у більшості військовослужбовців спостерігається виникнення прояву симптомів посттравматичного стресового розладу, які суттєво впливають на психічне здоров'я. Однією із важливих передумов ефективної реабілітації та попередження психогенних розладів є кількісне й якісне вивчення особливостей такого вияву у військовослужбовців

негативних психічних станів, а також виокремлення чинників, які є найбільш інтенсивними щодо провокування маніфестації ПТСР та інших негативних психічних станів [49].

1.3 Психологічні особливості прояву посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців у період ресоціалізації

Ресоціалізація – це процес, який триває все життя. Кожного разу, коли людина змінює статус, їй потрібно засвоїти цінності та норми, пов'язані з новими обов'язками. У більшості випадків нові норми схожі на старі, і процес не є надто складним.

Інший досвід може вимагати більш масштабних змін, які відбуваються через **ресоціалізацію**. Можна спробувати змінити систему цінностей військовослужбовців, запровадивши в них кілька принципів про те, як жити своїм «новим» життям.

Реакція індивідів на ресоціалізацію різна. Деякі здатні повністю засвоїти новий перелік цінностей і норм, успішно повертаючись до військової служби. Інші тимчасово приймають нову поведінку, наприклад, будучи спокійними всередині, повертаючись до агресії, стресують чи закриваються в собі [48].

Л. Рембо, названий теорією конверсії, описав сім кумулятивних етапів, які плавної реінтеграції [71]:

Контекст – культурні, історичні, політичні та соціальні фактори, які можуть впливати на процес навернення.

1. Криза – викликана особистими чи ситуативними факторами.
2. Квест – прискорене кризою відновлення рівноваги.
3. Зустріч – перший контакт між особою та новими ідеями або прихильниками нової ідеї.
4. Взаємодія – постійний контакт між особою та новими ідеями або прихильниками нових ідей,

5. Зобов'язання – (А) рішення прийняти нову систему переконань (як правило, релігійну доктрину) і (В) публічне проголошення рішення.

6. Наслідки – наслідки рішення, дії та відданість новій системі вірувань, які постійно контролюються.

Враховуючи складність прояву посттравматичного стресового розладу, важливо, на нашу думку, враховувати вплив індивідуальних відмінностей. Їх ми дослідили шляхом анкетування. Це може бути особливо актуальним для отримання конкретної інформації від учасників, щоб ми могли зрозуміти відмінності, які можуть існувати між військовим досвідом, супутніми діагнозами та особистістю [69].

Важливо розуміти, що одна і та ж пережита травматична ситуація для однієї людини може стати фатальною, а для іншої – ні. Це залежить від багатьох особливостей прояву. Наразі науковці досліджують широкий спектр таких особливостей виникнення стресових розладів, хоча заслуговує на увагу і підхід тих науковців, які показують зовнішній чинник як превалюючий у виникненні травми, виокремлюючи взаємозв'язок інтенсивності бойового досвіду та виникнення психогеній. Так, американські науковці, що вивчали питання стресу С. Гремлінг і С. Ауербах відзначають: «Якщо в ситуації закладене щось, що є потенційною загрозою для вашої гідності або фізіологічного благополуччя, то ви, зіштовхнувшись з цією ситуацією, відчуваєте тривогу і стрес» [7]. Дуже важливим у цьому твердженні є те, що тривога і стрес описуються не ситуаційними, зовнішніми чинниками, наприклад, бойовим досвідом, а перш за все, ставленням військового до ситуації [10].

За даними вітчизняних і зарубіжних науковців, характер стресу відзначається ще такими особливостями, як:

1) Генетична схильність. Реакції людини на 30% визначаються генами, отриманими в спадок;

2) Ранній дитячий досвід. Психотравмуючі переживання життя дитини до семи років утруднюють перебіг стресових реакцій у дорослому віці;

3) Характер людини. Дратівливі, песимістичні люди частіше піддаються стресу, а відкриті, позитивні, доброзичливі люди, навпаки, є більш емоційно

стійкими та стійкими до стресу. Вони легше переборюють симптоми стресу і, навіть живуть довше [21; 55].

За дослідженнями Ю. Щербатих, у людей з загостреним почуттям справедливості, обов'язку, які прагнуть тримати під контролем свої емоції, а також у суворих, реалістичних людей соматоформні прояви спостерігаються частіше, ніж в осіб із протилежними якостями[67].

Теоретико-методологічні дослідження виникнення психологічної травми та ролі у цьому процесі бойового досвіду та інших чинників, як новий когнітивно-поведінковий напрям в українській психології тільки починає модернізуватися й одержувати сучасне теоретичне осмислення. Досліджували це питання О. Кокун, В. Осьодло, О. Хміляр та інші [22]. Науковці мали можливість вивчати стресові реакції та травму через різноманітні чинники та фактори. До основних з них належать такі:

1. Військовий досвід. Дослідження виявили, що прояв симптомів відрізняються залежно від військової служби конкретного звання (молодший/старший солдат, молодший лейтенант і т.д.). Крім врахування роду військ, існує потенціал для багатьох варіантів військового досвіду (наприклад, час служби, період служби, розгортання) для впливу на рівень ПТСР.

2. Статеві відмінності. Більшість досліджень, що аналізують бойові травми та посттравматичний стресовий розлад, історично зосереджувалися на чоловіках. Лише нещодавно почались дослідження, спрямовані на вивчення проблеми ще й жіночого військового населення. Сучасне воєнне середовище у поєднанні зі зміною ролі жінок, які там служать, призвело до безпрецедентного рівня бойового впливу на жінок, які служать. Останні дослідження свідчать про те, що з моменту повномасштабного вторгнення суттєво збільшилась роль жінок у бойових діях. На додаток до травми, пов'язаної з бойовими діями, сексуальна травма може бути ще однією причиною посттравматичного стресового розладу. Врахуємо також сексуальні домагання та/або напади, що можуть призвести до розвитку посттравматичних стресових розладів у військових жінок.

3. Супутній діагноз. Деякі інші психіатричні розлади зазвичай виникають разом із симптомами ПТСР. Дані епідеміологічних досліджень

вказують на те, що більшість людей із симптомами посттравматичного стресового розладу відповідають критеріям принаймні ще одного розладу, причому значна частина має три або більше пунктів. Найпоширеніші супутні діагнози включають депресивні розлади, розлади вживання психоактивних речовин, інші тривожні розлади та синдром дефіциту уваги з гіперактивністю. Крім того, особливий вплив мала черепно-мозкова травма (ЧМТ), що пов'язана з посттравматичним стресовим розладом, яка створювала військовим підвищений потенціал впливу травм, пов'язаних з вибухом. ЧМТ тепер описано як характерна рана сучасної війни. Щоб контролювати їх під час дослідження, важливо зібрати інформацію, пов'язану з цими умовами.

4. Особистість. Особистість людини впливає на те, як вона сприймає та інтерпретує навколишній світ. Потрібно враховувати зв'язок між особистістю, емоційною обробкою та посттравматичним стресовим розладом. Різні типи особистісних рис узгоджуються як з позитивним, так і з негативним симптомами прояву ПТСР. Зокрема, симптоми ПТСР мають позитивний зв'язок із негативною емоційністю, невротизмом, уникненням шкоди, пошуком новизни, самоперевершенням, ворожістю/гнівом і тривожністю. Крім того, симптоми ПТСР негативно корелюють із екстраверсією, сумлінністю, самоспрямованістю, поєднанням високого позитивного та низького негативного рівня емоційності, витривалості й оптимізмом. Враховуючи взаємозв'язки, виявлені не лише між посттравматичним стресовим розладом і особистістю, а й рисами особистості та їх біологічними основами, може бути корисним вимірювати конструкти особистості під час збору даних із популяції посттравматичних стресових розладів.

Крім того, бажано враховувати і віковий фактор. Подолання екстремальних ситуацій без виникнення психогенних розладів важче дається надто молодим і людям старшого віку. Важливо брати до уваги і соціальний контекст: ризик розвитку ПТСР зростає при втраті сім'ї, а також в разі ізоляції людини на період переживання травми від близького оточення. Необхідно пам'ятати про вплив минулого травматичного досвіду. Відомо, що особи, які колись вже перенесли психічну травму, схильні проявляти тривалу травматичну

реакцію на повторну травму. Водночас є ситуації, коли у деяких осіб, у житті яких вже був травматичний досвід (особливо це стосується наявності дитячих травм), ПТСР розвивається рідше. Низка досліджень вказує на те, що стійкість до травми формується не через відсутність труднощів, а через можливість і бажання подолати їх (йдеться про посттравматичне зростання особистості) [42].

О. Хміляр у власних наукових дослідженнях ключові позиції у виникненні травми віддає перевагу інтенсивності зовнішніх чинників і вказує на те, що інтенсивність стресогенного впливу в ситуаціях, пов'язаних із загрозою життю людини, буває настільки великою, що її індивідуально-типологічні властивості не відіграють ключової ролі в генезі ПТСР. При цьому він (ПТСР) не залежить від того, які конкретні негативні події слугували причиною психологічних і психосоматичних порушень. Головним є те, що ці події мали екстремальний характер, виходили за межі звичних емоцій людини й викликали інтенсивний страх (жах) за своє існування, породжуючи почуття безпорадності [61].

Отже, попри те, що кількість дослідників, які присвятили себе вивченню теоретико-методологічних і прикладних аспектів проблеми виникнення психогенних розладів, в тому числі і ПТСР, за останні роки швидко збільшується, аспекти цієї проблеми залишаються невирішеними та дискусійними.

До прикладу, п'ятифакторна модель особистості Costa and McCrae 1992 р. є однією з найкращих структурних моделей особистості, підтверджена майже в усіх країнах і є досить стабільною. Ця модель описує особистість за відповідними п'ятьма параметрами: нейротизм, екстраверсія, відкритість, приємність і сумлінність. Big Five Inventory (BFI) є інструментом широко використовуваних інвентаризацій самооцінки для вимірювання особистості за цими п'ятьма вимірами. Дослідники знайшли докази, які свідчать про те, що ці риси мають фізіологічну та біологічну основу [74].

За цими п'ятьма критеріями можна припустити, що можливо зрозуміти й описати особистість людини та прогнозований рівень поведінки. Використання BFI для оцінки впливу особистісних рис як реакції на травматичні події для військовослужбовців дає результати, що риси особистості є важливим фактором

стійкості, яка впливає на реакцію людини на травму. Наприклад, було виявлено, що екстраверсія пом'якшує зв'язок між боєм і наслідками прояву симптомів посттравматичного стресового розладу, так що цей зв'язок зменшується зі збільшенням рівня екстраверсії. Зв'язок між наслідками бою та посттравматичним стресовим розладом пом'якшується із зменшенням зв'язку з вищими рівнями приємності, сумлінності та відкритості. Стиль подолання симптомів стресу серед військовослужбовців опосередковано пояснює зв'язок між особистістю та посттравматичним зростанням і посттравматичним стресовим розладом. У той час як адаптивний копінг частково опосередковував зв'язок між відкритістю та посттравматичним ростом (позитивні зміни після травми), дезадаптивний копінг частково опосередковував зв'язок між невротизмом і симптомами ПТСР. Включення показників особистості, таких як BFI, у дослідження з ПТСР може допомогти отримати краще розуміння індивідуальної мінливості, оскільки вона пов'язана з факторами, пов'язаними з ризиком і стійкістю.

5. Реакція на стрес як на травму. Військовослужбовці можуть відчувати низку реакцій після травматичної події. Загальні реакції можуть бути емоційними (наприклад, відчуття безпорадності, страху, заціпеніння, хвилювання, провини чи сорому) або фізичними (наприклад, пітливість, головний біль, зміни апетиту чи сну) і можуть впливати на різні аспекти життя людини. Не зважаючи на численні реакції, які можуть виникнути після травми, більшість осіб, які зазнали негативної події, відновляться та збережуть свою здатність функціонувати. Однак, у деяких можуть прогресувати більш серйозні розлади, такі як зловживання психоактивними речовинами, депресія тощо. Необхідно враховувати одну важливу індивідуальну відмінність, яка впливає на те, чому лише у частини тих, хто зазнав травми, виникають симптоми посттравматичного стресового розладу, – це стійкість. У той час як травма збільшує шанси розвитку посттравматичного стресового розладу, вища стійкість як риса позитивно сприяє на відновлення і зменшує можливість набутти симптоми посттравматичного стресового розладу.

6. Міжособистісні відносини. Внутрішньоособистісні упередження щодо загрози та негативних сигналів переростають у дезадаптивну поведінку, яка може мати негативний вплив на функціонування стосунків. Науковці стверджують, що існують відмінності в соціальних наслідках і орієнтаціях між особами з симптомами ПТСР і без них, а також те, як вони можуть проявлятися в їх тісних соціальних взаємодіях. Від взаємодії військовослужбовці з симптомами посттравматичного стресового розладу відчують підвищений рівень остракізму порівняно з тими, хто не має прояву посттравматичного стресового розладу, виконуючи завдання для маніпуляцій, щоб викликати соціальне відчуження. Це може мати важливі наслідки для критичних подій у соціальному житті, таких як навчання в коледжі або романтичні стосунки. Нами виявлено, що молоді військовослужбовці (до 30 років), які зазнали більш високих рівнів бойових дій, мали більше симптомів посттравматичного стресового розладу, відчували більшу відчуженість у спілкуванні порівняно з іншими військовослужбовцями. Чутливість до сорому, яку відчують люди з симптомами посттравматичного стресового розладу, може сприяти агресивній поведінці по відношенню до романтичних партнерів, що було виміряно за допомогою шкали самооцінки. ПТСР також пов'язаний із посиленням особистого дистресу та вираженням нижчого рівня емпатії, про що свідчить зниження здатності описувати та сприймати емоційні переживання інших. Під час взаємодії з іншими на тяжкість симптомів посттравматичних стресових розладів впливають ставлення до близьких і сприйняття соціальної підтримки (опосередкованої посттравматичними думками). Було виявлено, що симптоматика ПТСР пов'язана з невпевненими орієнтаціями прихильності (тобто, уникання та тривога) в інтимних стосунках. При більш детальному розгляді цих стосунків люди з посттравматичним стресовим розладом демонструють частіші прояви ворожості та агресії, а також менше проявів схвалення порівняно з особами без посттравматичного стресового розладу. Дослідження, яке розглядало осіб із симптомами посттравматичного стресового розладу у романтичних стосунках, свідчить про те, що ці маркери можуть мати несприятливий вплив на функціонування стосунків з часом. Примітно, що

більшість досліджень вивчали ці наслідки ПТСР у контексті романтичних стосунків і травм дитинства. Проте, вкрай важливо розширити ці висновки в різних соціальних середовищах і в різних контекстах травми, включно з тими, які можуть бути пережиті в армії. Тим не менш, ці висновки можуть слугувати теоретичними міркуваннями, які прокладають вікно в те, як посттравматичний стресовий розлад впливає на функціонування стосунків, і можуть спрямувати у пошуку способів, як люди з ПТСР можуть адаптуватися до міжособистісних відносин.

Отже, посттравматичний стресовий розлад є однією з найбільш частих і несприятливих форм психічних порушень у осіб, які пережили життєво небезпечні ситуації. Це важкий психічний стан, що виникає в результаті одиначної або повторюваної події, що надає надпотужний негативний вплив на психіку індивіда. Травматичність події тісно пов'язана з відчуттям власної беспорядності через неможливість ефективно діяти в небезпечній ситуації. Важливо пам'ятати, що це є відстрочена реакція психіки на складну життєву подію людини. До симптомів ПТСР відносять симптоми чотирьох категорій: вторгнення, уникнення, зміни в пізнанні та настрої, зміни збудження та реактивності. Під час діагностики ПТСР варто враховувати, що доросла людина повинна мати хоча б один повторний симптом; хоча б симптом уникнення; принаймні два симптоми збудження та реактивності; хоча б два когнітивні та настрої симптоми протягом принаймні 1 місяця. Найбільш ефективними методами психотерапії у роботі з ПТСР є переважно когнітивна та пролонгована експозиційна психотерапія. Побудову професійної допомоги слід розгортати на основі алгоритму психотерапевтичної роботи з посттравматичним стресовим розладом, де цілі психотерапевтичної роботи відповідають її етапам незалежно від обраного методу.

Передумови, що сприяють розвитку прояву симптомів ПТСР та можуть з'явитися після пережитої психотравми представлені у таблиці 1.2.

Таблиця 1.2 – Фактори потенційного прояву симптомів ПТСР у військовослужбовців

Фактори	Характеристика
---------	----------------

Фактори ризику, що передують травматичним подіям	соціо-демографічні показники	зокрема вік, стать, етнічна приналежність, сімейний статус, рівень освіченості тощо
	військові/службові характеристики	звання, вид військ, де проходила служба, кількість та тривалість перебування в зоні активних бойових дій
	зловживання алкоголем чи наркотичними речовинами до служби	
	попередні психотравми	
	попередній негативний життєвий досвід	
	попередні проблеми психологічного характеру	
	Фактори ризику, що відносяться до безпосереднього переживання травматичної події	наявна підтримка в військовій частині (не лише психологічна)
характер бойових дій, в яких ветеран приймав участь		
переживання втрати побратимів, яких вбито чи важко поранено прямо на очах		
необхідність стріляти в людину під час бою		

	важкість травмируючої події та ін.	
Фактори ризику, що відіграють роль після травматичної події	коморбідні/супутні психологічні проблеми	
	різноманітна підтримка після демобілізації, особливо наявність соціальної підтримки	
	життєві події, наступні після демобілізації та/або участі в активних бойових діях	

Висновки до розділу

Сьогоднішні небезпечні реалії показують, що Україна зіткнулась з викликом загальнодержавного масштабу, який полягає в наявності необхідного процесу реабілітації та ресоціалізації не тільки військовослужбовців, а й цивільного населення. Подібний процес може підтримуватись і регулюватись державою та забезпечуватись необхідною загальнодержавною інфраструктурою, аби велика кількість людей мала повноцінний доступ до потрібної психологічної допомоги та реабілітації, в якій буде нагальна потреба як під час війни, так і після її закінчення.

Спираючись на наші дослідження позитивного впливу та ефективності програм ресоціалізації в роботі з проявами симптомів ПТСР у військовослужбовців, варто масштабувати розробку програм та їх підтримку на найвищому державному рівні. Можливо дане дослідження також мотивує наукову спільноту досліджувати вплив таких програм не лише на учасників бойових дій, що створить достатню наукову базу для розробки подібних програм для людей, потерпілих від різних травматичних подій (переселенці, жертви

терористичних актів чи будь-якого іншого насилля, свідків різних катастроф природного і неприродного походження тощо) [37,68].

Тому формуємо відповідні цілі в роботі з симптомами та їх вирішенням:

- повернення відчуття власної спроможності, самоцінності та впевненості у собі та своїх моральних переконаннях у військовослужбовців;
- зниження непотрібного відчуття сорому та провини за вчинки скоєні під час бойових дій;
- інтеграція травматичного досвіду свідомість;
- відновлення власного морального кодексу, який діє в мирному житті;
- запобігання поглиблення соціальної ізоляції військовослужбовця та розвитку у нього депресії чи думок/спроб суїциду;
- навчання методів і розвиток навичок емоційної саморегуляції для полегшення прояву симптомів ПТСР;
- забезпечення широкої соціальної підтримки, включно з родиною ветерана;
- сприяння посттравматичному зростанню.

Перш ніж можна поставити діагноз ПТСР, симптоми повинні тривати принаймні один місяць і суттєво порушувати нормальну діяльність. У осіб, які пережили травматичну подію, синдром тривоги, який триває менше одного місяця, називається «гострим стресовим розладом»; цей стан потребує наявності трьох або більше дисоціативних симптомів на додаток до постійних симптомів, пов'язаних із ПТСР. Симптоми ПТСР, які тривають менше трьох місяців, свідчать про гострий стан. Відстрочена картина виникає у пацієнтів, які починають відчувати симптоми через шість місяців або більше після травматичної події.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ У ПЕРІОД РЕСОЦІАЛІЗАЦІЇ

2.1 Опис та обґрунтування методів і методик дослідження

Емпіричне дослідження здійснювалось на базі військової частини А7034 м. Хмельницький. До експерименту було залучено 30 військовослужбовців віком від 23 до 60 років.

Для діагностичного дослідження психологічних особливостей прояву ПТСР у військовослужбовців застосовані методики, які відбирались відповідно до вимог надійності. Вибір методик обумовлений результатами теоретичного аналізу. Нами були використані такі опитувальники та методики:

- анкета «Стрес-фактори», розроблена науково-дослідним відділом військово-психологічних досліджень Науково-дослідного центру гуманітарних проблем Збройних Сил України (Додаток А), використовувалася для діагностики основних проблем особового складу військової частини А 7034, що брали участь у бойових діях, та для оцінювання значущості стрес-факторів, що впливають на їхній психоемоційний стан;

- Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант) (Т. Кеапе) [31] (Додаток Б);

- тест на визначення стресостійкості особистості (за В. Семіченко) для діагностики рівня стресостійкості (Додаток В);

- тест «Оцінка агресивності в стосунках» А. Ассінгера, спрямований на вимірювання ступеня агресивності військовослужбовців [2] (Додаток Г).

1. Анкета «Стрес-фактори». Ефективність самоконтролю військовослужбовця залежить від рівня його активності, спрямованої на протидію впливу стрес-факторів бойової обстановки, характеру використаних ним способів подолання дестабілізуючого впливу бойових стресорів на психіку, поведінку і життєдіяльність у цілому, наявність у військовослужбовця досвіду

самоконтролю власної поведінки в бойовій обстановці та її змісту. В якості характеристик бойової діяльності, що впливають на інтенсивність бойового стресу, виділяють:

1) ступінь бойової активності конкретного військовослужбовця, що визначається, як правило, за кількістю бойових операцій, в яких військовослужбовець брав безпосередню участь і які супроводжувалися реальною загрозою його життю;

2) значущість бойових дій, в яких брав участь військовослужбовець, для виконання більш масштабних бойових завдань;

3) ступінь напруженості і характер бойових дій військовослужбовця (при цьому особливе значення надається участі військовослужбовця в бойових діях з противником, який значно переважає за силою, в умовах вимушеного відступу, в оточенні);

4) кількість бойових втрат у частині, підрозділі, де проходив службу військовослужбовець, а також сприйняття цим військовослужбовцем їх доцільності та зумовленості об'єктивними умовами бойової діяльності.[53].

2. Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант) (Т. Кеапе). Міссісіпська шкала (МШ) була розроблена для оцінки ступеня вираженості посттравматичних стресових реакцій у військовослужбовців. В даний час вона є одним із широко використовуваних інструментів для вимірювання ознак ПТСР. Шкала складається з 35 тверджень, кожне з яких оцінюється за п'ятибальною шкалою Ліккерта. Оцінка результатів проводиться підсумовуванням балів, підсумковий показник дозволяє виявити ступінь впливу перенесеного індивідом травматичного досвіду. Вміщені в опитувальнику пункти входять в 4 категорії, три з них співвідносяться з критеріями DSM: 11 пунктів спрямовані на визначення симптомів вторгнення, 11 – уникнення і 8 питань відносяться до критерію фізіологічної збудливості. П'ять інших питань спрямовані на виявлення почуття провини і суїцидальності. Як показали дослідження, МШ володіє необхідними психометричними властивостями, а високий підсумковий бал за шкалою добре корелює з діагнозом «посттравматичний стресовий розлад», що спонукало дослідників до розробки

«громадянського» варіанту МШ, який складався з 39 питань. У 1995 р. були опубліковані психометричні дані, отримані на 668 цивільних особах, де було показано, що розроблена громадянська форма МШ володіє високою внутрішньою узгодженістю, хоча і дещо нижчою, ніж військовий варіант [14].

3. Тест на визначення стресостійкості особистості (за В. Семіченко) дозволяє здійснити якісний загальний аналіз результатів, отриманих шляхом опитування респондентів щодо самооцінки стійкості до стресу.

Стрес є невід'ємним атрибутом життєдіяльності. Людина не може повноцінно функціонувати, якщо на її органи чуттів не діє достатнє число відповідних подразників. У цьому випадку організм реагує станом стресу, що відіграє мобілізуючу і тому позитивну роль. З іншого боку, подразники підвищеної інтенсивності, виникаючі в надмірній кількості, можуть викликати дистрес і спричинити соматичне захворювання, деформацію психіки і навіть загибель.

Тому, проходячи цей тест та аналізуючи його, зможемо допомогти військовослужбовцям [32]:

- зберігати ясність розуму та впевненість в собі у відповідальних ситуаціях;
- залучати додаткові резерви для вирішення складних проблем;
- швидко відновлювати сили після розумових і фізичних навантажень;
- долати психологічні бар'єри та стрес;
- усвідомлювати свої цілі та швидше їх домагатися;
- підвищувати швидкість навчання й адаптації в нових умовах;
- без особливих фізичних зусиль знімати негативні емоції і напругу (позбавляє від невротичних порушень, фобій, залежностей і психосоматичних захворювань).

4. Тест «Оцінка агресивності в стосунках» А. Ассінгера. Згідно з опитувальниками, було виявлено, що при спілкуванні з оточуючими людина не рідко завищує своє самосприйняття. Вона може вважати, що своїм ставленням нікого не принижує і не зачіпає нічий почуття. Однак не завжди самосприйняття буває вірним, найчастіше воно суперечливе.

Тест, розроблений А. Ассінгером, дозволяє визначити, чи достатньо людина коректна у відносинах зі своїми колегами, чи легко їй дається спілкування з ними. Також, завдяки цьому тесту можна з'ясувати рівень агресії у спілкуванні людини. Ці дані допоможуть зрозуміти, наскільки людина схильна до конфліктів [30; 46].

Конфлікти здатні негативно впливати на роботу організації та знижувати працездатність як усього колективу, так і окремих його членів. Це тягне за собою зниження продуктивності організації, що позначається на репутації та затребуваності компанії. Зниження кількості внутрішніх конфліктів дозволить уникнути перерахованих вище проблем.

Для більшої об'єктивності відповідей у цьому тесті можна провести взаємооцінку. Для цього колеги можуть обмінятися питаннями та відповідати один за одного. Таким чином, можна буде зрозуміти наскільки вірна їхня самооцінка.

Методика дозволила діагностувати агресивність особистості по відношенню до оточуючих, рівень коректності при соціальних контактах, і дозволяє судити про спрямованість агресії. У комплексі з методикою ММРІ дозволяє проводити поглиблений аналіз особистості. Тест агресивності А. Ассінгера дає змогу визначити вияв агресії військовослужбовців у взаємостосунках з колегами. Наскільки особа коректно поводить себе з іншими та чи легко з ними спілкується. Методика включає такі шкали як: «надмірна миролюбивість»; «помірна агресивність» та «надмірна агресивність». Дана методика є додатковою та підсилює можливість більш цілісного визначення агресивності особистості. Методика включає 20 тверджень з трьома варіантами відповідей. Досліджуваному пропонується відмітити один з варіантів, який найбільш відповідає його судженню. Для підрахунку результатів, необхідно підсумовувати номери підкреслених відповідей:

– 45 і більше балів: Особа надмірно агресивна, при тому нерідко буває невірноваженою та жорстокою по відношенню до інших. Вона сподівається дістатися до управлінських «верхів», розраховуючи на власні методи, домогтися

успіху, жертвуючи інтересами оточуючих. Тому, їй не дивує неприязнь колег, але при найменшій можливості вона намагаються їх за це покарати.

– 36-44 бали: Особа помірно агресивна, але цілком успішно йде по життю, оскільки в неї досить здорового честолюбства та самовпевненості.

– 35 і менше балів: Суб'єкти надмірно миролюбні, що обумовлено недостатньою впевненістю у власних силах і можливостях. Це аж ніяк не означає, що вони «як травинка гнуться під будь-яким вітерцем». Та все ж більше рішучості їм не завадить.

Якщо по семи і більше питань особи набрали по три бали і менш ніж із семи питань – по одному балу, то вибухи їхньої агресивності носять скоріше руйнівний, ніж конструктивний характер. Вони схильні до непродуманих вчинків і жорстоких дискусій. Вони ставляться до людей зневажливо і своєю поведінкою провокують конфліктні ситуації, котрих цілком могли б уникнути. Якщо ж з семи і більше питань досліджувані отримують по одному балу, і менш ніж із семи питань – по три бали, то вони надмірно замкнуті. Це не означає, що їм не притаманні спалахи агресивності, але вони пригнічують їх аж надто ретельно.

Отже, методика вияву агресивності у відносинах дає змогу визначити як поведуть себе військовослужбовці у стосунках з іншими людьми, чи наявний прояв агресії щодо інших. За допомогою методики можна виявити агресивність військовослужбовців, як можливу причину вияву насильницької поведінки.

2.2 Аналіз результатів дослідження

Першою у нашому дослідженні була використана анкета «Стрес-фактори». Щоб зібрати інформацію про особисте ставлення та переконання щодо ПТСР, було проведено онлайн-опитування військовослужбовців. Окрім демографічних запитань, основне опитування включало 10 відкритих запитань, у які учасники могли вводити будь-яку чи меншу кількість інформації на свій розсуд, використовуючи власні слова. Запитання були зосереджені на розумінні та

ставленні людини до ПТСР та його діагностики. Щоб оцінити знання про посттравматичний стресовий розлад, учасників попросили дати визначення посттравматичного стресового розладу та перелік симптомів і бажаних методів лікування. Щоб виявити стигматизацію, пов'язану з розладами психічного здоров'я, учасників запитали про їх сприйняття людей, які використовували терапію та/або ліки для лікування посттравматичного стресового розладу. Учасників не просили розкривати будь-яку особисту інформацію про здоров'я чи конкретні діагнози, хоча деякі люди вирішили поділитися частиною цієї інформації у своїх відповідях.

Дані були проаналізовані із застосуванням загального індуктивного підходу. Ми визначили теми в даних, а потім зустрілися, щоб переглянути інформацію та досягти консенсусу. На додаток до ідентифікації тем, якісні дані, надані у відкритих запитаннях, кодувалися залежно від того, чи був загальний тон відповіді позитивним, негативним чи нейтральним. Запитання, які просили учасників надати інформацію про посттравматичний стресовий розлад, його симптоми та лікування, були закодовані на основі того, чи була інформація точною. Питання, які задавали учасникам про їхнє сприйняття людей з ПТСР, були закодовані як стигма. Потім були обрані цитати учасників, які представляли визначені теми або ідентифікували унікально сформульовані відповіді.

Визначення ПТСР. На прохання дати визначення посттравматичного стресового розладу 60% (n = 18) респондентів визначили травму як визначальну ознаку. 26% (n = 7) респондентів висловили думку про те, що ПТСР є психологічним/психічним розладом, а 28% (n = 8) респондентів використали список симптомів для визначення розладу. Загалом 16% (n = 4) респондентів посилалися на стійкість симптомів протягом тривалого часу, використовуючи такі слова та фрази, як «тривалий ефект» (респондент №5), «безкінечний спогад» (респондент №34) та заявивши, що цей розлад «з вами щодня у вашому житті» (респондент №17) і є чимось, що «людський мозок не може забути» (респондент №45). Деякі респонденти зазначили, що посттравматичний стресовий розлад може розвинути в осіб, які є свідками травматичних подій, а не лише тих, хто

безпосередньо пережив травму (10%; n = 3). Ці результати відображені в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1 – Слова/фрази, які найчастіше використовуються респондентами для визначення ПТСР

Травма	Розлад психічного здоров'я	Список симптомів	Наполегливість	Свідок травми
60%	26%	28%	16%	10%
(n = 18)	(n = 7)	(n = 8)	(n = 4)	(n = 3)

Деякі відповіді містили посилання на більше, ніж одне слово/фразу. Таким чином, сума відсотків перевищує 100%.

Одна людина, чий рідний брат служив у війську, визначив посттравматичний стресовий розлад одним словом: «хреновий» (респондент №17). Двоє осіб згадали про важливість медикаментів і терапії в лікуванні осіб з ПТСР. Також було зроблено посилання на ідею, що посттравматичний стресовий розлад негативно впливає на всі аспекти життя людини та/або заважає її працездатності в суспільстві (28% респондентів; n = 8). Інші відповіді включали посилання на класифікацію посттравматичного стресового розладу як тривожного розладу (10%; n = 3), ідею про те, що посттравматичний стресовий розлад не піддається успішному лікуванню (12%; n = 6) і думку про те, що особи, які насолоджуються минулими досягненнями, мають посттравматичний стресовий розлад. В цьому останньому випадку один респондент припустив, що «35-річний чоловік, який постійно відвідує футбольні ігри середньої школи, щоб заново пережити моменти свого життя» (Респондент №30), матиме діагноз ПТСР.

Інший респондент заявив, що він намагався «уникати будь-яких показів Донбасу» (Респондент № 20) і не мав «жодних кепок, курток або нашивок», посилаючись на бажання уникати зв'язків із тим часом свого життя, але часто все ще перебувають у «боєздатному режимі». Деякі респонденти називали ПТСР атиповою або дезадаптивною реакцією на травму (6%; n = 2). Інші слова чи

фрази, які використовувалися для визначення посттравматичного стресового розладу, включають «виснажливий» (4%; n = 2), «зрив у житті» (респондент №22), «емоційні американські гірки» (респондент №26) і «розрив між травмою та адаптацією до суспільства» (Респондент №28). Один респондент заявив, що якщо його не лікувати, ПТСР «зруйнує ваше життя», як це «зробило з багатьма моїми друзями-ветеранами» (Респондент №16).

Фрази та зображення. Респондентам задавали запитання: «Коли ви чуєте термін «посттравматичний стресовий розлад», які фрази чи образи спадають вам на думку?». Цитати з відповідей респондентів наведені в таблиці 2.2. Найпоширенішою відповіддю були війна/бойові дії/ветерани (52%; n = 16), а другою за поширеністю відповіддю були кошмари (16%; n = 5). Єдиним конкретним конфліктом, який згадувався, був Донбас (записали два респонденти).

Таблиця 2.2 – Фрази/зображення, які респонденти асоціюють із симптомами ПТСР

«Військовослужбовці»
«Почуття безпорадності і тривоги»
«Прошу, щоб усі молоді військовослужбовці лікувались»
«Індивіди відчувають дискомфорт у власній шкірі в звичайному нормальному оточенні через минулий досвід»
«Я думаю про невиліковний біль»
«Люди, які поранені та розбиті чимось, над чим вони не мали контролю»
«Маріуполь. Протест. Самотній. Страшний. Чому»

Прояв симптомів ПТСР. У таблиці 2.3 показано відповіді, надані, коли учасників просили перерахувати симптоми посттравматичного стресового розладу. Найпоширенішими симптомами були симптоми появи кошмарів, пов'язані з травмою (40%; n = 20) та дисоціативні реакції/флешбеки (36%; n = 18). Порухення сну, критерій E як симптом підвищеного збудження, вказали 32% (n = 16) респондентів. Респонденти включали симптоми, які не є частиною критеріїв DSM-5 для ПТСР, такі як тривога (40%; n = 12), напади паніки (12%; n

= 4), депресія (32%; n = 9), перепади настрою (10%; n = 3) і зловживання психоактивними речовинами (8%; n = 2).

Таблиця 2.3 – Симптоми ПТСР, правильно визначені респондентами

Критерій В: Втручання/повторне переживання	Респонденти, які дали таку відповідь, (%)
Нав'язливі думки або спогади	10
Травматичні кошмари	40
Дисоціативна реакція (флешбеки)	36
Сильний дистрес після нагадувань	4
Фізіологічна реактивність після нагадувань	4
Критерій С: Уникнення	
Уникнення думок/почуттів, пов'язаних із травмою	0
Уникнення нагадувань, пов'язаних із травмою	6
Критерій D: Негативні зміни в настрої/пізнанні	
Нездатність пригадати ключові ознаки травми	6
Стійкі негативні переконання	0
Постійне спотворене звинувачення себе чи інших	0
Постійні негативні емоції, пов'язані з травмою	4
Помітно знижений інтерес до діяльності	6
Почуття відчуженості	18

Звужений афект	0
Критерій Е: Підвищене збудження	
Дратівливість або агресивна поведінка	4
Саморуйнівна або необачна поведінка	8
Гіпернастороженість	18
Перебільшена реакція переляку	6
Проблеми з концентрацією	10
Порушення сну	32

Травматичні події. Респондентів попросили назвати типи травматичних подій або досвіду, які можуть спричинити у когось розвиток ПТСР. Ці результати відображені в таблиці 2.4. Найпоширенішою відповіддю був досвід бойових дій – 28% (n = 8) респондентів. З тих, хто перелічує бойові дії як тип травматичного досвіду, який може призвести до посттравматичного стресового розладу були нинішніми військовослужбовцями. Другою за поширеністю відповіддю була війна, яку назвали 24% (n = 7) респондентів. По 20% (n = 6) респондентів назвали наступні травматичні переживання: сексуальне насильство, насильство (причому 6% згадали саме сексуальне насильство) і смерть близької людини. Інші згадані випадки включали автомобільні аварії, переживання, близькі до смерті, і позбавлення чужого життя.

Таблиця 2. 4 – Травми, які, на думку респондентів, можуть призвести до ПТСР

Тип травми	Респонденти, які дали таку відповідь (%)
Бойовий досвід	28
Війна (свідок або жертва)	24
Сексуальне насильство/зґвалтування	20

Зловживання	20
Смерть близької людини	20
Природна катастрофа	12
Жертва фізичного нападу	12
Дорожня аварія	10
Досвід близької смерті	6
Вбивати когось	6

Особи з ризиком ПТСР. Респондентів попросили описати тип людей, які можуть мати найбільший ризик розвитку ПТСР. Найпоширенішою відповіддю було те, що кожен, хто пережив травму, може розвинути ПТСР. Таку відповідь дали 82% (n = 25) респондентів. Другою за поширеністю відповіддю були військовослужбовці, таку відповідь дали 26% (n = 7) респондентів. Третьою найпоширенішою відповіддю був персонал екстренної допомоги, яку написали 12% (n = 4) респондентів.

Опис осіб із ПТСР. Коли військовослужбовців попросили назвати слова чи фрази, які б описали людину з посттравматичним стресовим розладом, 8% (n = 2) респондентів використали слова/фрази, які були закодовані як пов'язані зі стигмами щодо психічного здоров'я. Ці слова: «небезпечний», «психічно слабкий» і «нестабільний». Позитивні слова/фрази використовували 18% (n = 5) респондентів; 16% (n = 5) респондентів конкретно використали слово «вижив». Інші позитивно закодовані слова/фрази включали «боєць», «гідний», «сильний» і «хоробрий». Негативно закодовані слова/фрази використовували 58% (n = 18) респондентів; це включало такі слова/фрази, як «жертва», «замучений», «проблемний», «самотній» і «зламаний». Нейтральні твердження використали 24% (n = 7) респондентів. Одна людина відповіла: «Мені доведеться зустрітися з окремою людиною, оскільки хвороба – це не те, що визначає її». Інші нейтральні відповіді включали «людина» та «потребує допомоги».

Лікування ПТСР. Респондентів попросили визначити методи лікування ПТСР, про які вони знали. Найпоширенішою відповіддю було консультування або терапія, яку надали 74% (n = 22) респондентів. Ліки (62%; n = 18) були

другою найпоширенішою відповіддю, зокрема коноплю, антидепресанти та анксиолітики. Групова терапія/групи підтримки (28%; n = 8) були третіми найпоширенішими відповідями з конкретними посиланнями на «групи ветеранів». Експозиційну терапію назвали як відповідь 18% (n = 5) респондентів, а соціальна підтримка, медитація, хобі/діяльність та/або фізичні вправи були згадані у 8% (n = 3) відповідей. Троє респондентів згадали про важливість включення віри в процес лікування. Більшість респондентів назвали більше однієї відповіді на це запитання. Таким чином, загальна сума відсотків перевищує 100%. Ці дані наведені в таблиці 2.5.

Таблиця 2.5 – Методи лікування ПТСР, визначені респондентами

Лікування	Респонденти, які дали таку відповідь, (%)
Консультування/терапія	74
Ліки	62
Групова терапія/групи підтримки	28
Експозиційна терапія	18
Соціальна підтримка з боку родини/друзів	8
Медитація	8
Хобі/діяльність	8
Вправа	8

Сприйняття лікування. Коли попросили описати когось, хто займається лікуванням психічного здоров'я (консультуванням або терапією) для встановлення діагнозу ПТСР, 96% (n = 29) респондентів назвали слова та/або фрази з позитивними конотаціями. Найпоширенішими відповідями були «сильний» (28%; n = 8) і сміливий/сміливий (28%; n = 8). Негативно сформульовані відповіді включали посилання на те, що особа «стурбована» і що «занадто мало» шукають лікування. Коли їх попросили назвати слова/фрази, щоб описати людину, яка приймає призначені ліки для лікування симптомів

посттравматичних стресових розладів, 56% (n = 17) респондентів дали відповідь, яка зображує особу в позитивному ключі. Проте 28% (n = 8) респондентів надали слова та/або фрази, які негативно описували особу. З них 5% (n = 2) висловили стурбованість використанням ліків, причому один респондент назвав це «прив'язкою» (Респондент №30), а інший заявив, що людина, яка приймає ліки, є «бомбою уповільненої дії» (Респондент № 28). Крім того, 28,5% (n = 9) тих, хто відповів негативно на це запитання, заявили, що ліків «недостатньо» для лікування ПТСР. Нарешті, 16% (n = 5) респондентів дали відповідь, яка описала себе як байдужого або байдужого до того, хто приймає ліки.

Рівень догляду. У таблиці 2.6 наведено вибрані цитати респондентів щодо рівня догляду за військовослужбовцями з проявами симптомів ПТСР. Відповіді щодо недостатнього рівня догляду надали 74% (n = 23) респондентів. Решта 26% (n = 7) респондентів заявили, що не мають достатньо інформації, щоб дати відповідь на це запитання. Жоден респондент не дав відповіді, яка б вказала на те, що він або вона вважає поточний рівень послуг достатнім. З тих, хто надав відповідь, 6% (n = 2) заявили, що вони вважають, що послуги покращуються, а 4% (n = 1) заявили, що вони відчують, що послуги не використовуються через стигматизацію навколо психіатричної допомоги в армії.

Таблиця 2.6 – Переконавання щодо послуг, доступних військовослужбовцям для лікування симптомів ПТСР

«Я не вірю, що існує достатньо послуг; наші лікарі та військовослужбовці борються за нашу країну і наша країна повинна боротися за них; ми винні їм набагато більше, ніж вони отримують»
«Нам потрібно отримати набагато більше підтримки для наших військовослужбовців»
«Допомоги надається недостатньо. Існує багато проблем і це потребує значного вдосконалення. Ми повинні поважати і допомагати тим, хто служив нашій країні, і це ведмежа послуга для них, якщо не надати їм необхідної допомоги, як фізичної, так і моральної».
«Я відчую, що вони покращуються, але все ще недостатньо ресурсів, щоб задовольнити потреби всіх наших поранених ветеринарів»

«Послуги можуть бути доступними, але ганьба, з якою стикаються деякі ветерани, відвідуючи терапію, не дозволяє їм використовувати доступні їм ресурси»

Поточне дослідження мало на меті дослідити взаємозв'язок між військовою службою та сприйняттям ПТСР шляхом розповсюдження відкритих опитувань серед військовослужбовців. Від 10% до 30% осіб, які приймали участь у бойових діях, у певний момент протягом життя розвинули ПТСР. Виявлення конкретної інформації, поглядів і переконань щодо посттравматичного стресового розладу та його діагностики може допомогти у створенні кампаній для підвищення рівня знань та зменшення стигматизації розладу, що призведе до кращого розуміння та доступу до медичної допомоги. Загалом грамотність щодо здоров'я корелює з покращенням показників здоров'я. Зокрема, доведено, що грамотність у сфері психічного здоров'я знижує негативне ставлення до психічних захворювань і збільшує соціальну підтримку, яку пропонують представники широкої громадськості особам із психічними діагнозами [67].

За методикою «Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)» (Т. Кеапе), що була використана для уточнення специфіки прояву ПТСР залежно від базових груп симптомів, було встановлено: ПТСР не було констатовано у жодного досліджуваного, характерні для ПТСР розлади простежувались у 12 (40% від загальної вибірки) військових, добре адаптованими виявились 18 (18% від загальної вибірки) осіб. Це свідчить про те, що у більшості респондентів встановлено задовільний рівень соціальної адаптації, незважаючи на тривале перебування у зоні бойових дій. Також було визначено, які критерії прояву ПТСР домінують у військовослужбовців. Результати наведено у таблиці 2.7.

Таблиця 2.7 – Кількісні показники критеріїв прояву ПТСР (за методикою «Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій» (Т.М. Кеапе))

Критерії	Кількість	%
Уникнення	9	30

Вторгнення	7	23.3
Збудливість	13	43.4
Провина	1	3.3

Найбільш вираженим критерієм прояву ознак ПТСР є фізіологічна збудливість. Цей показник виражений у 13 осіб (43,4% від загальної вибірки). Основними проявами фізіологічної збудливості стали:

- порушення якості та тривалості сну, що проявляється в неспроможності заснути, нічних кошмарах, які повторюються;
- дратівливість, через яку бійці не можуть нормально реагувати на дії або слова оточуючих, їхню поведінку;
- спалахи неконтрольованого гніву;
- спалахи агресії. Бійці схильні застосовувати силовий тиск на оточуючих щоразу, коли хочуть домогтися свого, навіть якщо мета не є життєво важливою. Вони можуть проявляти її у відкритій формі навіть до своїх рідних та близьких;
- немотивована пильність, внаслідок якої бійці пильно стежать за всім, що відбувається навколо, чи не загрожує їм небезпека. Часто надпильність проявляється у вигляді постійного фізичного напруження, яке не дозволяє розслабитися та відпочити;
- надмірні положливі реакції. Головним проявом є те, що за найменшої несподіванки боець робить стрімкі рухи (кидається на землю під час звуку, який нагадує двигун танка, або різко обертається та приймає бойову позу, коли хтось наближається до нього з-за спини), раптово здригається;
- гіпертрофована підозрілість, внаслідок якої вони не довіряють майже нікому, крім побратимів, які перебували у зоні бойових дій разом з ними. Здебільшого така підозрілість також поширюється на рідних і близьких бійця;
- параноя. Бійцям постійно здається, що за ними хтось стежить, намагаються зашкодити. За рахунок цього їм важко розслабитися, тримаються в напруженні навіть вночі [36; 72].

Менш вираженим критерієм прояву ПТСР є уникнення, яке спостерігається у 9 осіб (30% від загальної вибірки). Характеризується стійким униканням стимулів, пов'язаних із травмою, що супроводжується емоційним збідненням, почуттям байдужості до інших людей. Бійці намагаються:

- уникати думок і почуттів, пов'язаних із травмою;
- уникати будь-яких дій або ситуацій, здатних викликати спогади про травму; виявляють неспроможність згадати важливий аспект травми (психічна амнезія);
- в них наявне почуття відчуження щодо оточуючих, зниження здатності до співпереживання та душевної близькості з іншими людьми [17; 46].

Тест на самооцінку стресостійкості особистості В. Семіченко дозволив виявити рівні стресостійкості військовослужбовців. Виявлення показників психічного здоров'я особистості є важливим і складним завданням, оскільки потребує враховувати великий комплекс особистісних характеристик індивіда: від особливостей протікання пізнавальних процесів до вияву психічних властивостей та невід'ємною частиною психічного життя є стійкість в подоланні труднощів, збереження віри в себе, впевненості в собі, своїх можливостях, досконалість психічної саморегуляції, стійкий настрій.

Попередньо перед опитування військовослужбовців вони виявили бажання зафіксувати свої особистісні переживання:

«Моє серце постійно билось, і я відчував постійне запаморочення. Я не міг вийти з дому і почав боятися спати, оскільки був переконаний, що помру», – говорив один з опитаних військовослужбовців.

«Я думав, що справляюся досить добре для початку. Через кілька тижнів після події я почав відчувати неприємні фізичні симптоми, схожі на симптоми серцевого нападу: біль у грудях, стиснення та напади запаморочення настільки сильні, що я думав, що втрачу свідомість», – говорив один з досліджуваних військових.

«Я відчуваю, що перебуваю на шкалі часу, де минуле тягне мене в одному напрямку, а теперішнє – в іншому. Я бачу спалахи образів і прориваються шуми,

страх виникає нізвідки. Моє серце прискорюється, моє дихання гучне, і я більше не знаю, де я.» – говорив черговий опитаний військовослужбовець.

На підставі отриманих результатів дослідження, можна зробити наступний висновок:

- високий рівень стійкості до бойового стресу у 6 (20%) військовослужбовців свідчить про те, що вони повністю відповідають вимогам, що пред'являються до військовослужбовців в умовах бойової діяльності;

- достатній рівень стійкості до бойового стресу виявлено у 18 (60%) військовослужбовців. В основному відповідає вимогам, що пред'являються до військовослужбовців в умовах бойової діяльності;

- задовільний рівень стійкості до бойового стресу виявлено у 5 (17%) військовослужбовців. Мінімально відповідає вимогам, що пред'являються до військовослужбовців в умовах бойової діяльності;

- недостатній рівень стійкості до бойового стресу виявлено у 1 (3 %) військовослужбовця. Не відповідає вимогам, що пред'являються до військовослужбовців в умовах бойової напруги.

Таким чином, дані показники свідчать про те, що військовослужбовці частини А7034 можуть впоратися зі стресом, що представлено на круговій діаграмі (див. рис. 2.1).



Рисунок 2.1 – Рівні стійкості до бойового стресу у військовослужбовців

За допомогою тесту «Оцінка агресивності в стосунках» А. Ассінгера було здійснено вимірювання ступеня агресивності військовослужбовців. Даний тест дозволяє визначити, чи коректна людина у відношеннях з оточуючими і чи легко їй спілкуватися з ними. Для більшої об'єктивності відповідей можна провести взаємооцінку, коли респонденти відповідають на питання один за одного. Це допоможе зрозуміти, наскільки вірна їх самооцінка.

Респонденти заповнили інтегроване опитування, для заповнення якого знадобилося менше години. Після отримання компенсації респондентів запитали про чесність і точність їхніх відповідей. Після завершення відбувся дебрифінг, який завершив їх участь у дослідженні. Цей процес перевірки виглядає характерним у військовій літературі MTurk і, ймовірно, зменшує дисперсію помилок, пов'язану з неправильним уявленням про військовий статус заради фінансової вигоди.

За шкалою «агресивність» середнє значення складає $X_{сер.} = 27,95$ у жіночої статі та $X_{сер.} = 32,75$ у чоловічої статі. Це характеризує певну статеву відмінність військових за даним критерієм. Для жінок-військових характерний середній показник з тенденцією до низького показника, а для чоловіків характерний середній показник з тенденцією до високого показника, що дає змогу стверджувати, що для військових чоловіків вияв агресивності більш притаманний. Агресивність являє собою фізичну або словесну поведінку людини, спрямовану на пошкодження або зруйнування, що може переростати у насильство. За шкалою «ворожість» середнє значення складає $X_{сер.} = 18,63$ у жіночої статі та $X_{сер.} = 15,7$ у чоловічої, для яких притаманний середній рівень ворожості з тенденцією до низького. Це характеризує те, що обидві статі подібні за виявом ворожості у поведінці. За даною характеристикою обидві статі військових є подібними. Результати дослідження за середнім значенням наведено у таблиці 2.8 і на рисунку 2.2.

Таблиця 2.8 – Середні значення відповідно до статі

Стать	Цинізм	Агресивність	Ворожість
Жінки	36,53	27,95	18,63

Чоловіки	39,15	32,75	15,7
----------	-------	-------	------

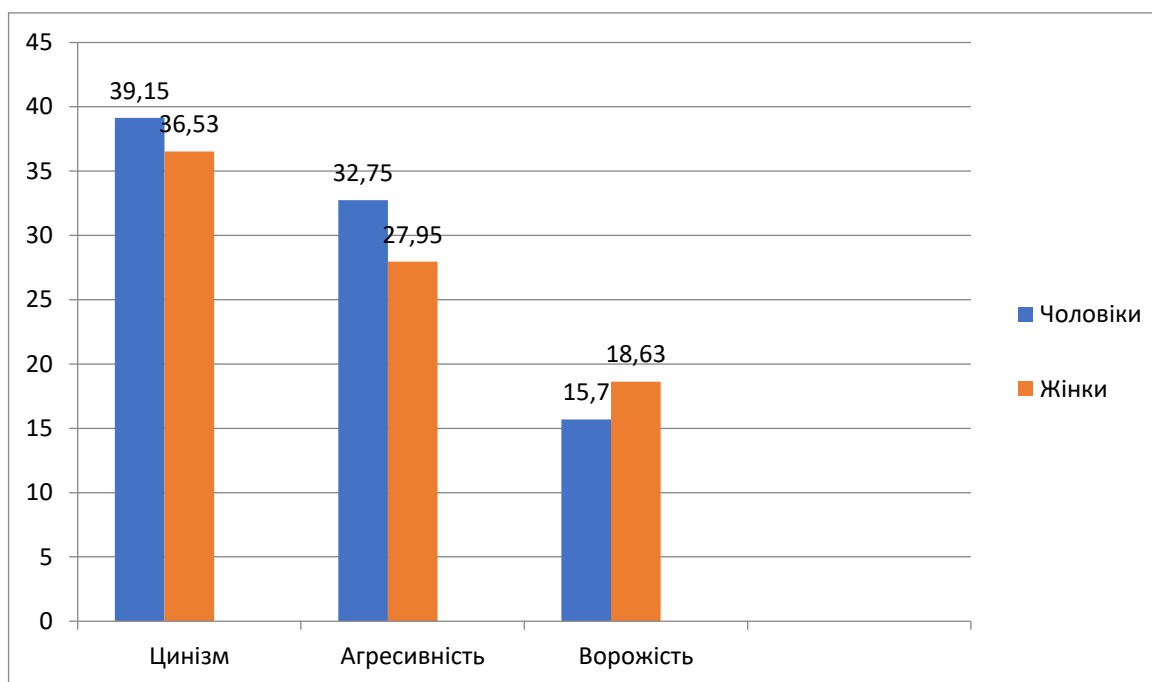


Рисунок 2.2 – Середні значення показників агресивності відповідно до статі

За шкалою цинізм методики А. Ассінгера виявлено такі результати: середні значення за рівнем вияву цинізму в жінок складає $X_{сер.} = 36,53$, а у чоловіків цей показник становить $X_{сер.} = 39,15$. Жінок можна охарактеризувати за даним рівнем як надмірно миролюбивих. Це може бути зумовлено недостатньою впевненістю у власних силах і можливостях. Жінкам часто не вистачає рішучості та впевненості у реалізації власних цілей. На противагу чоловікам, жінки характеризуються помірним цинізмом. Помірний цинізм притаманний людям, які цілком успішно йдуть по життю, у них досить здорового честолюбства та самовпевненості. І за рахунок цього, вони досягають поставлених цілей та визначених перед собою завдань.

Отже, за результатами методики агресивності у відносинах виявлено відмінність між чоловічою та жіночою статтю у військових. У жінок виявлено надмірне миролюбство у стосунках з іншими особами. Це свідчить про те, що їм не вистачає впевненості та рішучості задля вирішення деяких цілей. У чоловіків

виявлена помірна агресивність. Це допомагає їм впевнено йти по життю та досягати поставлених цілей за рахунок віри у власні сили.

2.3 Розробка психологічної програми «Антистрес»

Сьогодні відсутня єдина стратегія та система повернення військових до мирного життя. Важливу роль у цьому процесі відіграють саме громадські організації та небайдужі волонтери. Тому уся ця система ресоціалізації тримається виключно на громадських ініціативах та ініціативах самих військових.

Узагальнюючи та аналізуючи військовослужбовців, можна виділити кілька основних напрямів підтримки:

1. Інформаційно-дослідницька діяльність є одним із головних і наймасштабніших напрямів, який, окрім інформаційних кампаній та масштабних польових досліджень, передбачає також створення мережі центрів для ветеранів та залучення громадського сектору для задоволення потреб ветеранів у сферах зайнятості, підприємництва та психосоціальних послуг.

2. Фактором, що сприяє становленню військовослужбовців як самодостатніх і незалежних членів суспільства, є фінансова, кредитна та податкова підтримка, зокрема через розвиток ветеранського бізнесу, підтримку технічного оснащення ветеранських підприємств, залучення ветеранських підприємств як підрядників і субпідрядників при виконанні державних замовлень.

3. Медична та реабілітаційна діяльність охоплює широкий спектр довготермінової підтримки, яка часто потребує значних витрат з державного бюджету на забезпечення безоплатних медичних послуг і різноманітних фінансових компенсацій, пов'язаних зі станом здоров'я.

4. Діяльність із соціальної адаптації пронизує всі напрямки державної політики підтримки військових.

Починаючи від медичних послуг і закінчуючи програмами перепідготовки – всі ініціативи організовані з урахуванням унікального досвіду військових і спрямовані на створення сприятливих умов для їх розвитку в цивільному житті.

Особливу увагу приділяємо соціальній підтримці, яка частково здійснюється громадянським суспільством, частково місцевою владою. Підтримка ветеранів здійснюється як під час оформлення соціальних виплат, так і під час пошуку роботи та створення власного бізнесу [25]:

- зміцнення здоров'я (лікування);
- придбання житла, покращення чи відновлення житла;
- фінансова підтримки;
- освіта;
- працевлаштування;
- отримання психологічної допомоги;
- підприємницькі інвестиції;
- отримання пільг на землю;
- комунальні субсидії;
- безоплатний проїзд;
- пенсійне забезпечення;
- пільги на навчання;
- медичне обслуговування;
- психологічна реабілітація;
- грошова допомога.

Усі теми, які аналізують досліджувані, є доказом того, що їх опрацювання лише в форматі індивідуальної чи навіть групової терапії недостатньо. Індивідуальна психотерапія безумовно є важливою і необхідною, адже допомагає військовослужбовцю не лише справитись з наслідками психотравми та опанувати прояви ПТСР, а й загалом інтегрувати досвід, отриманий в бойових діях, в свою особистість, відбудувати свою ідентичність після того, як багато з життєвих цінностей та моральних орієнтирів не пройшли випробування війною. Проте, вся ця титанічна праця може бути ефективною та сприяти посттравматичному зростанню лише за умови достатнього рівня загального

благополуччя в житті військовослужбовця, тобто наявності роботи чи діяльності, яка дозволяє заробляти на життя, а також близьких та значимих стосунків (інтимних, родинних, дружніх тощо) і соціальної підтримки (від держави, суспільства, громади, різних спільнот тощо) [59]. Оскільки, це ті аспекти, на які психотерапія, незалежно від методу, або має дуже малий вплив, або ж не має жодного, можна стверджувати, що потрібен комплексний підхід до допомоги військовим, яким може стати процес ресоціалізації, в якому психологічна реабілітація посідатиме своє місце серед усіх інших типів послуг, які мусять надаватися в рамках процесу, в залежності від індивідуальних потреб ветерана та етапу реінтеграції в мирне громадянське суспільство, на якому він знаходиться.

Отже, враховуючи міжнародний досвід, результати емпіричного дослідження, проаналізовані потреби [16; 17] та запити військовослужбовців, з якими вони можуть звернутись по допомогу, можна узагальнити наступні особливості програми «Антистрес» (Додаток Д):

1. Комплексний підхід. Програма передбачає багато аспектів реабілітації: фізичний, психічний, соціальний, культурний тощо. Так, як після демобілізації військовослужбовці зіштовхуються з великою кількістю питань, які потрібно вирішити, до прикладу працевлаштування, відбудова соціальних зв'язків, отримання відповідних соціальних пільг, інтеграція пережитого досвіду в зоні бойових дій в свою свідомість, планування та організація свого майбутнього цивільного життя тощо, то їм потрібна допомога та підтримка фахівців з різних сфер (медики, психологи, юристи, соціальні працівники, громадські організації тощо). При цьому дуже потрібно, аби такі фахівці були ознайомлені з потребами військових та усвідомлювали, як найефективніше надавати відповідну допомогу саме цій категорії громадян. Тому такий комплексний підхід допоможе у швидкому й ефективному вирішенні нагальних потреб військовослужбовців та забезпечить необхідну соціальну підтримку, може допомогти запобігти розвитку великої кількості наслідків розвитку психотравматизації та ПТСР.

2. Основна ідея програми – інтеграція досвіду бойових дій в особистість військовослужбовця задля забезпечення його нормального соціального

функціонування в мирному житті та сприяння посттравматичному зростанню. Показник учасників бойових дій в Україні після закінчення війни буде значним. Якась частина військових залишиться в лавах збройних сил і надалі, але велика їх кількість повернеться у мирне життя, з якого їх різко вирвала війна. Переважно, це будуть люди працездатного віку, на яких держава покладатиметься в процесі економічного, соціального та демографічного відновлення країни.

Цілі програми ресоціалізації передбачають полегшення проявів симптомів розладів, отриманих внаслідок бойового стресу, чи запобігання ПТСР та інших наслідків психотравматизації.

3. Участь в програмі, зокрема психологічна допомога, може розповсюджуватись не лише на військовослужбовців, а й на членів їх родин. Оскільки, військові часто переживають суттєві особистісні зміни внаслідок отриманого на війні досвіду, це має прямий вплив і на стосунки в родині та з друзями. Адже і їм доведеться познайомитись з новою (і вагомою) частиною особистості їх рідної та близької людини. Перегляд цінностей та життєвих пріоритетів проходитиме болісно не лише для військового, але й для його близького оточення. Не виключені випадки, коли стосунки припиняються, або ж набирають нових якостей, до чого усі сторони цих стосунків можуть бути не готові.

4. Якщо виділити основне завдання програми, то це не лише полегшення чи позбавлення страждань тут зараз, а робота комплексом наслідків, які можуть себе проявити і в далекому майбутньому. Тому розвиток навичок саморегуляції та стійкості (англ. «resilience»), які допоможуть справлятися військовим з їхніми стресами та тригерами, є надважливим на усіх етапах процесу ресоціалізації, бо він поверне відчуття власної відповідальності за якість свого життя та впевненість у собі.

Отже, покладатися в вирішенні психологічних проблем лише на державу чи волонтерів, чи лише громадський сектор не варто. Усі вони повинні об'єднати свої зусилля аби задовольнити потреби значної частини населення в ресоціалізації та інтеграції в мирне життя [31].

5. Програма ресоціалізації у своїх тренінгах охоплює фактично події всього життя, а не лише якогось його відрізка. Хоч війна і участь у бойових діях займають незначний часовий відрізок життя більшості військових, проте вона має сильний вплив на якість їх подальшої життєдіяльності.

Дана програма підтримки військових може стати гарною основою для розуміння потреб військових на різних етапах їх життя, а отже, може бути взята за основу для створення вітчизняного процесу ресоціалізації, який враховуватиме увесь післявоєнний період у довгостроковій перспективі.

Вона може допомогти в кращому усвідомленні критично необхідних кроків одразу після повернення у мирне життя, задля того, щоб процес ресоціалізації був ефективним, потребував значних зусиль лише на перших його етапах і передбачав мінімальну підтримку на більш пізніх етапах.

Держава та суспільство задає контекст, в якому відбувається процес ресоціалізації, тому несе часткову відповідальність за його ефективність. Учасники бойових дій часто мусять знову шукати відповідь на питання «хто я?» після повернення з війни [3; 9]. Пошук цієї відповіді відбувається не лише у внутрішньому світі ветерана, а й у зовнішньому, тобто в суспільстві.

Позитивне ставлення як до національних героїв, переможців, визволителів сприятиме ефективному процесу ресоціалізації. В свою чергу, невизначена оцінка військових дій, самої війни і участі в ній, ускладнює цей процес, адже лише поглиблює почуття провини за участь в військових діях і посилює соціальну ізоляцію ветеранів від цивільного оточення, а це прямий шлях до важких наслідків військової психологічної травматизації – депресії, ПТСР, зловживання токсичними речовинами чи спроб самогубств.

Розвиток та просування ідеї в суспільстві про те, що просити про допомогу не соромно, а про психічне здоров'я необхідно дбати так само, як і про фізичне, бо, аналізуючи думку Л. Карамушки, М. Андрос [20], психічне здоров'я – це таке функціонування психіки індивіда, котре забезпечує його гармонійну взаємодію з навколишнім світом, що включає ефективність діяльності та поведінки військового й здійснення його особистісного розвитку [8]. Хоробрим воїнам, які вижили в війні, пройшовши крізь страшне пекло, важко зізнатись собі й іншим,

що вони страждають. У кожного свої причини не звертатись за допомогою. Хтось не може собі цього дозволити фінансово і навіть не уявляє, що її можна отримати безкоштовно. Хтось навіть не знає, що існують можливості отримання допомоги і до кого можна звернутись по неї. А хтось не може це зробити, бо вважає, що не має такого морального права, адже вони вижили на відміну від тих побратимів, які не повернулись живими, або повернулись з інвалідністю. І це, нажаль, проблема міжнародного масштабу. Ця проблема не унікальна для України.

Тож програма просуватиме ці переконання та просування ідеї, що отримувати психологічну допомогу – це важлива норма. Для цього ми використали тренінги, котрі проінформують в процесі спілкування про саму проблему та наявність будь-яких тривожних маяків чи сигналів виникнення важкого посттравматичного розладу.

Посттравматичний стресовий розлад – нова «пандемія» в Україні. Хоч і не в усіх учасників бойових дій розвивається ПТСР, проте можна сміливо припустити, що людей з даним розладом в Україні буде значна кількість внаслідок військових дій. Він, нажаль, зустрічатиметься не лише серед військових, але і серед цивільного населення. Отже, варто сприйняти це як нову «пандемію». Варто зазначити, що на рівні держави необхідна інформаційна компанія, достатнє фінансування закладів, що надаватимуть допомогу в боротьбі з симптомами ПТСР, не обмежуючись лише психоневрологічними клініками та санаторіями.

Окрім нашої програми для наукового дослідження проблематики, саме в українських реаліях, задля забезпечення належного лікування потрібно створювати тисячі інших психоедукаційних заходів для різних категорій населення, які потенційно або самі можуть страждати на даний розлад, або якимось чином матимуть справу з його проявами. Також вартувало б залучити міжнародні фонди та організації до боротьби з цією проблемою.

Враховуючи минулі військові сутички з країною агресором, вже маємо ризики повторення участі в бойових діях. На сьогодні існують деякі прогнози аналітиків, які передрікають повторення військового конфлікту з росією в

майбутньому. Хтось при цьому говорить вже про найближчі роки, а хтось вказує горизонт в десятки років [4; 6]. Наскільки реальні такі прогнози покаже лише час, але ризик повторної травматизації в потенційних бойових діях в майбутньому врахований в програмі ресоціалізації.

Результатом такої програми ми назвали б повну інтеграцію учасників бойових дій в цивільне життя, в якому вони роблять свій внесок в розбудову країни, планують в ній своє майбутнє, отримують достатній рівень соціальної підтримки та мають гарний рівень загального благополуччя. Але наслідки психотравматизації, отриманої внаслідок участі в бойових діях, в тому числі ПТСР, якщо й мають місце в їх житті, то не несуть значного впливу на якість життя військовослужбовців та стосунків з їх близьким оточенням, а також не заважають нормальному функціонуванню як члена суспільства завдяки широкому доступу військовослужбовців до необхідної фахової психологічної допомоги, коли вони її потребують [13; 19].

Психологічна програма «Антистрес» для військовослужбовців і членів їхніх сімей включає такі напрями:

- Діагностика синдрому соціально-психологічної дезадаптації у військовослужбовця (психоемоційного стану в цивільному житті, використовуваних стратегій адаптації, поведінки) на підставі результатів психодіагностики індивідуальних особливостей військовослужбовця.
- Психологічне консультування (індивідуальне і сімейне).
- Психокорекційна робота. Кваліфікована психотерапевтична допомога потрібна тим військовослужбовцям, у яких спостерігаються різко виражені й запущені порушення адаптації (депресія, алкоголізм, девіантна поведінка та ін.).
- Соціально-психологічні тренінги з метою підвищення адаптивності військовослужбовця та його особистісного розвитку.
- Допомога в професійному самовизначенні, профорієнтація в цілях перенавчання та подальшого працевлаштування.
- Навчання навичок саморегуляції (прийомів зняття напруженості за допомогою релаксації, аутотренінгу та інших методів).

Варто звернути увагу на те, що при проведенні комплексної ресоціалізації високоефективними є різні види тренінгів – спеціалізовані, професійні, комунікативні, соціально-психологічні, адаптивні з виокремленням чіткого алгоритму структурних елементів, специфічних рис, принципами і правилами проведення, комплексом методів (групова дискусія, ігрові методи, вербальні й невербальні техніки, методи тілесної терапії) і технік (активного слухання, інформаційні техніки, медитативні техніки). Особливим видом психотерапії визначено сімейну терапію, спрямовану на корекцію міжособистісних взаємин та усунення емоційних розладів у сім'ях військовослужбовців, які повернулися після виконання бойових завдань до мирного життя. Увага зосереджена на мультимодальній формі сімейної психотерапії, яка передбачає індивідуальне та сімейне консультування, групову психотерапію [46].

Військовослужбовці, які брали участь у військових конфліктах, вимагають підвищеної соціальної уваги для їх комфортної ресоціалізації.

Оцінивши загальні підходи до організації процесу, представлені у працях Л. Вакуленка, Т. Добровольської, С. Харченка; психологічні чинники впливу війни на стан особового складу, проаналізовані у дослідженнях О. Блінова, О. Бойка, А. Бородія, В. Крайнюка, а також різні аспекти реабілітаційної роботи з військовослужбовцями, вивчали В. Лесков, М. Маслова, Н. Олексюк, Н. Пономаренко, О. Савченко, розробили психологічну програму «Антистрес», що допоможе налаштувати процес реінтеграції кожного військового, хто потребує допомоги у цьому [15; 23; 44; 51; 52; 60; 66].

Психологічна програма побудована на основі аналізу отриманих у ході діагностики даних.

Час проведення: чотири дні, по одному тренінгу в день для кожного досліджуваного військовослужбовця.

Групові тренінги передбачають не більше 10 осіб на спільному занятті.

Мета: ефективна реалізація реабілітаційного потенціалу військового, з урахуванням його індивідуальних особистісних особливостей.

Програма «Антистрес» складається з 4 тренінгів:

1. Формування стресостійкості. Щоденні поради.

2. Тренінг «Розвиток самоаналізу».

3. Тренінг «Запобігання та обмеження проявів агресивної поведінки»

4. Тренінг «Зовнішні ресурси».

Тривалість проходження для кожного військового за програмою в залежності від рівня готовності складає 4 дні.

Тренінги програми можуть реалізовуватися та застосовуватися на всіх рівнях проходження служби.

Завдання програми:

- комплексне дослідження стресостійкості різної складності за допомогою тренінгів;
- підвищення рівня продуктивності та стабільної емоційності військовослужбовців для соціалізації та реабілітації;
- вивчення та засвоєння навичок повернення до мирного життя;
- дослідження особливостей реагування на психологічні подразники;
- підвищення індивідуальної здатності військовослужбовців до реінтеграції, психологічного та фізичного відновлення;
- профілактика негативних реакцій на виникнення психотравматичного синдрому.

Висновки до розділу

Протягом дослідно-експериментальної роботи нами були вивчені психологічні особливості прояву посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців в частині А7034 м. Хмельницького. Опрацьовуючи результати застосованих психодіагностичних методик під час проведення дослідження, ми дійшли таких висновків:

За результатами проведеного анкетування «Стрес-фактори», розробленого науково-дослідним відділом воєнно-психологічних досліджень Науково-дослідного центру гуманітарних проблем Збройних Сил України, нами виявлено, що військовослужбовці в певній мірі схильні до виникнення розвитку проявів ПТСР через взаємозв'язок між військовою службою та сприйняттям самого

поняття «ПТСР». Результати опитування серед військовослужбовців, які приймали участь у бойових діях, показали, що до 30% осіб мають прояв симптомів ПТСР, особливо через те, що військові не звертаються за психологічною допомогою до фахівців. Хоча 74% опитаних все ж зазначили, що терапія та консультування для них було б прийнятним лікуванням.

Бачимо, що найпоширенішими симптомами у 40% досліджуваних були симптоми втручання кошмарів, пов'язані з травмою, та дисоціативні реакції/флешбеки (36%), а також порушення сну у 32% респондентів, тривога (40%), напади паніки (12%), депресія (32%) та перепади настрою.

З'ясовано, що грамотність у сфері психічного здоров'я та правильне оцінювання теперішнього його стану знижує негативне ставлення до психічних захворювань та дає можливість відновити свій психологічний стан та закріпити його в стані норми.

За методикою «Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)» (Т. Кеапе), визначено, що ПТСР не було констатовано у жодного досліджуваного, характерні для ПТСР розлади простежувались у 40% військових, добре адаптованими виявились 18% осіб. Це свідчить про те, що у більшості респондентів встановлено задовільний рівень соціальної адаптації, не зважаючи на тривале перебування у зоні ООС. Також було визначено критерії прояву ПТСР, які домінують у військовослужбовців.

Найбільш вираженим критерієм прояву симптомів ПТСР є фізіологічна збудливість (43,4% військовослужбовців), найменш вираженим є уникнення, яке спостерігається у 30%.

Тест на самооцінку стресостійкості особистості В. Семіченко показав відповідні рівні стійкості до бойового стресу, а саме: високий рівень прослідковується у 20% військовослужбовців, достатній – 60%, задовільний – 17%, недостатній – 3%.

Тест А. Ассінгера на оцінку агресивності у взаєминах показав середні значення за рівнем вияву агресивності в жінок, що складає $X_{сер.} = 27,95$, а у чоловіків цей показник становить $X_{сер.} = 32,75$, що пояснює чоловічу помірну агресивність та жіноче надмірне миролюбство.

З метою формування контролю та успішного подолання симптомів ПТСР у процесі реінтеграції військовослужбовців була розроблена психологічна програма «Антистрес», спрямована на зменшенню стигматизації розладу для адекватного пристосування до мирного життя.

ВИСНОВКИ

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) виникав після воєн протягом усієї історії, навіть воєн, які були короткими та успішними. Солдати мають значний ризик хронічних функціональних порушень, а також специфічних психічних захворювань, таких як дистимія, панічні розлади, obsесивні розлади та інші. Довійськове функціонування та генетика відіграють певну роль у ймовірності розвитку посттравматичних стресових розладів, тоді як довгостроковий результат залежить від низки додаткових факторів, таких як тяжкість бойового впливу та хронічні фізичні вади. Первинна профілактика – бажана та складна, а вторинна – досяжна й ефективна. Так само лікування є значно ефективним у деяких, але не у всіх ветеранів.

В умовах війни посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) стає однією із найбільш поширених психологічних патологій. Особливо, якщо мова йде про військовослужбовців – людей, які перебувають у зоні бойових дій. ПТСР у військових діагностують дуже часто, саме тому дана проблема актуальна сьогодні та буде залишатись такою ще довгий час.

Проведений аналіз психологічних особливостей прояву ПТСР у військовослужбовців у період ресоціалізації дозволяє зробити низку висновків, що мають теоретичне та практичне значення:

Перехід від військової служби до цивільного життя – це унікальний та значний процес у житті кожного військовослужбовця. Вони заслуговують на повну підтримку від держави, суспільства та організацій, що мають надавати їм послуги. З урахуванням цього, ефективний та всебічно підтриманий перехід може стати фундаментом для успішного, продуктивного та змістовного цивільного життя військовослужбовця, що, в свою чергу, реалізує у ньому необхідні умови для реалізації та ресоціалізації: бажання змінювати країну, цінування життя та стосунків, зміна життєвих пріоритетів, зміна життєвої філософії, формування кола однодумців, відчуття власної сили, нові можливості; фокусування на власних сильних сторонах, здатність до співчуття.

Дослідження психологічних особливостей прояву ПТСР має вирішальне значення для довгострокового здоров'я та благополуччя військовослужбовців та їх родин. Майже половина учасників, у яких на початковому етапі виявлено позитивні симптоми посттравматичного стресового розладу, мали стійкий прояв симптомів посттравматичного стресового розладу під час першого спостереження; серед них понад дві третини мали постійний посттравматичний стресовий розлад під час другого спостереження.

1. Враховуючи велику кількість факторів, пов'язаних із стійкістю ПТСР, наше дослідження підкреслює важливість цілісних моделей спільної допомоги, які стосуються складних взаємопов'язаних супутніх захворювань, включаючи депресію, генералізовані фізичні симптоми та проблеми зі сном.

2. За результатами проведеного дослідження було виявлено, що високий рівень стійкості військовослужбовців до бойового стресу складає 20%, достатній – 60%, задовільний – 17%, недостатній – 3%. Тобто, військовослужбовцям при пропрацюванні проявлених симптомів високі шанси позбутися більшості «негативних симптомів війни».

3. Отримані результати дослідження стали підставою для створення психологічної програми «Антистрес» та відпрацювання тренінгів системи реінтеграції військовослужбовців для повного, або хоча б часткового їх відновлення. Ця програма дає можливість:

- підвищити рівень ефективної адаптації військовослужбовців до мирного життя, соціалізації та реабілітації;
- вивчити та засвоїти навички ефективного діагностування симптомів ПТСР та особливостей реагування в екстремальних ситуаціях;
- провести проміжні заходи з психологічної, медичної реабілітації та адаптації військовослужбовців під час виходу на ротацію, у відпустках чи демобілізації;
- підвищити індивідуальні здатності військовослужбовців до реабілітації, психологічного та фізичного відновлення;
- здійснити профілактику негативних реакцій та виникнення психотравматичного синдрому.

Такі заходи щодо дослідження прояву симптомів ПТСР у військовослужбовців сприятимуть ефективному виконанню, покладених на них бойових задач, так і в подальшому, кращій адаптації до цивільного життя в суспільстві.

ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ

1. Абдул-Хамід В.К., Хьюз Дж.Х. Нічого нового під сонцем: посттравматичні стресові розлади в стародавньому світі. *Early Sci Med*. 2014. 19. С. 549-557.
2. Агаєв Н.А., Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В., Ткаченко В.В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник. К. : НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.
3. Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Особливості ступеню вияву у військовослужбовців Крайнюк В.М. Психологія стресостійкості особистості : монографія. К. : Ніка-Центр, 2007. 432 с.
4. Алещенко В.І., Сафін О.Д., Потапчук Є.М. Організація забезпечення збереження психічного здоров'я військовослужбовців. Методичний посібник для офіцерів, професорсько-викладацького складу, слухачів і курсантів ЗС України. К., 2017. 134 с.
5. Бондаренко М., Вернодубов М., Паламарь А. Актуальні проблеми психогієни та психопрофілактики у військових частинах та підрозділах: методичний посібник для командирів, офіцерів виховної роботи та лікарів. Одеса : ВКФ ДРУК, 1998. 107 с.
6. Баєвський Р.М. Прогнозування станів на межі норми і патології. К., 1979.
7. Белшер, Б.Е., Ауербах Бук, Є. , Еватт, Д. , Смоленський, Д. Дж. , Ши, М. Т. , Отто, Дж. Л. , Розен, К. С. , & Шнурр, П. П. (2019). Терапія, орієнтована на сьогодення (РСТ) для посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у дорослих. *Кокранівська база даних систематичних огляді*. 2019. (11).
8. Березін Б.Ф. Психічна і психофізіологічна адаптація людини. К., 1988.
9. Везерс Ф.В., Бовін М. Дж., Лі Д.Дж., Слоун Д.М, Шнурр П.П., Калупек Д.Г., Кін Т.М., & Маркс Б.П. Шкала посттравматичних стресових розладів, керована лікарем, для DSM–5 (CAPS-5): розвиток і початкова психометрична оцінка у військових ветеранів. *Психологічна оцінка*, 30(3). 2018. С. 383-395.

10. Військова психологія / За редакцією В.В. Шеляг, А.Д. Глоточкін, К. К. Платонова. К., 1972.
11. Військова психологія і педагогіка : Навчальний посібник / За ред. В. Ф. Кулакова. К., 1998.
12. Герлок А. Ветерани: відповіді на втручання з керування гнівом. Проблеми сестринського догляду за психічним здоров'ям, 16. 1994. С. 393-408.
13. Діагностичні індикаторів ПТСР, зумовленого впливом екстремальних чинників бойової діяльності. *Проблеми екстремальної та кризової психології* : зб. наук. пр. 2016. Вип. 20. С. 84-93.
14. Демпстер А.П., Лерд Н.М., & Рубін Д.Б. Оцінка максимальної правдоподібності на основі неповних даних за допомогою алгоритму EM. *Журнал Королівського статистичного товариства*, серія В. 1977. 39. С. 1-38.
15. Донахью Дж. Дж., Сантанелло А., Марсільо М. К., & Ван Мале Л. М. Терапія прийняття та прихильності для порушення регуляції гніву серед військових ветеранів: пілотне дослідження. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 47. (2017). С. 233-241.
16. Еванс Л., Макх'ю Т., Гопвуд М., & Ватт К. Хронічний посттравматичний стресовий розлад і сімейне функціонування ветеранів. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 37. 2003. С. 765-772.
17. Елгобен Е.Г., Араліс Х., Кассієлло-Роббінс Ч.Ф., Лестер П., Зальцман В., & Баріш Г. Інтеграція мобільних технологій і соціальної підтримки з когнітивно-поведінковою терапією гніву у ветеранів із ПТСР: пілотне дослідження. *Поведінкове військовослужбовців*, 9(1). 2021. С. 17-26.
18. Імель З.Є., Ласка К., Яккупчак М., & Сімпсон Т.Л. Мета-аналіз відсіву в лікуванні посттравматичного стресового розладу. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 81. 2013.
19. Калкштайн С., Скотт Дж. К., Сміт Р. В., & Круз Дж. Ефективність програми контролю гніву серед ветеранів із посттравматичним стресовим розладом та іншими проблемами психічного здоров'я: порівняльне дослідження. *Journal of Clinical Psychology*. 74. 2018. С. 1422-1430.

20. Карамушка Л. М., Андрос М. Є. Психічне здоров'я особистості як вагомий чинник демографічної ситуації. Демографічна ситуація в Карпатському регіоні : реальність, проблеми, прогнози на XXI століття. Тези Міжнародної науково-практичної конференції. Чернівці – Київ : Чернівецький держуніверситет ім. Ю. Федьковича, 1996. С. 370-372.

21. Корольчук М. С., Миронець С. М., Тімченко О. В. Психологія праці в звичайних та екстремальних умовах: навчальний посібник. Київ: КНТЕУ, 2014. 523 с.

22. Кохан В. Г. Діяльність військового керівника по збереженню психічного здоров'я військовослужбовців : автореф дис. канд. психол. наук : 19.00.09 / Національна академія ПВУ ім. Б. Хмельницького. Хмельницький, 2003. 18 с.

23. Коккаро Е.. Модифікована шкала відкритої агресії (OAS-M) для клінічних випробувань, спрямованих на імпульсивну агресію та періодичний вибуховий розлад: валідність, надійність і кореляти. *Journal of Psychiatric Research* (124). 2020. С. 50-57.

24. Коккаро Е.Ф., Харві П.Д., Купсав Л.Є., Герберт Дж. Л., & Бернштейн Д.П. Модифікована шкала явної агресії (OAS-M). В Американській психіатричній асоціації, Цільова група Американської психіатричної асоціації для Довідника з психіатричних заходів. Вашингтон, округ Колумбія: Американська психіатрична асоціація. 2000). С. 699-702.

25. Крайнюк В. М. Психологія стресостійкості особистості: монографія. К. : Ніка-Центр, 2007. 432 с.

26. Келлер М. Б., Лаворі П. В., Фрідман Б., Нільсон Е., Ендікотт Дж., Макдональд-Скотт П., & Андреасон Н. К. Подовжне інтервальне подальше оцінювання. *Архів загальної психіатрії* (44). 1987. С. 540-548.

27. Коен Дж. Потужний праймер. *Психологічний вісник*, 122. 1992. С. 155-159.

28. Кулька Р., Шленгер В.Е., Фербенк Дж.А., Гаф Р.Л., Джордан Б.К., Мармар К.Р., Вайс Д.С. Покоління травми та війни: звіт про результати

Національного дослідження реадаптації ветеранів В'єтнаму. *Клінічна психологія & Психотерапія: міжнародний журнал теорії та практики*, 3. 1990. С. 249-258.

29. Ламберт М. Дж., Фінч А.А., Окіші Дж., Берлінгейм Г.М., Маккелві К., Райзенгер К.В. Інструкція з адміністрування та підрахунку балів для короткої форми опитувальника результатів. Стівенсон, доктор медичних наук. *American Professional Credentialing Services*. 1997.

30. Ласко Н.Б., Гурвіц Т.В., Куне А. А., Опп С. П., & Пітман Р.К. Агресія та її кореляти у ветеранів В'єтнаму з хронічним посттравматичним стресовим розладом і без нього. *Комплексна психіатрія*, 35(5). 1994. С. 373-381.

31. Лінх Д., & Соннек С.М. Застосування когнітивно-поведінкового тренінгу керування гнівом у військових/професійних умовах: ефективність і демографічні чинники. *Військова медицина*, 168(6). 2003. С. 475-478.

32. Ллойд Д., Ніксон Р. Д. В., Варкер Т., Елліотт П., Перрі Д., Брайант Р.А., Кремер М., & Форбс Д. Коморбідність у прогнозуванні результатів лікування когнітивної терапії для пов'язаного з бойовими діями посттравматичного стресового розладу. *Journal of Anxiety Disorders*, 28. 2014. С. 237-240.

33. Малкіна-Пих І.Г. Екстремальні ситуації. К. : Видавництво Ек., 2005.

34. Марищук В.Л., Євдокимов В.І. Поведінка і саморегуляція людини в умовах стресу. К.: Вересень, 2001.

35. Морально-психологічне забезпечення підготовки і ведення бойових дій / Под ред. В. П. Ососкова. - К., 1999.

36. Міхеєва Л.В., Олійник М.П. Емпіричне дослідження психологічних особливостей прояву *посттравматичного стресового розладу* у військовослужбовців. *Психологічні травелогі.* Науковий журнал. Хмельницький, 2023. № 4 (7). С. 123-129.

37. Міхеєва Л.В., Олійник М.П. Ресоціалізація та реінтеграція військовослужбовців як повернення до мирного життя / Modern ways of development of science and the latest theories : XIII Міжнародній науково-практичній конференції (м. Мадрид, 11-13 грудня 2023 року). 2023. С. 175-176.

38. Морланд Л.А., Любов А.Р., Макінтош М., Грін К. Дж., & Розен К.С. Лікування гніву та агресії у військових: оновлення досліджень і клінічні наслідки. *Клінічна психологія : наука і практика*, 19. 2012. С. 302-305.
39. Морланд Л.А., Грін К. Дж., Розен К.С., Фой Д., Рейлі П., Шор Дж., Він Q., & Фруе Б.К. Телемедицина для терапії керування гнівом у сільському населенні ветеранів бойових дій із посттравматичним стресовим розладом: рандомізоване дослідження неповноцінності. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71. 2010. С. 855-863.
40. Новако Р.В. Лікування щепленням від стресу для контролю гніву: процедури терапевта (1993–1994 модифікації). Національний центр посттравматичного стресового розладу, пов'язаного з війною. 1999.
41. Норріс Ф.Х., Слоун Л.Б. Розуміння досліджень епідеміології травми та ПТСР. *Щоквартальний журнал досліджень ПТСР*. 2013. 24(2-3). С. 1-13.
42. Осьодло В.І. Особистісні чинники подолання стресових ситуацій в особливих умовах. Проблеми екстремальної та кризової психології. 2013. Вип. 14. Ч. I. С. 243-253.
43. Психологічна діагностика: Підручник для вузів / Під ред. М.К. Акімової, К.М. Гуревич. К., 2003.
44. Психологія і педагогіка. Військова психологія: Підручник для вузів / Під ред. А.Г. Маклакова. К., 2005.
45. Психологія особистості: тести, опитувальники, методики / Автори-упорядники: Кіршева Н.В., Рябчикова Н.В. К., 1995.
46. Райт К.М., Форан Г.М., Вуд М.Д., Екфорд Р.Д., & Макгурк Д. Проблеми з алкоголем, агресія та інша екстерналізована поведінка після повернення з бойових дій: розуміння ролі бойового впливу, інтерналізованих симптомів і соціального середовища. *Journal of Clinical Psychology*, 68. 2012. С. 782-800.
47. Робоча група з управління посттравматичним стресом. Практичні рекомендації VA/DoD щодо лікування посттравматичного стресу. Вашингтон, округ Колумбія: Міністерство у справах ветеранів і Міністерство оборони. Жовтень 2010 р.

48. Розен К.С., Мерфі Р.Т., Чоу Х.К., Дрешер К.Д., Рамірес Г., Руді Р., & Гусман Ф. Готовність пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом змінити проблеми з алкоголем і гнівом. *Психотерапія : теорія, дослідження, практика, навчання*, 38. 2001.

49. Розен К.С., Адлер Е., & Тіт К. Висвітлення проблем ветеранів, які проходять курс лікування посттравматичного стресового розладу. *Journal of Traumatic Stress*, 26. 2013. С. 640-643.

50. Самогубства в армії: Матіос заявляє, що Міноборони бреше. URL:<https://gk-press.if.ua/samogubstvav-armiyi-matios-zayavlyaye-shho-minoborony-breshe>

51. Спілбергер К.Д. STAXI-2: Перелік вираження гніву за станом риси-2: професійний посібник. Одеса (Флоріда): Ресурси психологічної оцінки. 1999.

52. Столяренко А.М. Екстремальна психопедагогіка: Навчальний посібник для вузів. К. : Unity-Dana, 2002.

53. США Відділ у справах ветеранів. Хронічний біль і ПТСР : посібник для пацієнтів. 13 серпня 2015 р.

54. Тарабріна Н.В. Практикум по психології посттравматичного стресу. К., 2001. 272 с.

55. Тімченко О.В. Синдром посттравматичних стресових порушень: концептуалізація, діагностика, корекція та прогнозування : монографія. Х. : Вид-во Ун-ту внутр. справ, 2000. 268 с.

56. Томас Дж. Л., Вільк Дж. Е., Рів'єр Л.А., Макгурк Д., Кастро К.А., & Хоге К.В. Поширеність проблем із психічним здоров'ям і функціональних розладів серед активного компоненту та солдатів Національної гвардії через 3 та 12 місяців після бойових дій в Іраку. *Архів загальної психіатрії*, 67(6). 2010. С. 614-623.

57. Томпсон М. Розкриття секретів ПТСР. *Час*. 2015.185. С. 40-43.

58. Фаес К., Моленбергс Г., Аертс М., Вербеке Г., & Кенвард М.Г. Ефективний розмір вибірки та альтернативний метод ступенів свободи малої вибірки. *The American Statistician*, 63(4). 2009. С. 389-399.

59. Форбс Д., Хоторн Г., Елліотт П., Макх'ю Т., Біддл Д., Кремер М., & Новако Р.В. Короткий показник гніву при посттравматичному стресовому розладі, пов'язаному з бойовими діями. *Journal of Traumatic Stress*, 17. 2004. С. 249-256.
60. Форбс Д., Парслоу Р., Кремер М., Аллен Н., Макх'ю Т., & Гопвуд М. Механізми гніву та результати лікування ветеранів бойових дій із посттравматичним стресовим розладом. *Journal of Traumatic Stress*, 21. 2008. С. 142-149.
61. Хміляр О.Ф., Зубовський Д.С. Посттравматичний стресовий розлад: особливості діагностики та проявів у учасників антитерористичної операції. *Технології розвитку інтелекту*. 2016. Т. 2. Вип.4.
62. Х'юстон Дж. Б., Шпіалек М.Л., Перро М.Ф. Висвітлення посттравматичного стресового розладу в New York Times, 1950-2012. *Journal of Health Communication*, 21(2). 2016. С. 240-248.
63. Чард К.М., Шумм Я.А., Оуенс Г.П., & Коттінгем С.М. Порівняння ветеранів OEF і OIF і ветеранів В'єтнаму, які отримують когнітивну терапію. *Journal of Traumatic Stress*, 23. 2010. С. 25-32.
64. Чілкоат Х., Бреслау Н. Посттравматичний стресовий розлад і наркотичні розлади: тестування причинно-наслідкових шляхів. *Архіви загальної психіатрії*. 1998. Випуск 55. С. 913-917.
65. Шмельова І.А. Цінності та професійна мотивація як одна з проблем психологічного забезпечення освіти для сталого розвитку / Сталий розвиток та екологічний менеджмент. Вип.1. Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції. К., 2005.
66. Шнурр П.П., Фрідман М. Дж., Енгель К.К., Фoa Е.Б., Ши М.Т., Чоу Б.К., Ресік П.А., Терстон В., Орсільо С.М., Хауг Р., Тернер К., & Бернарді Н. Когнітивно-поведінкова терапія посттравматичного стресового розладу у жінок. *Рандомізоване контрольоване дослідження*. Журнал Американської медичної асоціації, 297. 2007. С. 820-830.
67. Щербатих Ю.В. Психологія стресу. К, 2006. 304 с.

68. Ясвин В.А. Психолого-педагогічні основи формування суб'єктивного ставлення до природи. Дис. докт. психол. наук. К., 1998.
69. Ясвин В.А. Психологія ставлення до природи. К, 2000.
70. Kessler R.C., Sonnega A., Bromet E. та ін. Посттравматичний стресовий розлад у Національному дослідженні коморбідності. *Arch Gen Psych.* 1995.
71. Rembo S., Folkman S. Stress, appraisal and coping, New York : Springer Publishing Company, 1984. 456 p.
72. Folkman S., Moskowitz J.T. Coping: Pitfalls and Promise. *Annual Reviews of Psychology.* 2004. Vol. 55. P. 743-774.
73. Weiss D.S., Marmar C.R., Metzler T., Ronfeldt H. Predicting symptomatic distress in emergency services personnel. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 1995. Vol. 63. P. 361-368.
74. Swartz M.H. Посібник з фізичної діагностики: історія та обстеження. 7-е вид. Філадельфія, Пенсільванія: Elsevier. 2014.
75. Richardson L.K., Frueh V.C., Acierno R. Оцінки поширеності посттравматичного стресового розладу, пов'язаного з бойовими діями: критичний огляд. *Aust N Z J Психіатрія.* 2010. С. 4-19.