

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЧЕРНІВЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ЮРІЯ ФЕДЬКОВИЧА**

**Факультет педагогіки, психології та соціальної роботи
кафедра психології**

**Психологічні прояви ПТСР у ветеранів
бойових дій**

**Кваліфікаційна робота
Рівень вищої освіти – перший (бакалаврський)**

Виконала:

студентка 4 курсу, 403 групи

Ставчанська Ангеліна Романівна

Керівник:

канд. психол. наук, доцент **Чаплак Я.В.**

До захисту допущено

на засіданні кафедри

протокол № _____ від «_____» _____ 2026 р.

Зав. кафедрою _____ доц. Андрєєва Я.Ф.

Чернівці – 2026

АНОТАЦІЯ

Ставчанська А. Р. Психологічні прояви посттравматичного стресового розладу у ветеранів бойових дій. – Рукопис. Кваліфікаційна робота на здобуття ступеня вищої освіти першого (бакалаврського) зі спеціальності 053 «Психологія». Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича. Чернівці, 2026.

Мета роботи – теоретично проаналізувати посттравматичний стресовий розлад та емпірично дослідити його прояви у ветеранів бойових дій.

Емпіричне дослідження дозволило визначити рівень і особливості прояву посттравматичного стресового розладу та структуру посттравматичних симптомів у вибірці респондентів.

У дослідженні використано психодіагностичні методики: опитувальник депресії А. Бека, методику Г. Айзенка «Самооцінка психічних станів», шкалу PCL-5 та Міссісіпську шкалу ПТСР. Встановлено різний ступінь вираженості посттравматичних реакцій у ветеранів бойових дій. Виявлено вплив травматичного досвіду на емоційний стан, рівень тривожності, депресивні прояви та поведінкові реакції особистості.

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад, ПТСР, психологічна травма, ветерани бойових дій, тривожність, депресія, психологічні наслідки.

ABSTRACT

Stavchanska A. R. Psychological manifestations of post-traumatic stress disorder in combat veterans. – Manuscript. Qualification work for the first (bachelor's) degree of higher education in the specialty 053 "Psychology". Yuriy Fedkovych Chernivtsi National University. Chernivtsi, 2026.

The purpose of the work is to theoretically analyze post-traumatic stress disorder and empirically investigate its manifestations in combat veterans.

The empirical study allowed us to determine the level and features of the manifestation of post-traumatic stress disorder and the structure of post-traumatic symptoms in the sample of respondents.

The study used psychodiagnostic methods: A. Beck's depression questionnaire, G. Eysenck's method "Self-assessment of mental states", the PCL-5 scale and the Mississippi PTSD scale.

Different degrees of severity of post-traumatic reactions in combat veterans were established. The impact of traumatic experience on the emotional state, level of anxiety, depressive manifestations and behavioral reactions of the individual was revealed.

Keywords: post-traumatic stress disorder, PTSD, psychological trauma, combat veterans, anxiety, depression, psychological consequences.

Кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів та методик наукових досліджень інших авторів супроводжується посиланнями на відповідні джерела.

_____ А.Р.Ставчанська

ЗМІСТ

ВСТУП.....	1
РОЗДІЛ 1. ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВІВ ПТСР У ВЕТЕРАНІВ БОЙОВИХ ДІЙ	
1.1 Поняття посттравматичного стресового розладу (ПТСР).....	5
1.2 Причини виникнення, види та особливості прояву посттравматичного стресового розладу	7
1.3 Особливості ПТСР у ветеранів бойових дій	12
1.4 Проведення емпіричного дослідження посттравматичного стресового розладу у ветеранів бойових дій	17
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВІВ ПТСР У ВЕТЕРАНІВ БОЙОВИХ ДІЙ	
2.1 Організація та методи дослідження.....	17
2.2 Аналіз результатів дослідження.....	21
ВИСНОВКИ.....	94
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	96
ДОДАТКИ.....	

ВСТУП

Актуальність у сучасних умовах розвитку українського суспільства проблема психічного здоров'я населення набуває особливої актуальності. Повномасштабна війна в Україні, що триває вже четвертий рік, спричинила глибокі соціальні, економічні та психологічні наслідки для значної частини населення. Постійна загроза життю, бойові дії, втрати близьких, вимушене переміщення, руйнування житла та тривале перебування у стані невизначеності створюють потужний психотравмуючий вплив на людину.

У таких умовах проблема посттравматичного стресового розладу (ПТСР) набуває особливої значущості. ПТСР є складним психічним станом, що формується внаслідок переживання сильних травматичних подій та проявляється у вигляді нав'язливих спогадів про травматичні ситуації, підвищеної тривожності, емоційної напруженості, порушень сну, депресивних станів, дратівливості та труднощів соціальної адаптації. Дані прояви можуть суттєво впливати на психічне здоров'я людини, її поведінку, міжособистісні відносини та здатність до повноцінного функціонування у суспільстві.

На четвертий рік повномасштабної війни проблема посттравматичного стресового розладу стає як ніколи актуальною. Значно зростає кількість осіб, які перебувають у групі ризику розвитку даного розладу. До цієї групи належать не лише військовослужбовці та ветерани бойових дій, які безпосередньо брали участь у бойових операціях, але й цивільне населення, яке щоденно стикається з наслідками війни. Постійні повітряні тривоги, обстріли, інформаційний тиск, переживання за власну безпеку та безпеку близьких людей, а також тривале перебування у стані хронічного стресу можуть сприяти формуванню різних психоемоційних порушень.

Особливо вразливою категорією є ветерани бойових дій, які після повернення до мирного життя стикаються з низкою психологічних труднощів. Бойовий досвід, пережиті травматичні події, втрати побратимів та тривале перебування у стані небезпеки можуть призводити до формування

посттравматичного стресового розладу, що ускладнює процес соціальної адаптації, впливає на міжособистісні стосунки, професійну діяльність та загальний психоемоційний стан людини.

У зв'язку з цим дослідження психологічних проявів посттравматичного стресового розладу у ветеранів бойових дій є надзвичайно важливим як з наукової, так і з практичної точки зору. Своєчасне виявлення симптомів ПТСР та глибше розуміння особливостей його проявів дозволяє розробляти ефективні підходи до психологічної допомоги, реабілітації та підтримки осіб, які пережили травматичний досвід війни.

Саме тому вивчення психологічних проявів посттравматичного стресового розладу у ветеранів бойових дій є актуальним напрямом сучасних психологічних досліджень та важливим завданням практичної психології.

Об'єкт дослідження – посттравматичний стресовий розлад як психологічне явище.

Предмет дослідження – прояви посттравматичного стресового розладу у ветеранів бойових дій, зокрема їхні емоційні, когнітивні та поведінкові особливості.

Мета кваліфікаційної роботи полягає у здійсненні теоретичного аналізу феномена посттравматичного стресового розладу, визначенні особливостей його проявів, розгляді методів психодіагностики та психологічної підтримки, спрямованих на покращення психоемоційного стану військовослужбовців, а також у проведенні емпіричного дослідження проявів ПТСР у ветеранів бойових дій та вивченні їхніх психологічних особливостей.

Гіпотеза дослідження полягає у припущенні про існування зв'язку між рівнем вираженості посттравматичного стресового розладу та проявами негативних емоційних станів у ветеранів бойових дій.

Завдання дослідження

1. Проаналізувати сучасні наукові підходи до визначення ПТСР, його причини та симптоматику.

2. Вивчити специфіку проявів ПТСР у ветеранів бойових дій в умовах сучасної України.

3. Визначити психологічні фактори, що впливають на формування та перебіг ПТСР у військовослужбовців.

4. Проаналізувати сучасні методи психодіагностики та психологічної допомоги при ПТСР у ветеранів.

5. Провести емпіричне дослідження психологічних проявів ПТСР серед 40 ветеранів бойових дій та розробити рекомендації щодо психологічної підтримки.

Методи дослідження

Теоретичні методи:

1 . Аналіз наукових джерел – систематичне вивчення літератури щодо ПТСР для визначення основних теоретичних підходів та сучасних тенденцій.

2. Порівняльний аналіз – зіставлення методик психодіагностики та підходів до психологічної допомоги, що застосовуються в зарубіжній практиці, з українськими реаліями.

3. Систематизація та узагальнення даних – впорядкування та узагальнення інформації для формування повної картини проявів ПТСР у ветеранів.

Емпіричні методи:

Для виявлення психологічних проявів ПТСР у ветеранів бойових дій застосовано чотири психодіагностичні методики:

1. Опитувальник депресії Бека – для оцінки рівня депресивних станів.

2. Методика «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка – для оцінки рівня тривожності, агресивності та емоційної напруженості.

3. Шкала самооцінки ПТСР – для визначення вираженості основних симптомів розладу PCL-5.

4. Місісіпська шкала ПТСР – для комплексної оцінки проявів ПТСР у ветеранів бойових дій.

Структура роботи :

Робота складається зі вступу, двох розділів, кожен з яких завершується висновками, загальних висновків, списку використаних джерел (40 найменувань) та додатків.

Основний зміст викладено на 103 сторінках друкованого тексту.

РОЗДІЛ 1

ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВІВ ПТСР У ВЕТЕРАНІВ БОЙОВИХ ДІЙ

1.1 Поняття посттравматичного стресового розладу (ПТСР)

Військові конфлікти охоплюють широкий спектр травматичних впливів, що мають тривалий характер і можуть зберігати свій вплив протягом тривалого часу. У сучасних умовах наслідки таких подій є складно прогнозованими як за силою, так і за масштабом, що значно ускладнює їх оцінку. Окрім фізичної небезпеки та можливих тілесних ушкоджень, особа зазнає глибокого психологічного навантаження, яке може проявлятися навіть після завершення бойових дій і поступово впливати на психічний стан.

Важливим наслідком таких умов є різка або поступова втрата значущих життєвих ресурсів, зокрема соціальних зв'язків, матеріального забезпечення та відчуття стабільності. Події останніх років в Україні можна розглядати як виражено травматичні для значної частини населення. Частина людей завдяки власним внутрішнім ресурсам і часу змогла адаптуватися до пережитого досвіду, однак для інших ці події стали причиною глибоких психологічних порушень та втрати емоційної рівноваги.

У наукових джерелах психологічну травму визначають як емоційний та психічний стан, що виникає внаслідок подій, які людина не здатна повністю осмислити, опрацювати або інтегрувати у власний досвід [34]. Такі події зазвичай є раптовими, інтенсивно стресовими та супроводжуються відчуттям страху, безпорадності або загрози життю. Наслідки психологічної травми можуть призводити до значних змін у емоційній сфері, поведінці та загальному функціонуванні особистості. Вона може проявлятися емоційною нестабільністю, тривожністю, агресивністю або апатією, а також соматичними симптомами, такими як порушення сну, головний біль і м'язове напруження.

Також зазначається, що психічна травма виникає під впливом значущої для особистості інформації або події, і за умови недостатньої ефективності

психологічних захисних механізмів може призводити до розвитку психічних розладів [36].

Поняття «психічна травма» почало формуватися в науковій літературі наприкінці XIX століття. Значний внесок у розвиток цього терміна зробив Зігмунд Фройд. У процесі дослідження робіт свого колеги Д. Брейера, який працював із пацієнткою, що страждала на істеричні прояви, він звернув увагу на те, що симптоматика значною мірою може бути пов'язана з наявністю психічних травматичних переживань (З. Фройд, 1989) [30]. Це стало поштовхом до подальшого вивчення природи психічної травми та її впливу на психіку людини.

У сучасній психологічній науці поняття «психічна травма» використовується досить широко, однак його зміст постійно уточнюється та доповнюється відповідно до нових наукових досліджень. У низці сучасних праць психологічна травма розглядається як стан інтенсивного страху, що виникає у момент переживання раптової події, яка несе потенційну загрозу життю людини. У таких ситуаціях рівень страху перевищує адаптаційні можливості особистості, що ускладнює здатність контролювати ситуацію та адекватно реагувати на неї [6].

Також зазначається, що психічні травми можуть бути різними за характером і виникати внаслідок різних життєвих обставин, що визначає їх багатогранність та складність у вивченні [8].

Таким чином, посттравматичний стресовий розлад є складним психічним станом, що формується внаслідок впливу екстремальних подій і суттєво порушує функціонування емоційної, когнітивної та поведінкової сфер особистості, особливо в умовах воєнних конфліктів.

Основними причинами розвитку ПТСР виступає комплекс інтенсивних психотравмуючих факторів, які діють як окремо, так і в поєднанні між собою. Найбільш значущим серед них є участь або перебування в умовах бойових дій, що характеризуються постійною загрозою життю, високою непередбачуваністю подій, необхідністю функціонування в умовах крайнього

стресу та тривалим емоційним напруженням. У таких ситуаціях психіка людини перебуває у стані постійної мобілізації, що з часом призводить до виснаження адаптаційних ресурсів.

Важливим чинником також є переживання втрати близьких осіб, яке супроводжується інтенсивними емоційними реакціями, зокрема почуттям горя, внутрішньої порожнечі, провини або безсилля. Подібні переживання часто стають тригером для закріплення травматичного досвіду та ускладнюють процес психологічного відновлення.

Окрему роль відіграє безпосереднє переживання загрози власному життю або здоров'ю, яке формує стійке відчуття небезпеки навіть у безпечних умовах. Це може призводити до підвищеної настороженості, постійного очікування загрози та порушення базового відчуття безпеки.

Також суттєвим фактором є хронічний стрес, що виникає внаслідок тривалого перебування в умовах напруження, відсутності відпочинку та психологічного розвантаження. Постійне емоційне перевантаження поступово знижує стійкість нервової системи та ускладнює процеси саморегуляції.

Не менш важливими є соціально-психологічні чинники, серед яких виділяють невизначеність майбутнього, втрату життєвих орієнтирів, зміну соціального середовища, а також складність повернення до звичного мирного життя. Адаптація до нових умов часто супроводжується внутрішніми конфліктами, зниженням мотивації та труднощами у відновленні соціальних зв'язків.

У сукупності всі зазначені фактори формують складне багаторівневе підґрунтя для розвитку посттравматичного стресового розладу, який може мати як гострий, так і затяжний характер, суттєво впливаючи на якість життя та психічне здоров'я особистості.

1.2 Причини виникнення види та особливості прояву посттравматичного стресового розладу

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є психічним порушенням, що розвивається як наслідок переживання інтенсивної травматичної події. На відміну від нього, гострий стресовий розлад (ГСР) може виникати одразу після психотравмуючої ситуації та, як правило, триває обмежений період — до одного місяця [2]. Якщо ж симптоми зберігаються довше та набувають стійкого характеру, формується саме посттравматичний стресовий розлад.

Війна є одним із найпотужніших психосоціальних факторів стресу, який впливає на всі верстви населення. Її наслідки відображаються як на фізичному, так і на психічному стані людини. Психоемоційне навантаження зачіпає не лише військовослужбовців, але й цивільне населення та їхні родини. У багатьох осіб спостерігаються тривожні та депресивні стани, загострення вже наявних психічних розладів, а також розвиток психосоматичних порушень.

Особливо вразливою групою є військовослужбовці, які постійно перебувають у ситуаціях підвищеної небезпеки. Тривале перебування в умовах бойових дій значно підвищує ризик розвитку ПТСР через постійне емоційне перенапруження та контакт із загрозою життю.

Більшість людей, які переживають психотравмуючі події, стикаються з труднощами у подальшій адаптації до звичайного життя. Травматичний досвід часто “фіксується” у психіці, ускладнюючи інтеграцію пережитого в життєвий досвід. Унаслідок цього психіка ніби застрягає в події, а поведінка та емоційні реакції починають підпорядковуватися механізмам постійного внутрішнього захисту.

Після психотравми змінюється спосіб функціонування нервової системи: сприйняття реальності стає більш напруженим, а поведінка спрямовується на постійне уникнення загрози або її контроль. Це може призводити до розвитку різних психічних розладів, серед яких ПТСР, гострий стресовий розлад,

специфічні фобії, генералізований тривожний розлад, соціальна тривожність, панічні атаки, агорафобія, obsесивно-компульсивний розлад, а також психосоматичні прояви, хронічна втома та інші функціональні порушення.

Травматичний досвід впливає на організм комплексно, охоплюючи тілесний, когнітивний та емоційний рівні функціонування.

Основним чинником розвитку ПТСР є вплив сильних психотравмуючих подій, які перевищують адаптаційні можливості психіки людини. Найчастіше це ситуації, пов'язані з реальною або уявною загрозою життю та безпеці.

До ключових причин належать:

- участь у бойових діях або перебування в зоні військового конфлікту;
- втрата близьких людей або значущих соціальних зв'язків;
- фізичне, сексуальне або психологічне насильство;
- перебування в умовах полону, катувань або торгівлі людьми;
- свідчення або переживання катастроф, терактів чи стихійних лих;
- тривалий хронічний стрес і відсутність відчуття безпеки;
- складність адаптації до змін після травматичних подій.

Додатково важливу роль відіграють соціальні фактори, зокрема невизначеність майбутнього, втрата стабільності, руйнування звичного способу життя та недостатня підтримка з боку оточення.

Посттравматичний стресовий розлад супроводжується не лише психологічними, а й структурними та функціональними змінами головного мозку. Ці зміни пояснюють характерні симптоми, зокрема підвищену тривожність, емоційну нестабільність і труднощі з самоконтролем.

У більшості випадків при діагностуванні ПТСР спостерігаються нічні кошмари, флешбеки, підвищене збудження, соціальна ізоляція, порушення сну та підвищена дратівливість.

ПТСР супроводжується суттєвими змінами у функціонуванні головного мозку, зокрема тих структур, які відповідають за емоційну регуляцію, пам'ять та поведінкові реакції. Ці зміни пояснюють характерні симптоми розладу, включаючи підвищену чутливість до стресу, емоційну нестабільність та хронічну напругу.

До найпоширеніших проявів належать нічні кошмари, флешбеки, підвищена тривожність, гіперактивність, соціальна ізоляція, порушення сну, а також часті спалахи гніву та дратівливості.

Основні структури мозку, які зазнають змін:

Гіпокамп

Відповідає за процеси пам'яті та навчання, а також за регуляцію стресу. При ПТСР часто спостерігається його зменшення, що пов'язано з впливом стресових гормонів, зокрема кортизолу. Це призводить до погіршення короткочасної пам'яті та складності у розрізненні минулих і теперішніх подій. [4].

Мигдалина [4].

Є центром емоційної обробки, особливо реакцій страху. При ПТСР її активність значно підвищується, що спричиняє надмірні реакції страху навіть у безпечних ситуаціях. Саме це пояснює гіперзбудження та надчутливість до тригерів, пов'язаних із травмою.

Префронтальна кора [4].

Відповідає за контроль емоцій, прийняття рішень та соціальну поведінку. При ПТСР її активність знижується, що призводить до імпульсивності, труднощів у самоконтролі та порушення раціонального мислення. Це також може сприяти розвитку депресивних і агресивних реакцій.

Біла речовина мозку [4].

Забезпечує зв'язок між різними відділами мозку. Травматичний досвід може порушувати ці зв'язки, що знижує ефективність взаємодії між емоційними та когнітивними процесами.

Також важливим є гормональний дисбаланс, зокрема порушення регуляції кортизолу. У частини пацієнтів його рівень підвищується, у інших — знижується, що негативно впливає на стресостійкість, сон і загальне самопочуття.

Порушується робота симпатичної нервової системи, яка відповідає за реакцію «бий або біжи». Її надмірна активація призводить до хронічного фізичного напруження, тахікардії, підвищеного тиску, головного болю, м'язових болів та загальної втоми.

Таким чином, ПТСР викликає комплексні структурні та функціональні зміни мозку, що впливають як на психічний, так і на фізичний стан людини.

Види ПТСР

Гостра реакція на стрес: негайно після події людина може відчувати шок, дезорієнтацію або відчуження. Це нормальна реакція, яка часто минає самостійно протяг декількох годин чи днів .

Хронічний ПТСР: якщо симптоми зберігаються понад місяць після травматичної події, можна говорити про хронічний ПТСР. Тут вже потребується професійна допомога психолога чи клінічного психолога .

Відстрочений ПТСР: іноді симптоми можуть проявлятися через місяці або навіть роки після травматичної події їх спровокувати може будь що дата день тижня запах слова люди думки .

Отже, посттравматичний стресовий розлад є складним багаторівневим психічним порушенням, що виникає внаслідок впливу інтенсивних психотравмуючих подій, які перевищують можливості адаптації психіки. Його формування пов'язане не лише з безпосереднім переживанням небезпечних ситуацій, а й із тривалим впливом стресу, емоційного виснаження та відсутністю належної психологічної підтримки.

Аналіз причин виникнення ПТСР дозволяє зробити висновок, що найбільш значущими факторами є воєнні дії, насильство різного характеру, втрата близьких, перебування у ситуаціях загрози життю, а також соціальна

нестабільність і хронічний стрес. Важливу роль відіграють і індивідуальні особливості особистості, зокрема рівень стресостійкості, попередній життєвий досвід та наявність або відсутність соціальної підтримки.

Розгляд різних форм ПТСР свідчить про те, що розлад може проявлятися як у гострій, так і у відстроченій або хронічній формі. Це підкреслює його динамічний характер та можливість розвитку симптомів навіть через тривалий час після травматичної події. Найбільш небезпечним є хронічний перебіг, який суттєво порушує соціальне, професійне та особистісне функціонування людини.[28, с. 25–28].

Особливості прояву ПТСР охоплюють широкий спектр змін у психіці та поведінці. До них належать нав'язливі спогади, флешбеки, емоційна нестабільність, підвищена тривожність, уникання травматичних тригерів, соціальна ізоляція, а також зниження здатності до концентрації та прийняття рішень. Окремо слід виділити фізіологічні порушення, які проявляються у вигляді розладів сну, хронічної втоми, м'язової напруги та активації стресових реакцій організму.

Таким чином, ПТСР слід розглядати як комплексний психічний стан, що зачіпає емоційну, когнітивну, поведінкову та фізіологічну сфери особистості. Його наслідки можуть суттєво знижувати якість життя людини та її здатність до соціальної адаптації. [28]. Саме тому своєчасна діагностика, розуміння механізмів розвитку та комплексний підхід до лікування є надзвичайно важливими для відновлення психічного здоров'я та соціального функціонування особи.

1.3 Особливості ПТСР у ветеранів бойових дій

Участь у бойових діях належить до найсильніших психотравмівних досвідів, які може пережити людина. Вона впливає не лише на психічне здоров'я, але й на глибокі структури особистості, систему цінностей, спосіб мислення та здатність людини адаптуватися після повернення до мирного життя. Перебування у зоні бойових дій пов'язане з постійною загрозою життю, високим рівнем невизначеності, необхідністю діяти швидко і точно в екстремальних умовах, значними фізичними навантаженнями, хронічною втомою та емоційним виснаженням. Додатковим фактором є втрати побратимів, що мають сильний психологічний вплив і часто залишають довготривалі емоційні наслідки.

Усі ці фактори формують потужне і тривале стресове навантаження, яке перевищує звичайні можливості психіки до саморегуляції. У результаті підвищується ризик розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР), а також інших супутніх психічних порушень, таких як тривожні розлади, депресивні стани та розлади адаптації.

Бойовий досвід як джерело психічної травматизації

Психічна травматизація військовослужбовців у зоні бойових дій має багатофакторний характер. Вона не обмежується лише участю в боях, а включає широкий спектр стресових ситуацій, які накопичуються протягом тривалого часу.

До основних стресових чинників належать: постійна небезпека обстрілів і нападів, перебування у стані очікування загрози, дефіцит сну та відпочинку, погані побутові умови, фізичне виснаження, відсутність стабільності, обмеженість ресурсів, а також емоційно важкі події — поранення, смерть побратимів, свідчення жорстоких сцен війни, можливий досвід полону або насильства.

У таких умовах психіка людини постійно перебуває в режимі «виживання». Військовослужбовець змушений швидко реагувати на небезпеку, приймати відповідальні рішення за короткий проміжок часу, часто

без достатньої інформації. Це створює стан хронічного психоемоційного напруження, яке поступово виснажує нервову систему і знижує її здатність до відновлення.

Зміни особистості під впливом бойового стресу

Тривалий вплив бойових стресорів призводить до глибоких змін у внутрішньому світі людини. У ветеранів часто змінюється система цінностей: те, що було важливим до війни, може втратити значення, натомість з'являється інший погляд на життя, смерть, безпеку та стосунки з людьми.

Змінюється також сприйняття навколишнього світу. Світ може здаватися небезпечним, непередбачуваним, що формує постійну настороженість і внутрішню готовність до загрози. Навіть у мирних умовах людина може залишатися «психологічно в бойовій ситуації».

Емоційні зміни проявляються у вигляді підвищеної дратівливості, нестабільного настрою, тривожності, внутрішнього напруження та схильності до різких емоційних реакцій. Поряд із цим часто виникає емоційне «оніміння», коли людина перестає відчувати радість, задоволення або глибокі позитивні емоції. У деяких випадках формується стан внутрішньої порожнечі, відчуженості від себе та інших.

Основні прояви ПТСР у ветеранів бойових дій

Посттравматичний стресовий розлад у ветеранів є комплексним станом, який охоплює різні сфери психічного функціонування: емоційну, когнітивну, поведінкову та фізіологічну.

Одним із ключових проявів є повторне переживання травматичних подій. Людина може раптово «повертатися» у спогадах до бойових ситуацій, бачити яскраві образи, відчувати звуки, запахи або емоції, пов'язані з війною. Це можуть бути флешбеки, нічні кошмари або нав'язливі спогади, які важко контролювати.

Другим важливим симптомом є уникнення. Ветеран може уникати будь-чого, що нагадує про війну: розмов, людей, новин, місць або ситуацій. Це є спробою психіки захистити себе від повторного переживання болючих

емоцій. Однак таке уникнення часто призводить до віддалення від соціального життя.

Третій блок симптомів — це підвищене збудження нервової системи. Воно проявляється постійною настороженістю, гіперчутливістю до звуків, труднощами зі сном, поверхневим або переривчастим сном, дратівливістю та різкими реакціями. Людина ніби постійно «чекає небезпеку», навіть коли її немає.

Когнітивні порушення включають труднощі з концентрацією уваги, погіршення пам'яті, зниження здатності приймати рішення, а також негативне мислення. Часто з'являються думки про провину, відповідальність за події, які неможливо було контролювати, або відчуття втрати сенсу життя.

Соціально-психологічні наслідки ПТСР

ПТСР суттєво впливає на соціальне життя ветеранів. Найчастіше знижується якість міжособистісних стосунків, виникають труднощі у сім'ї, у спілкуванні з друзями та колегами, а також у професійній адаптації.

Багато ветеранів починають відчувати труднощі у довірі до людей, що може призводити до соціальної ізоляції. У поведінці можуть проявлятися або конфліктність і різкі реакції, або навпаки — повне емоційне відсторонення від оточення.

Також досить поширеним є використання неадаптивних способів зниження напруги, зокрема вживання алкоголю або інших психоактивних речовин. Це може тимчасово зменшувати емоційний біль, але в довгостроковій перспективі погіршує психічний стан і ускладнює процес відновлення та повернення до нормального життя.

Отже, посттравматичний стресовий розлад у ветеранів бойових дій є складним багатокомпонентним психічним станом, що виникає внаслідок тривалого впливу екстремальних бойових стресорів. Участь у бойових діях супроводжується постійною загрозою життю, високим рівнем психоемоційного напруження, фізичним виснаженням та значними втратами, що перевищує адаптаційні можливості психіки людини.

У результаті у ветеранів формуються стійкі зміни особистості, які проявляються у трансформації системи цінностей, сприйняття світу та себе. Характерним є підвищення рівня настороженості, відчуття небезпеки навіть у мирних умовах, емоційна нестабільність або емоційне «оніміння», а також зниження здатності до переживання позитивних емоцій.

ПТСР проявляється комплексом симптомів, серед яких ключовими є нав'язливе повторне переживання травматичних подій, уникнення нагадувань про війну, підвищене фізіологічне збудження та когнітивні порушення. Ці прояви суттєво впливають на повсякденне функціонування людини, знижують якість життя, ускладнюють прийняття рішень та емоційну регуляцію.

Окремо слід відзначити негативний вплив ПТСР на соціальну адаптацію ветеранів. Він проявляється у труднощах міжособистісного спілкування, зниженні довіри до оточення, соціальній ізоляції та конфліктності. У деяких випадках формується схильність до використання неадаптивних копінг-стратегій, зокрема вживання психоактивних речовин.

Таким чином, ПТСР у ветеранів бойових дій має комплексний характер і охоплює емоційні, когнітивні, поведінкові та соціальні аспекти. Це зумовлює необхідність подальшого вивчення даної проблематики та розробки ефективних підходів до психологічної допомоги, реабілітації та соціальної реінтеграції ветеранів.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВІВ ПТСР У ВЕТЕРАНІВ БОЙОВИХ ДІЙ

2.1. Опис методик, використаних в дослідженні

Емпіричне дослідження посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у ветеранів бойових дій було спрямоване на комплексне вивчення їхнього психоемоційного стану, рівня тривожності, депресивних проявів, особливостей емоційного реагування та ступеня вираженості симптомів ПТСР. Основна увага приділялася аналізу психологічних особливостей осіб, які перебувають у процесі адаптації до умов мирного життя після участі у бойових діях.

У дослідженні взяли участь 40 ветеранів бойових дій, які мають безпосередній досвід участі у військових операціях та перебувають на різних етапах соціально-психологічної адаптації. Вибірка є специфічною, оскільки включає осіб із різним рівнем бойового досвіду, різною тривалістю перебування в зоні бойових дій, а також індивідуальними особливостями пережитих психотравматичних подій. Це дозволило отримати більш об'єктивне уявлення про варіативність проявів ПТСР у даної категорії осіб.

Умови проведення дослідження

Дослідження проводилося в умовах, що забезпечували психологічну безпеку респондентів. Перед початком участі кожному ветерану було надано інформацію про мету, завдання та особливості дослідження. Усі учасники надали добровільну згоду. Було гарантовано конфіденційність, анонімність та право відмови від участі на будь-якому етапі.

Окремо слід зазначити, що всі підібрані психодіагностичні методики були узгоджені з науковим керівником і відповідали чинним нормативним документам у сфері психологічного забезпечення. Зокрема, їх використання здійснювалося відповідно до положень Головного управління морально-психологічного забезпечення Збройних Сил України та рекомендацій,

викладених у документі «Комплексна методика професійно-психологічного відбору кандидатів на навчання у ВВНЗ та навчальних центрах за дефіцитними спеціальностями» (затверджено наказом Генерального штабу ЗСУ, 05.03.2021).

Етапи дослідження включали кілька послідовних кроків. На першому етапі здійснювався відбір учасників та встановлення з ними контакту. Другий етап передбачав інформування респондентів та отримання їхньої добровільної згоди на участь у дослідженні. Третій етап включав безпосереднє проходження психодіагностичних методик. Четвертий етап передбачав обробку, аналіз та систематизацію отриманих результатів, а також їх подальшу інтерпретацію.

Для досягнення мети дослідження було використано комплекс психодіагностичних методик, що дозволяють всебічно оцінити психічний стан ветеранів та рівень проявів посттравматичного стресового розладу:

1. Опитувальник депресії А. Бека (21 питання)

Методика спрямована на визначення рівня депресивних станів, емоційного фону, зниження мотивації, втрати інтересу до життя, відчуття безнадійності та негативних когнітивних установок. Дозволяє оцінити ступінь вираженості депресивної симптоматики, що часто супроводжує ПТСР. [2].

2. Методика Г. Айзенка «Самооцінка психічних станів» (40 питань)

Застосовується для діагностики рівня тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності. Дає змогу оцінити загальний рівень емоційної напруженості та характер реагування особистості на стресові ситуації. [22].

3. Шкала самооцінки ПТСР (20 питань) (PCL-5)

Спрямована на виявлення ключових симптомів посттравматичного стресового розладу: нав'язливі спогади, флешбеки, уникнення травматичних стимулів, емоційне виснаження, підвищене збудження та порушення емоційної регуляції.[47].

4. Міссісіпська шкала ПТСР (35 питань)

Є комплексним інструментом, який дозволяє оцінити інтенсивність посттравматичних симптомів, їхню структуру та вплив на соціальне, емоційне та когнітивне функціонування особистості.

Застосування зазначених психодіагностичних методик забезпечило отримання комплексних емпіричних даних щодо психоемоційного стану ветеранів бойових дій. Це дало змогу визначити рівень вираженості посттравматичних симптомів, а також особливості психологічного реагування респондентів на пережитий бойовий досвід і процес адаптації до умов мирного життя.[3].

Методи обробки даних

Обробка результатів здійснювалася з використанням кількісного та якісного аналізу. Застосовувалися методи математичної статистики, зокрема обчислення середніх значень, відсоткового розподілу показників та порівняльного аналізу. Це дозволило виявити загальні тенденції у рівні прояву посттравматичних симптомів та психоемоційного стану досліджуваних.

Етичні принципи дослідження

У процесі роботи дотримувалися основні етичні принципи психологічної науки: добровільність участі, інформована згода, конфіденційність, анонімність, а також недопущення психологічного тиску. Особлива увага приділялася запобіганню емоційного виснаження та ретравматизації учасників.

Обмеження дослідження

До обмежень дослідження належать відносно невеликий обсяг вибірки, її неоднорідність за бойовим досвідом, а також суб'єктивність самооцінювальних методик, що можуть залежати від актуального емоційного стану респондентів. Також результати відображають особливості конкретної групи ветеранів і не можуть бути повністю узагальнені на всю популяцію.

Висновок

У даній кваліфікаційній роботі було досліджено особливості посттравматичного стресового розладу у ветеранів бойових дій та його вплив на психоемоційний стан особистості. Актуальність теми зумовлена значним зростанням кількості осіб, які пережили бойовий досвід і потребують психологічної підтримки та реабілітації.

У теоретичній частині розкрито сутність ПТСР, його основні симптоми та причини виникнення. Встановлено, що цей розлад проявляється через нав'язливі спогади, підвищену тривожність, депресивні стани, емоційне виснаження та труднощі адаптації до мирного життя.

Емпіричне дослідження, проведене серед ветеранів бойових дій, показало наявність виражених проявів психоемоційного напруження. У значній частини респондентів виявлено підвищені рівні депресії, тривожності та симптомів ПТСР, що свідчить про складність їх психологічного стану після пережитого травматичного досвіду. Таким чином, проведене емпіричне дослідження дозволило отримати комплексні дані щодо психоемоційного стану ветеранів бойових дій та особливостей проявів посттравматичного стресового розладу. Отримані результати створюють підґрунтя для подальшого аналізу та розробки ефективних підходів до психологічної підтримки та реабілітації ветеранів.

2.2 Аналіз результатів дослідження

Шкала депресії А. Бека (BDI)

Шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory, BDI, А. Бек) – це методика оцінки рівня депресивних симптомів у досліджуваних. Вона дозволяє визначити ступінь тяжкості депресії як у певний момент часу, так і як стійку тенденцію в психоемоційному стані особистості.

Досліджувані отримують інструкцію уважно прочитати всі твердження та відмітити ті, що найточніше відображають їхній стан протягом останніх двох тижнів.

Опитувальник складається з 21 твердження, що охоплює основні прояви депресії: пригнічений настрій, втрату задоволення від життя, відчуття втоми, зниження самооцінки, порушення сну й апетиту, песимізм та суїцидальні думки. Кожне твердження оцінюється за 4-бальною шкалою (0–3 бали).

Результати підраховуються за ключем до методики. У підсумку отримані бали інтерпретуються так:

0–9 балів – мінімальний або відсутній рівень депресії;

10–15 балів – легкий рівень депресії;

16–19 балів – помірний рівень депресії;

20–29 балів – виражена депресія середньої тяжкості;

30–63 бали – важка депресія.

Результати цієї методики містяться у таблиці нижче.

Таблиця 2.1

Результати респондентів за шкалою депресії Бека (BDI)

№	Сума набраних балів	Рівень депресії
1.	40	Важка депресія
2.	2	Відсутня депресія
3.	28	Виражена депресія
4.	25	Виражена депресія
5.	19	Помірна депресія
6.	22	Виражена депресія
7.	28	Виражена депресія
8.	35	Важка депресія

9.	36	Важка депресія
10.	46	Важка депресія
11.	36	Важка депресія
12.	38	Важка депресія
13.	42	Важка депресія
14.	37	Важка депресія
15.	38	Важка депресія
16.	26	Виражена депресія
17.	27	Виражена депресія
18.	15	Легка депресія
19.	23	Виражена депресія
20.	25	Виражена депресія
21.	22	Виражена депресія
22.	6	Відсутня депресія
23.	30	Важка депресія
24.	13	Легка депресія
25.	16	Помірна депресія
26.	27	Виражена депресія
27.	37	Важка депресія
28.	40	Важка депресія
29.	39	Важка депресія
30.	31	Важка депресія
31.	23	Виражена депресія
32.	24	Виражена депресія
33.	22	Виражена депресія
34.	24	Виражена депресія
35.	24	Виражена депресія
36.	34	Важка депресія
37.	29	Виражена депресія
38.	31	Важка депресія
39.	23	Виражена депресія
40.	30	Важка депресія

Початковий аналіз даних, представлених у даній таблиці, свідчить про те, що більшість респондентів демонструють виражені або важкі прояви депресії. Це означає, що у значної частини військовослужбовців спостерігаються інтенсивні депресивні симптоми, які можуть проявлятися у стійкому зниженні настрою, втраті інтересу до звичних видів діяльності, емоційному виснаженні, відчутті безнадійності, зниженні самооцінки, а також порушеннях сну та апетиту. Подібні прояви можуть негативно впливати на психоемоційний стан особистості, її загальне самопочуття та ефективність виконання службових обов'язків.

Водночас мінімальні або відсутні прояви депресії характерні лише для невеликої частини вибірки. Це свідчить про те, що лише окремі

військовослужбовці перебувають у відносно стабільному психоемоційному стані та не мають виражених депресивних симптомів.

Загалом отримані результати вказують на значну поширеність підвищеного рівня депресивних симптомів серед досліджуваних військовослужбовців, що може бути пов'язано з впливом стресових факторів військової служби, підвищеним психоемоційним навантаженням, тривалим перебуванням у напружених умовах діяльності, а також переживанням травматичних подій.

Подальший аналіз ми будемо проводити за наступною короткою таблицею, де наведена підсумкова статистика:

Таблиця 2.2

Підсумкова статистика за шкалою депресії Бека (BDI)

Показник	Значення
Вибірка (кількість респондентів)	40
Середнє арифметичне (M)	27,8
Стандартне відхилення (SD)	9,56
Дисперсія	91,38

У дослідженні взяли участь 40 військовослужбовців, що дозволяє оцінити прояви депресії у досліджуваних та зробити загальні висновки щодо психічного стану цієї категорії осіб. Така кількість учасників дозволяє врахувати різноманітність індивідуальних реакцій на стресові ситуації, характерні для служби в армії.

Середній рівень депресивних симптомів за шкалою Бека у досліджуваних склав 27,8 балів. Це свідчить про переважання помірного та вираженого рівнів депресії, що може впливати на повсякденну активність, здатність до концентрації та загальну емоційну стабільність військовослужбовців.

Стандартне відхилення 9,56 показує, що результати окремих військовослужбовців дещо відрізняються від середнього показника, тобто у

вибірці присутні як особи з низьким рівнем депресивних проявів, так і ті, у кого симптоми більш виражені. Це допомагає оцінити ступінь індивідуальної різниці у психоемоційному стані досліджуваних.

Дисперсія результатів 91,38 відображає загальну варіативність проявів депресії серед військовослужбовців. Високе значення дисперсії підтверджує наявність різних рівнів депресивних симптомів, що може бути пов'язано як із психологічними особливостями кожного досліджуваного, так і з факторами служби, стресовими ситуаціями та адаптацією до умов військової діяльності.

Таким чином, отримані результати дають змогу зробити попередній висновок, що серед військовослужбовців спостерігаються прояви депресії різного ступеня, причому значна частина демонструє середній та високий рівень симптомів.

Подальший аналіз буде спрямований на більш детальне вивчення розподілу показників депресії та факторів, які на них впливають.

Таблиця 2.3

Розподіл військовослужбовців за рівнями депресії за шкалою Бека (BDI)

Рівень депресії	Кількість респондентів	% від вибірки
Мінімальний або відсутній	3	7,5 %
Легкий	2	5 %
Помірний	2	5 %
Виражена середньої тяжкості	17	42,5 %
Важка	16	40 %
Всього	40	100%

Розподіл досліджуваних за рівнями депресії

У вибірці досліджуваних військовослужбовців 40 осіб три респонденти, що становить 7,5 % від загальної кількості, мали мінімальний або відсутній рівень депресії. Це свідчить про відсутність значних депресивних проявів у цих осіб, їхній емоційний стан був стабільним, симптоми не впливали на щоденне життя та виконання службових обов'язків.

Дві особи, або 5 % вибірки, демонстрували легкий рівень депресії. У цих випадках симптоми були слабо виражені, проявлялися у вигляді періодичного зниження настрою, легкої втоми або зниження інтересу до окремих справ, проте не мали серйозного впливу на функціонування досліджуваних.

Ще дві особи 5 % мали помірний рівень депресії. Симптоми були більш вираженими, могли впливати на концентрацію, працездатність та міжособистісну взаємодію, проте респонденти могли підтримувати загальну активність і виконувати основні обов'язки.

Сімнадцять осіб 42,5 % демонстрували виражену депресію середньої тяжкості. У цих військовослужбовців прояви депресії були значними: спостерігалось зниження настрою, підвищена втомлюваність, апатія, втрата інтересу до діяльності, а також труднощі у взаємодії з іншими та виконанні службових завдань.

Важку депресію мали шістнадцять осіб, що становить 40 % вибірки. У цих респондентів спостерігалися глибокі депресивні прояви: тривала пригніченість, серйозне зниження мотивації, емоційна нестабільність, зменшення активності та погіршення якості життя. Такий стан потребує професійної психологічної або медичної підтримки.

Таким чином, більшість досліджуваних військовослужбовців характеризуються середнім та високим рівнем депресивних проявів, тоді як мінімальний та легкий рівні зустрічаються рідше. Результати вказують на актуальність уваги до психічного стану військовослужбовців та необхідність розробки заходів психологічної підтримки.

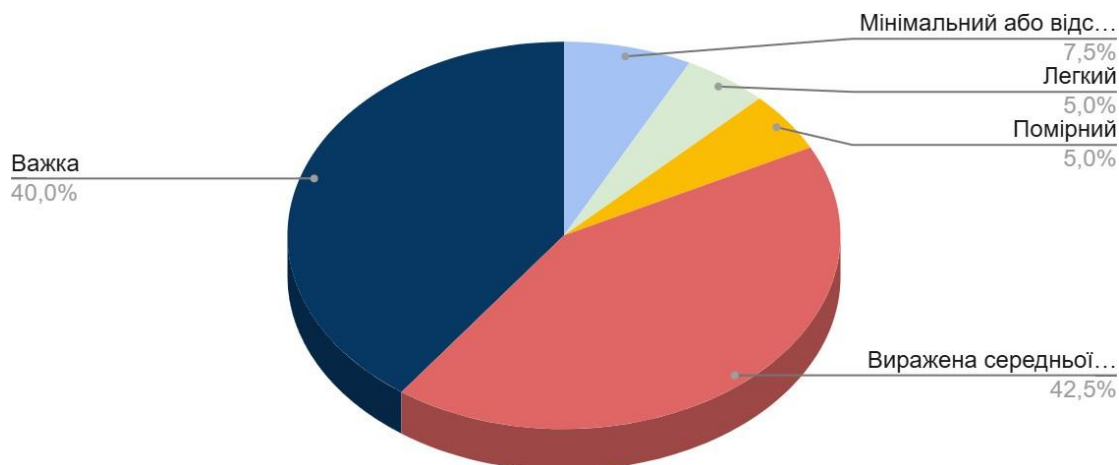


Рис. 2.1 Розподіл військовослужбовців за рівнями депресії

Отже дослідження проводилось серед 40 військовослужбовців з метою оцінки рівня депресивних симптомів. Методика Бека дозволяє визначити, наскільки виражені емоційні та поведінкові прояви депресії, включаючи пригнічений настрій, втому, зниження мотивації, порушення сну та інші симптоми.

За результатами дослідження, лише невелика частина респондентів мала мінімальний або відсутній рівень депресії. Дещо більша група показала легкі або помірні прояви депресії, які не серйозно впливали на їхню повсякденну діяльність.

Проте значна частина військовослужбовців демонструє виражену депресію середньої тяжкості або важку депресію. У цих респондентів спостерігаються помітні зміни емоційного стану, зниження мотивації, підвищена втомлюваність та труднощі у виконанні службових завдань. Це свідчить про те, що прояви депресії у військовослужбовців поширені і можуть впливати на їхню ефективність та загальне самопочуття.

Середній рівень депресивних проявів у вибірці склав 27,8 балів, що відповідає помірному/вираженому рівню депресії. Стандартне відхилення 9,56 та дисперсія 91,38 показують, що в досліджуваних спостерігається

різниця у ступені проявів депресії: деякі військовослужбовці мають відносно низькі показники, а інші – високі.

Розподіл за категоріями показує, що більшість досліджуваних мають середній або високий рівень депресії. Це підкреслює необхідність психологічної підтримки для військовослужбовців, особливо для тих, у кого симптоми більш виражені, та актуальність заходів, спрямованих на покращення психічного здоров'я у військовій службі.

Отже, результати дослідження дозволяють зробити попередній висновок, що серед військовослужбовців спостерігаються різні рівні депресивних проявів, причому велика частина демонструє помірні та виражені симптоми. Ці дані можуть слугувати основою для подальшого вивчення факторів, які впливають на психологічний стан військових, та для розробки рекомендацій щодо їхньої підтримки.

Висновок до розділу 2.2

У ході аналізу результатів емпіричного дослідження за шкалою депресії Бека (BDI) було встановлено, що у вибірці військовослужбовців спостерігаються різні рівні депресивної симптоматики, однак загальна тенденція характеризується переважанням виражених та важких форм депресії.

Результати індивідуального тестування (табл. 2.1) показали, що у більшості респондентів виявлено виражені або важкі депресивні прояви. Це свідчить про наявність значного емоційного навантаження, яке проявляється у стійкому зниженні настрою, втраті інтересу до діяльності, підвищеній втомлюваності, емоційному виснаженні, зниженні самооцінки, а також порушеннях сну та апетиту. Водночас лише незначна частина вибірки демонструє мінімальний або легкий рівень депресії, що вказує на відносно стабільний психоемоційний стан цих осіб.

Підсумкові статистичні показники (табл. 2.2) засвідчили, що середній рівень депресії у вибірці становить 27,8 бала, що відповідає помірному або

вираженому рівню депресивних проявів. Значення стандартного відхилення (9,56) та дисперсії (91,38) вказують на значну варіативність результатів, тобто у вибірці наявні як респонденти з низькими показниками депресії, так і з високим рівнем симптоматики.

Аналіз розподілу за рівнями депресії (рис. 2.1; табл. 2.3) показав, що 7,5 % респондентів мають мінімальний або відсутній рівень депресії, 5 % — легкий рівень, 5 % — помірний рівень. Натомість найбільшу частку становлять військовослужбовці з вираженою депресією середньої тяжкості (42,5 %) та важкою депресією (40 %). Це свідчить про домінування середніх і високих рівнів депресивних проявів у досліджуваній вибірці.

Отримані результати загалом свідчать про значну поширеність депресивних станів серед військовослужбовців, що може бути зумовлено впливом бойового досвіду, хронічного стресу, психоемоційного перенавантаження та складністю адаптації до умов цивільного життя.

Таким чином, результати підрозділу 2.2 дозволяють зробити висновок про необхідність подальшого поглибленого дослідження психологічного стану військовослужбовців, а також актуальність розробки та впровадження заходів психологічної підтримки, спрямованих на зниження рівня депресивної симптоматики та покращення якості їхнього психічного здоров'я.

2.3 Аналіз результатів дослідження

Методика діагностики самооцінки психічних станів (адаптований варіант методики Г. Айзенка)

Методика діагностики самооцінки психічних станів Г. Айзенка у адаптованому варіанті застосовується для визначення особливостей психоемоційного стану особистості. Вона спрямована на виявлення рівня таких психічних станів, як тривожність, фрустрація, агресивність та ригідність. Зазначені стани відіграють важливу роль у життєдіяльності людини, оскільки впливають на її емоційне самопочуття, поведінку, здатність до адаптації та ефективність діяльності.

Методика дозволяє оцінити ступінь вираженості цих психічних станів та визначити особливості емоційної реакції людини на складні або стресові ситуації. Отримані результати дають можливість зробити висновки щодо рівня психологічної напруженості, стійкості до фрустраційних ситуацій, схильності до агресивних реакцій та гнучкості психічних процесів.

Інструкція для досліджуваних.

Респондентам пропонується ознайомитися з переліком тверджень та оцінити кожне з них відповідно до того, наскільки воно відображає їхній актуальний психічний стан.

Оцінювання здійснюється за трьохбальною шкалою:

- стан «дуже мені підходить» – 2 бали;
- стан «не дуже мені підходить» – 1 бал;
- стан «зовсім мені не підходить» – 0 балів.

Після заповнення опитувальника підраховується загальна кількість балів за кожною окремою шкалою. Це дозволяє визначити рівень вираженості тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності у досліджуваних та здійснити подальший аналіз отриманих результатів у межах дослідження.

Обробка та інтерпретація результатів

Після заповнення опитувальника підраховується сума балів за кожною з чотирьох груп запитань, що відповідають певним психічним станам:

- 1–10 питань – тривожність;
- 11–20 питань – фрустрація;
- 21–30 питань – агресивність;
- 31–40 питань – ригідність.

Отримані бали дозволяють оцінити рівень вираженості кожного психічного стану у досліджуваних. Інтерпретація результатів проводиться за наступними шкалами:

1. Тривожність

- 0–7 балів – низький рівень тривожності;
- 8–14 балів – середній, допустимий рівень тривожності;
- 15–20 балів – високий рівень тривожності.

2. Фрустрація

- 0–7 балів – високий рівень самооцінки;
- 8–14 балів – середній рівень, фрустрація має місце;
- 15–20 балів – занижена самооцінка, невпевненість у собі, зневіреність у власні сили; тенденція до розвитку негативних психічних станів і перевтомлення, можливе зниження працездатності.

3. Агресивність

- 0–7 балів – низький рівень, спокій, витримка;
- 8–14 балів – середній рівень агресивності;
- 15–20 балів – високий рівень агресивності, нестриманість, схильність до створення конфліктних ситуацій, зниження працездатності та перевтомлення.

4. Ригідність

- 0–7 балів – ригідність відсутня, характерна легкість та гнучкість у поведінці й прийнятті рішень;
- 8–14 балів – середній рівень ригідності;

15–20 балів – сильно виражена ригідність. Існують протипоказання до зміни діяльності та місця роботи; зміни можуть негативно впливати на самопочуття та ускладнювати процес спілкування.

Отримані показники дозволяють визначити рівень вираженості кожного з психічних станів у досліджуваних, а також провести подальший аналіз результатів, включаючи розподіл респондентів за рівнями (низький, середній, високий) та дослідження взаємозв'язків між показниками різних психічних станів.

Результати цієї методики містяться у таблиці нижче.

Таблиця 2.4

**Розподіл респондентів за рівнем тривожності за методикою Г. Айзенка
(1–10 питання – тривожність)**

№	Сума балів	Рівень тривожності
1.	8	Середня тривожність
2.	7	Низька тривожність
3.	7	Низька тривожність
4.	4	Низька тривожність
5.	12	Середня тривожність
6.	11	Середня тривожність
7.	12	Середня тривожність
8.	14	Середня тривожність
9.	15	Висока тривожність
10.	9	Середня тривожність
11.	15	Висока тривожність
12.	14	Середня тривожність
13.	7	Низька тривожність
14.	16	Висока тривожність
15.	17	Висока тривожність
16.	12	Середня тривожність
17.	11	Середня тривожність
18.	10	Середня тривожність
19.	11	Середня тривожність
20.	16	Висока тривожність
21.	14	Середня тривожність
22.	13	Середня тривожність
23.	18	Висока тривожність
24.	16	Висока тривожність
25.	14	Середня тривожність
26.	13	Середня тривожність
27.	16	Висока тривожність
28.	12	Середня тривожність
29.	13	Середня тривожність

30.	14	Середня тривожність
31.	15	Висока тривожність
32.	15	Висока тривожність
33.	16	Висока тривожність
34.	15	Висока тривожність
35.	15	Висока тривожність
36.	18	Висока тривожність
37.	19	Висока тривожність
38.	12	Середня тривожність
39.	14	Середня тривожність
40.	14	Середня тривожність

Результати методики Г. Айзенка показують, що більшість досліджуваних військових мають середній або високий рівень тривожності. Це пояснюється особливостями їхньої професійної діяльності та впливом стресових і травматичних ситуацій, з якими вони стикаються під час служби.

Середній рівень тривожності проявляється у помірному занепокоєнні, емоційних коливаннях, підвищеній чутливості до стресу та схильності до самоаналізу. Високий рівень тривожності супроводжується сильним внутрішнім напруженням, проблемами з концентрацією уваги, швидкою стомлюваністю, труднощами у прийнятті рішень та зниженням продуктивності у роботі.

Отримані дані показують, що у військових тривожність часто пов'язана зі стресом та травмами бойового досвіду. Це може ускладнювати адаптацію до складних ситуацій, впливати на міжособистісні стосунки та робочі процеси.

Таблиця 2.5

Статистичні показники рівня тривожності досліджуваних за методикою Г. Айзенка (1–10 питання – тривожність)

Показник	Значення
Кількість респондентів	40
Середнє арифметичне	13,1
Медіана	14
Мінімум	4

Максимум	19
Стандартне відхилення	3,3
Дисперсія	10,9
Мода	14

У дослідженні взяли участь 40 військових, що дозволяє оцінити загальний рівень тривожності у цій групі.

Середній показник тривожності склав 13,1 бала, що відповідає середньому рівню за шкалою Г. Айзенка (8–14 балів), тобто більшість учасників відчують помірно психоемоційне напруження.

Медіана результатів дорівнює 14, що означає, що половина військових має тривожність меншу або рівну 14, а інша половина – вищу, що підтверджує переважання середнього рівня тривожності у групі. Найменший результат – 4 бали, що свідчить про те, що деякі військові мають низький рівень тривожності, можливо завдяки стійкості до стресу або адаптації до умов служби. Найвищий результат – 19 балів, що показує наявність військових із високим рівнем тривожності, які можуть потребувати індивідуальної підтримки.

Стандартне відхилення 3,3 показує, що результати значно розрізняються між учасниками, а дисперсія 10,9 підтверджує наявність як низьких, так і високих показників тривожності, тобто група неоднорідна за цим показником.

Найчастіше зустрічається значення – 14, що відповідає середньому рівню тривожності і свідчить, що більшість військових мають саме помірний рівень психоемоційного напруження.

Загалом, результати показують, що серед військових переважає середній рівень тривожності, хоча є і учасники з низьким або високим рівнем.

Таблиця 2.6

Розподіл рівня тривожності досліджуваних військових за шкалою Г.**Айзенка (1–10 питання – тривожність)**

Рівень тривожності	Кількість респондентів	Відсоток %
Низька тривожність	4	10 %
Середня тривожність	21	52,5 %
Висока тривожність	15	37,5 %
Всього	40	100 %

Таблиця надає детальний аналіз рівня тривожності у вибірці з 40 військовослужбовців. Вона відображає кількість респондентів та їхню частку у відсотках залежно від низького, середнього або високого рівня тривожності. Результати показують, що лише 4 учасники 10 % мають низький рівень тривожності, що свідчить про ефективну адаптацію до стресових умов професійної діяльності та відносно високий рівень стресостійкості. Середній рівень тривожності спостерігається у більшості респондентів — 21 особа 52,5 %, що відображає помірне психоемоційне навантаження, характерне для військової служби в умовах підвищеного ризику та стресу. Високий рівень тривожності зафіксовано у 15 військових 37,5 %, що може свідчити про наявність психоемоційного перенапруження, підвищену чутливість до стресових ситуацій та потребу в індивідуальному психологічному супроводі та психокорекційних заходах.

Загалом, дані таблиці демонструють неоднорідність вибірки за рівнем тривожності та підтверджують актуальність систематичного психологічного супроводу для підтримки психічного здоров'я військових.

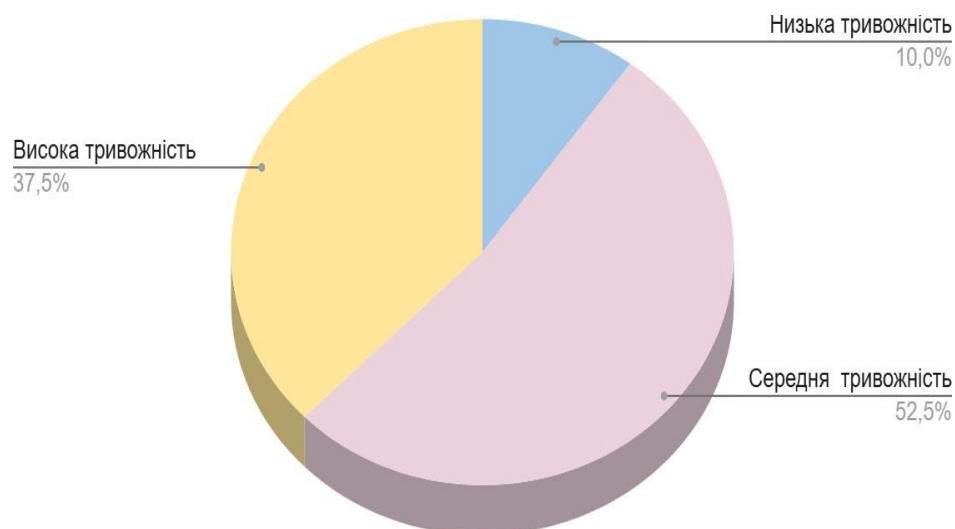


Рис.2.2. Розподіл військовослужбовців за рівнями тривожності

Рисунок 2.2, розміщений нижче, ілюструє розподіл рівня тривожності серед 40 військовослужбовців за адаптованою шкалою Г. Айзенка (питання 1–10). Діаграма наочно демонструє, скільки учасників мають низький, середній та високий рівень тривожності.

Отже, дослідження проводилося серед 40 військовослужбовців з метою оцінки рівня тривожності за адаптованою шкалою Г. Айзенка (питання 1–10). Результати показали, що більшість учасників мають середній або високий рівень тривожності, що свідчить про помірний або значний психоемоційний тиск унаслідок професійних обов’язків та впливу стресових і потенційно травматичних подій. Невелика частина респондентів демонструє низький рівень тривожності, що може свідчити про високу стресостійкість або ефективні механізми адаптації. Аналіз отриманих даних дозволяє робити висновок про необхідність систематичного психологічного супроводу та корекційної роботи, спрямованої на підтримку психічного здоров’я, формування навичок саморегуляції та підвищення адаптивності військовослужбовців у професійній діяльності.

Таблиця 2.7.

Результати діагностики рівня фрустрації у військовослужбовців за методикою самооцінки психічних станів Г. Айзенка (питання 11–20)

№	Сума балів	Рівень фрустрації
1.	1	Високий рівень самооцінки
2.	6	Високий рівень самооцінки
3.	11	Середній рівень, фрустрація має місце
4.	1	Високий рівень самооцінки
5.	6	Високий рівень самооцінки
6.	2	Високий рівень самооцінки
7.	4	Високий рівень самооцінки
8.	6	Високий рівень самооцінки
9.	7	Високий рівень самооцінки
10.	11	Середній рівень, фрустрація має місце
11.	15	Занижена самооцінка
12.	3	Високий рівень самооцінки
13.	16	Занижена самооцінка
14.	19	Занижена самооцінка
15.	17	Занижена самооцінка
16.	11	Середній рівень, фрустрація має місце
17.	11	Середній рівень, фрустрація має місце
18.	7	Високий рівень самооцінки
19.	12	Середній рівень, фрустрація має місце
20.	16	Занижена самооцінка
21.	2	Високий рівень самооцінки
22.	5	Високий рівень самооцінки
23.	16	Занижена самооцінка
24.	7	Високий рівень самооцінки
25.	13	Середній рівень, фрустрація має місце
26.	16	Занижена самооцінка
27.	18	Занижена самооцінка
28.	15	Занижена самооцінка
29.	13	Середній рівень, фрустрація має місце

30.	8	Середній рівень, фрустрація має місце
31.	12	Середній рівень, фрустрація має місце
32.	9	Середній рівень, фрустрація має місце
33.	14	Середній рівень, фрустрація має місце
34.	12	Середній рівень, фрустрація має місце
35.	10	Середній рівень, фрустрація має місце
36.	15	Занижена самооцінка
37.	16	Занижена самооцінка
38.	13	Середній рівень, фрустрація має місце
39.	17	Занижена самооцінка
40.	12	Середній рівень, фрустрація має місце

Фрустрація — це психологічний стан, який виникає, коли людина стикається з перешкодами на шляху до досягнення важливої мети або не може задовольнити власні потреби. Вона проявляється через розчарування, внутрішнє напруження, сумніви у власних силах та відчуття безпорадності. У психології фрустрація часто відображає емоційне напруження та труднощі в подоланні життєвих проблем. У цьому дослідженні рівень фрустрації оцінювався за методикою самооцінки психічних станів Ганс Айзенк (питання 11–20).

Аналіз отриманих результатів показав, що частина військовослужбовців має високий рівень самооцінки, що свідчить про їхню впевненість у власних силах та здатність справлятися з труднощами. У досліджуваних значно помітний середній рівень фрустрації, що вказує на наявність певної розгубленості або переживань через невдачі, проте ці прояви не суттєво впливають на повсякденну діяльність. У деяких респондентів виявлено занижену самооцінку та підвищений рівень фрустрації, що проявляється у внутрішньому напруженні, невпевненості та більшій чутливості до труднощів.

Таблиця 2.8

**Статистичні показники рівня фрустрації досліджуваних за методикою
Г. Айзенка (питання 11–20)**

Показник	Значення
Кількість респондентів	40
Середнє арифметичне	10,63
Медіана	10,5
Мінімум	1
Максимум	19
Стандартне відхилення	5,0
Дисперсія	25
Мода	16

У дослідженні були отримані результати, які свідчать про те, що рівень фрустрації серед військовослужбовців здебільшого знаходиться на середньому рівні. Це означає, що більшість учасників час від часу відчують емоційне напруження, роздратованість або зниження впевненості у власних силах, а також тимчасове зниження працездатності.

Середнє арифметичне значення 10,63 і медіана 10,5 підтверджують, що переважна частина військовослужбовців має середній рівень фрустрації.

Мінімальний бал 1 свідчить про наявність осіб із високою стійкістю до стресу та низькою схильністю до фрустрації. *Максимальний бал 19* вказує на присутність військовослужбовців із підвищеним рівнем фрустрації, які більш емоційно вразливі та можуть потребувати психологічної підтримки.

Стандартне відхилення 5,0 і дисперсія 25 демонструють помірну різноманітність рівня фрустрації серед учасників, що відображає індивідуальні відмінності у сприйнятті труднощів та здатності їх долати.

Мода 16 показує, що найчастіше зустрічається підвищений рівень фрустрації, що підкреслює необхідність організації системи психологічної

підтримки для таких військовослужбовців, щоб зменшити негативний вплив стресових ситуацій на їхні емоційні та професійні ресурси.

Таким чином, отримані дані свідчать, що серед військовослужбовців переважає середній рівень фрустрації, одночасно присутні як стійкі до стресу особи, так і ті, хто потребує цілеспрямованої психологічної підтримки.

Таблиця 2.9.

Розподіл рівня фрустрації серед досліджуваних військовослужбовців за шкалою Г. Айзенка (питання 11–20)

Рівень фрустрації	Кількість респондентів	Відсоток %
Занижена самооцінка	11	27,5 %
Середній рівень ,фрустрація має місце	15	37,5 %
Високий рівень самооцінки	14	35 %
Всього	40	100 %

У даному дослідженні проведено аналіз рівня фрустрації серед військовослужбовців за шкалою Г. Айзенка (питання 11–20). Результати розподілу наведені в таблиці 3.2.

Найбільшу групу становлять військовослужбовці із середнім рівнем фрустрації 37,5 %. Це означає, що ці учасники час від часу відчують емоційне напруження, невпевненість у власних силах та тимчасове зниження працездатності, але загалом здатні справлятися зі стресовими ситуаціями.

Група із високим рівнем самооцінки 35 % включає військовослужбовців, які демонструють стійкість до стресу, впевненість у власних силах та низьку схильність до фрустрації. Ці особи ефективно адаптуються до складних умов і менш схильні до емоційного виснаження.

Військовослужбовці із заниженою самооцінкою 27,5 % характеризуються підвищеною схильністю до фрустрації, більшою емоційною вразливістю та потребують спеціальної психологічної підтримки для зниження негативного

впливу стресових ситуацій на їхні емоційні та професійні ресурси. Таким чином, аналіз розподілу показує, що серед досліджуваних військовослужбовців переважає середній рівень фрустрації, одночасно присутні як стійкі до стресу особи, так і ті, хто потребує цілеспрямованої психологічної підтримки.

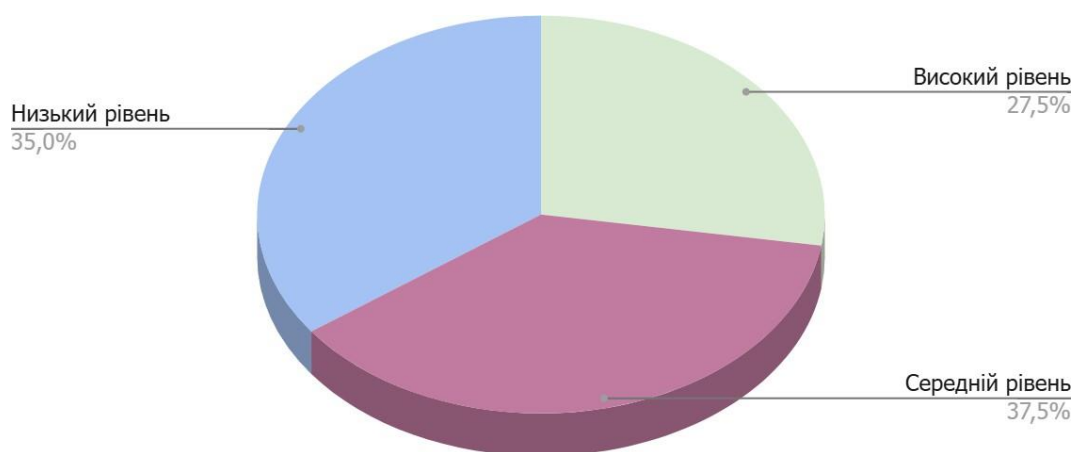


Рис. 2.3 Розподіл рівня фрустрації військовослужбовців

За результатами проведеного дослідження встановлено, що серед військовослужбовців розподіл рівня фрустрації є неоднорідним. Найбільша частина респондентів — 37,5% — має середній рівень фрустрації. Це свідчить про те, що ці учасники іноді відчують емоційне напруження, невпевненість у власних силах та тимчасове зниження працездатності, проте загалом здатні справлятися зі стресовими ситуаціями та адаптуватися до труднощів.

Одночасно 35% досліджуваних проявляють занижену самооцінку, що супроводжується підвищеним рівнем фрустраційних переживань. Ця група більш емоційно вразлива, частіше відчуває роздратованість, розчарування і може потребувати цілеспрямованої психологічної підтримки для подолання стресових ситуацій та корекції емоційного стану.

Найменша частина респондентів — 27,5% — характеризується високим рівнем самооцінки та низьким рівнем фрустрації. Це

військовослужбовці зі стійкою психікою, які впевнені у власних силах і здатні ефективно адаптуватися до складних умов служби, демонструючи психологічну стабільність.

Таким чином, результати дослідження показують, що серед військовослужбовців переважає середній рівень фрустрації, однак спостерігається значна індивідуальна різноманітність.

Таблиця 2.10

Результати діагностики рівня агресивності у досліджуваних військовослужбовців за методикою самооцінки психічних станів Г.

Айзенка (питання 21–30)

№	Сума балів	Рівень агресивності
1.	6	Низький рівень агресивності
2.	4	Низький рівень агресивності
3.	8	Середній рівень агресивності
4.	10	Середній рівень агресивності
5.	12	Середній рівень агресивності
6.	7	Низький рівень агресивності
7.	4	Низький рівень агресивності
8.	12	Середній рівень агресивності
9.	13	Середній рівень агресивності
10.	13	Середній рівень агресивності
11.	13	Середній рівень агресивності
12.	4	Низький рівень агресивності
13.	17	Високий рівень агресивності
14.	16	Високий рівень агресивності
15.	15	Високий рівень агресивності
16.	5	Низький рівень агресивності
17.	7	Низький рівень агресивності
18.	11	Середній рівень агресивності
19.	18	Високий рівень агресивності
20.	16	Високий рівень агресивності
21.	10	Середній рівень агресивності
22.	6	Низький рівень агресивності
23.	17	Високий рівень агресивності
24.	13	Середній рівень агресивності
25.	7	Низький рівень агресивності
26.	12	Середній рівень агресивності
27.	15	Високий рівень агресивності
28.	13	Середній рівень агресивності
29.	12	Середній рівень агресивності
30.	13	Середній рівень агресивності
31.	10	Середній рівень агресивності
32.	14	Середній рівень агресивності

33.	12	Середній рівень агресивності
34.	11	Середній рівень агресивності
35.	13	Середній рівень агресивності
36.	14	Середній рівень агресивності
37.	17	Високий рівень агресивності
38.	16	Високий рівень агресивності
39.	14	Середній рівень агресивності
40.	14	Середній рівень агресивності

Агресивність — це системна властивість особистості, що виявляється у готовності до реалізації деструктивних дій, спрямованих на заподіяння шкоди об'єктам чи суб'єктам навколишнього середовища. У межах дослідження посттравматичного стресового розладу (ПТСР) агресивність розглядається не лише як риса темпераменту, а як специфічний прояв емоційної дисрегуляції та симптом гіперзбудливості. Вона часто виступає захисною реакцією психіки на пережитий екстремальний досвід, виконуючи роль компенсаторного механізму в умовах соціальної дезадаптації.

Результати діагностики рівня агресивності у досліджуваних військовослужбовців за методикою самооцінки психічних станів Г. Айзенка (питання 21–30) свідчать, що переважна більшість учасників (низький та середній рівні агресивності) демонструють адаптивну форму реагування на стресові ситуації. Це означає, що вони зберігають вольовий контроль, здатні конструктивно регулювати поведінку та ефективно долати конфлікти без проявів деструктивної агресії. Така група військовослужбовців володіє достатнім психологічним ресурсом для підтримання стабільного емоційного стану у складних умовах військової служби.

Водночас у значної частини учасників спостерігається високий рівень агресивності, що є клінічно значущим показником. У контексті бойового досвіду такі прояви часто розглядаються як вторинна захисна реакція на хронічний стрес та емоційне виснаження. Агресія у цьому випадку виступає не як стабільна риса особистості, а як превентивний механізм захисту від уявних чи реальних загроз, що може проявлятися як у бойових, так і в мирних умовах.

Дослідження також демонструє прямий зв'язок між травматичним досвідом та зниженням порогу толерантності до фрустрації. Військовослужбовці з високими показниками агресивності більш схильні до емоційних спалахів, імпульсивної поведінки та соціальної дезадаптації, що може ускладнювати їхню реінтеграцію у соціум і підтримання гармонійних міжособистісних стосунків.

Таблиця.2.11

**Статистичні показники рівня агресивності досліджуваних
військовослужбовців за методикою самооцінки психічних станів Г.
Айзенка (питання 21–30)**

Показник	Значення
Кількість респондентів	40
Середнє арифметичне	1,23
Медіана	1,25
Мінімум	0
Максимум	2
Стандартне відхилення	0,55
Дисперсія	0,30
Мода	1

Детальний аналіз статистичних показників рівня агресивності досліджуваних військовослужбовців показав наступні результати

Кількість респондентів 40 – обсяг вибірки дозволяє оцінити рівень агресивності в досліджуваній групі та робити узагальнені висновки про тенденції поведінки серед військовослужбовців.

Середнє арифметичне 1,23 – вказує на середній рівень агресивності по всій вибірці. Значення свідчить, що середній рівень агресивності відповідає помірним проявам агресивних тенденцій, тобто більшість військовослужбовців здатні контролювати емоції та поведінку, навіть за умов стресу.

Медіана 1,25 – центральне значення розподілу показників. Оскільки медіана близька до середнього арифметичного, можна зробити висновок про відносно рівномірний розподіл значень агресивності без сильного зміщення у бік високих або низьких показників.

Мінімум 0 – мінімальне значення вказує на те, що серед респондентів є особи з відсутністю або дуже низьким рівнем агресивності. Це може свідчити про високу психологічну стійкість і здатність до конструктивної поведінки в конфліктних ситуаціях.

Максимум 2 – максимальне значення показує, що у деяких військовослужбовців спостерігається високий рівень агресивності, що може проявлятися у вигляді імпульсивності, емоційної напруженості та потенційних конфліктів.

Стандартне відхилення 0,55 – показує ступінь розкиду значень навколо середнього. Помірне відхилення свідчить про наявність індивідуальних відмінностей у рівні агресивності, проте більшість респондентів зосереджені близько до середніх значень.

Дисперсія 0,30 – квадрат стандартного відхилення. Підтверджує відносно невелику варіативність показників, що вказує на однорідність групи за рівнем агресивності.

Мода 1 – найчастіше зустрічане значення. Це означає, що більшість військовослужбовців демонструють помірний рівень агресивності, що відповідає адаптивній нормі та свідчить про здатність до контролю емоцій і конструктивної поведінки.

Дані результати статистики показують, що у більшості військовослужбовців спостерігається помірний рівень агресивності. Є поодинокі випадки високого або низького рівня, що відображає індивідуальні особливості реагування на стресові та конфліктні ситуації. Загалом, група демонструє достатній психологічний ресурс для регуляції агресивної поведінки.

Таблиця 2.12

**Розподіл рівня агресивності серед досліджуваних
військовослужбовців за методикою самооцінки психічних станів**

Г. Айзенка (питання 21–30)

Рівень агресивності	Кількість респондентів	Відсоток %
Низька агресивність	9	22,5 %
Середня агресивність	22	55 %
Висока агресивність	9	22,5 %
Всього	40	100 %

Найбільша група досліджуваних військовослужбовців — 22 респонденти, що становить 55 % вибірки, — має середній рівень агресивності. Це свідчить про їхню здатність адекватно реагувати на стресові ситуації, контролювати емоції та поведінку, уникати деструктивних конфліктів і підтримувати стабільні міжособистісні взаємини в колективі. Такий рівень агресивності вважається адаптивним і дозволяє військовослужбовцям ефективно виконувати службові обов’язки навіть у складних умовах.

Низький рівень агресивності спостерігається у 9 респондентів (22,5 %). Ці військовослужбовці характеризуються високою спокійністю, стриманістю та витримкою, вони менш схильні до конфліктів і здатні стабільно виконувати завдання без проявів емоційної нестійкості.

Високий рівень агресивності також виявлено у 9 осіб (22,5 %). Для цієї групи характерна підвищена емоційна напруженість, схильність до імпульсивних дій та конфліктних ситуацій, що може негативно впливати на працездатність та взаємини з оточенням. Така тенденція вказує на необхідність цілеспрямованої психологічної підтримки та корекційних заходів для зниження ризику деструктивних проявів агресії.

Дослідження показало, що у вибірці військовослужбовців спостерігаються різні рівні психологічної адаптації та емоційної регуляції.

Переважна частина респондентів демонструє стабільну здатність контролювати свої емоції та поведінку, що свідчить про нормальну психологічну стійкість і здатність до конструктивного реагування в умовах стресу.

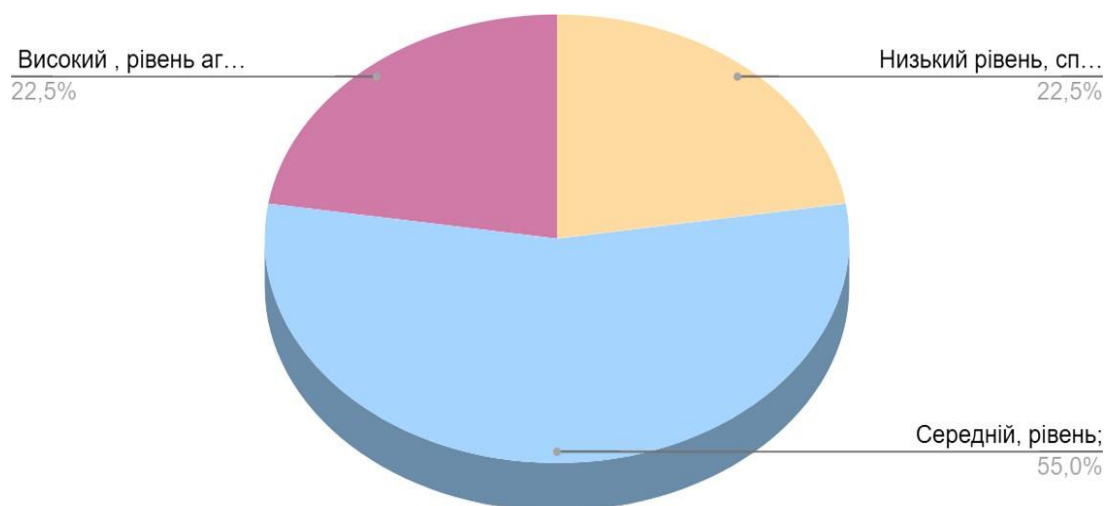


Рис. 2.4 Розподіл рівня агресивності серед досліджуваних

Аналіз розподілу рівня агресивності серед досліджуваних військовослужбовців показав, що переважна більшість учасників демонструє середній рівень агресивності, що свідчить про здатність контролювати емоції та адекватно реагувати у стресових ситуаціях. Низький рівень агресивності спостерігається у частини респондентів, що характеризує їх як спокійних і врівноважених, здатних уникати конфліктів. Водночас високий рівень агресивності у невеликої частини військовослужбовців вказує на можливу емоційну напруженість та потребу в психологічному супроводі. Загалом, розподіл свідчить про наявність у вибірці помірних агресивних проявів та підкреслює необхідність диференційованого підходу при організації психологічної підтримки.

Розподіл рівня агресивності серед досліджуваних військовослужбовців показує, що більшість учасників володіє середнім рівнем агресивності. Це свідчить про здатність більшості респондентів конструктивно регулювати

власні емоції, контролювати поведінку у стресових ситуаціях та ефективно взаємодіяти з оточенням без проявів деструктивної агресії. Такий рівень агресивності вважається адаптивним і забезпечує стабільне функціонування в умовах військової служби та екстремальних обставин.

Низький рівень агресивності виявлено у частини респондентів. Для цих військовослужбовців характерна врівноваженість, спокій, здатність уникати конфліктів та зберігати психологічну стабільність навіть у напружених ситуаціях. Така група має високу психологічну стійкість і демонструє ефективне саморегулювання поведінки.

Високий рівень агресивності спостерігається у окремих учасників. Це може свідчити про підвищену емоційну напруженість, низьку толерантність до стресу та імпульсивну поведінку. У контексті бойового досвіду такі прояви розглядаються як вторинна захисна реакція на хронічний стрес і можуть бути пов'язані з емоційним виснаженням та потребою у психологічному супроводі.

Отже, загальна картина розподілу агресивності свідчить про те, що більшість військовослужбовців зберігає адаптивні механізми регуляції емоцій і здатність до конструктивного реагування.

Таблиця 2.13

Розподіл респондентів за рівнем ригідності за методикою Г.

Айзенка. (питання 31–40)

№	Сума балів	Рівень ригідності
1.	0	Низький рівень ригідності
2.	5	Низький рівень ригідності
3.	15	Високий рівень ригідності
4.	13	Середній рівень ригідності
5.	9	Середній рівень ригідності
6.	7	Низький рівень ригідності
7.	10	Середній рівень ригідності
8.	17	Високий рівень ригідності
9.	9	Середній рівень ригідності
10.	14	Середній рівень ригідності
11.	12	Середній рівень ригідності
12.	11	Середній рівень ригідності
13.	15	Високий рівень ригідності
14.	20	Високий рівень ригідності

15.	14	Середній рівень ригідності
16.	12	Середній рівень ригідності
17.	6	Низький рівень ригідності
18.	13	Середній рівень ригідності
19.	16	Високий рівень ригідності
20.	12	Середній рівень ригідності
21.	15	Високий рівень ригідності
22.	11	Середній рівень ригідності
23.	18	Високий рівень ригідності
24.	17	Високий рівень ригідності
25.	13	Середній рівень ригідності
26.	14	Середній рівень ригідності
27.	17	Високий рівень ригідності
28.	12	Середній рівень ригідності
29.	12	Середній рівень ригідності
30.	10	Середній рівень ригідності
31.	12	Середній рівень ригідності
32.	10	Середній рівень ригідності
33.	11	Середній рівень ригідності
34.	15	Високий рівень ригідності
35.	11	Середній рівень ригідності
36.	12	Середній рівень ригідності
37.	13	Середній рівень ригідності
38.	13	Середній рівень ригідності
39.	17	Високий рівень ригідності
40.	13	Середній рівень ригідності

Ригідність – це психологічна характеристика, що визначає ступінь гнучкості або стійкості мислення і поведінки. Високий рівень ригідності проявляється у складності адаптації до змін, дотриманні звичних схем, обережності у нових ситуаціях та упертості. Середній рівень ригідності характеризується певною гнучкістю, але із наявністю стійких звичок. Низький рівень ригідності свідчить про легкість адаптації, готовність до змін та відкритість до нового.

Аналіз показав, що у військових часто спостерігається підвищений рівень ригідності, що пов'язано зі специфікою їхньої діяльності. Висока ригідність формується через структуроване середовище, дисципліну та необхідність підтримувати порядок у стресових або небезпечних ситуаціях. Вона слугує адаптивним механізмом, який допомагає зменшувати хаос, підтримувати контроль і стабільність, а також захищає психіку від

надмірного емоційного навантаження. Водночас у цивільному контексті така стійкість може ускладнювати швидку адаптацію до змін та комунікацію.

Таблиця.2.14

**Статистичні показники рівня ригідності досліджуваних
військовослужбовців за методикою Г. Айзенка (питання 31–40)**

Показник	Значення
Кількість респондентів	40
Середнє арифметичне	13,1
Медіана	13
Мінімум	0
Максимум	20
Стандартне відхилення	4,0
Дисперсія	16,0
Мода	12

Детальний аналіз статистичних показників рівня ригідності

Середнє арифметичне значення ригідності становить 13,1 бала. Цей показник відображає середній рівень ригідності в групі. Тобто, якщо узагальнити всі індивідуальні результати респондентів і поділити їх на кількість учасників, то отримаємо середнє значення, яке характеризує загальний рівень гнучкості або впертості у поведінці військовослужбовців.

Медіана дорівнює 13. Це значення, яке ділить групу на дві рівні частини: половина респондентів має рівень ригідності нижче 13 балів, а інша половина – вище. Медіана дозволяє оцінити типовий рівень ригідності, не зважаючи на крайні значення, які можуть спотворювати середнє арифметичне.

Мінімальне значення ригідності серед учасників становить 0. Це означає, що в групі є військовослужбовець із максимально гнучкою поведінкою, який легко адаптується до нових умов і змін.

Максимальне значення ригідності – 20. Воно відображає наявність у групі респондента з дуже високою ригідністю, тобто з труднощами в адаптації до нововведень, зміни планів або нестандартних ситуацій.

Стандартне відхилення становить 4,0. Цей показник показує середнє відхилення індивідуальних результатів від середнього значення. Чим більший стандартний розкид, тим більше варіюються показники ригідності серед учасників. У даному випадку можна говорити про помірну різноманітність рівня ригідності в групі.

Дисперсія дорівнює 16,0 і є квадратом стандартного відхилення. Вона демонструє загальну варіативність даних у групі та свідчить про те, наскільки індивідуальні значення розходяться від середнього. Висока дисперсія вказує на значну відмінність між респондентами, низька – на їхню схожість.

Мода дорівнює 12. Це значення ригідності, яке зустрічається найчастіше серед респондентів, тобто є типовим для групи. Мода дозволяє визначити найбільш характерний рівень ригідності серед військовослужбовців.

Загалом, група характеризується переважно середньою ригідністю, що є типовою для військових: вони здатні діяти за планом і дисципліновано, але частина учасників може демонструвати високий рівень впертості або опір нововведенням. Це слід враховувати при організації навчання, адаптації до змін і психологічної підтримки.

Таблиця.2.15

**Розподіл рівня ригідності серед досліджуваних
військовослужбовців за методикою Г. Айзенка (питання 31–40)**

Рівень агресивності	Кількість респондентів	Відсоток %
Низька агресивність	3	7,5 %
Середня агресивність	26	65 %

Висока агресивність	11	27,5 %
Всього	40	100 %

Низький рівень ригідності 7,5% досить невелика частка військовослужбовців демонструє низьку ригідність, що свідчить про їхню гнучкість у поведінці, відсутність надмірної впертості та здатність швидко адаптуватися до змінних умов. Такі особи легше сприймають нові правила та нестандартні ситуації, що є важливою рисою для ефективної взаємодії в команді та швидкого реагування у стресових ситуаціях.

Середній рівень ригідності 65% дана категорія є домінуючою серед респондентів і характеризується помірною впертістю. Військові з середньою ригідністю здатні дотримуватися дисципліни та правил служби, одночасно зберігаючи можливість адаптації до нових обставин. Така збалансована поведінка сприяє ефективній роботі у колективі та підтримує внутрішню стабільність під час виконання службових завдань.

Високий рівень ригідності 27,5% приблизно чверть респондентів демонструє високу ригідність, що проявляється у значній впертості, небажанні змінювати усталені моделі поведінки та опорі до нововведень. Це може ускладнювати адаптацію у нестандартних ситуаціях, підвищувати ризик конфліктів та знижувати гнучкість прийняття рішень у стресових умовах служби. Для таких осіб доцільна робота психолога, спрямована на розвиток адаптивності та навичок конструктивного реагування на зміни.

Аналіз рівня ригідності серед досліджуваних військовослужбовців показав, що більшість мають середній рівень ригідності, що забезпечує баланс між дисципліною та здатністю адаптуватися до нових умов служби. Невелика частка військових демонструє низьку ригідність, що свідчить про їхню гнучкість та легкість у сприйнятті змін. Водночас близько чверті респондентів мають високий рівень ригідності, що може ускладнювати адаптацію до нестандартних або стресових умов. Для цієї групи доцільна

робота психологів, спрямована на розвиток гнучкості поведінки та навичок конструктивного реагування на зміни.

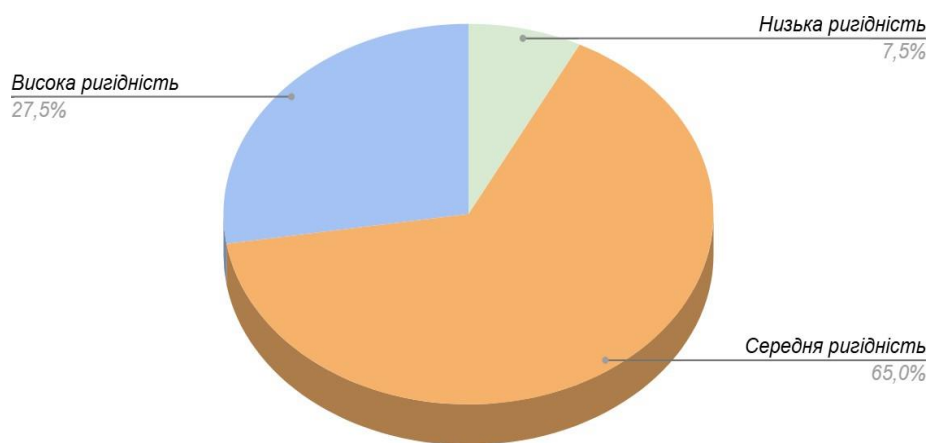


Рис. 2.5 Розподіл рівня ригідності серед досліджуваних

Серед досліджуваних військовослужбовців та дозволяє більш детально оцінити особливості їхньої поведінки в умовах змін та стресу.

Згідно з отриманими результатами, переважна більшість респондентів (65%) характеризуються середнім рівнем ригідності. Це свідчить про те, що військовослужбовці здатні поєднувати дотримання встановлених норм, правил і дисципліни з відносною гнучкістю у мисленні та поведінці. Вони можуть адаптуватися до нових умов, хоча цей процес може потребувати певного часу та внутрішніх зусиль. Такий рівень ригідності є функціонально доцільним у військовому середовищі, оскільки забезпечує стабільність дій та водночас дозволяє реагувати на зміну ситуації.

Високий рівень ригідності виявлено у 27,5% досліджуваних. Для цієї групи характерна виражена стійкість до змін, схильність до дотримання звичних способів дій, підвищена обережність та впертість. У складних або нестандартних умовах це може ускладнювати процес адаптації, знижувати ефективність прийняття рішень і впливати на міжособистісну взаємодію. Водночас у стабільних умовах така риса може сприяти надійності та послідовності виконання завдань.

Низький рівень ригідності зафіксовано лише у 7,5% респондентів. Це свідчить про високу гнучкість мислення, відкритість до нового досвіду та здатність швидко пристосовуватися до змін. Такі військовослужбовці легко змінюють стратегії поведінки відповідно до ситуації, що є важливим у динамічних та непередбачуваних умовах. Однак у деяких випадках надмірна гнучкість може супроводжуватися меншою стійкістю до дотримання чітких правил.

Таким чином, діаграма наочно демонструє, що у вибірці переважає середній рівень ригідності, який є найбільш адаптивним для військової діяльності. Отримані результати дозволяють зробити висновок про загалом достатній рівень адаптаційних можливостей військовослужбовців, проте наявність групи з високою ригідністю вказує на необхідність психологічної роботи, спрямованої на розвиток гнучкості мислення та поведінки в умовах змін і стресу.

Порівняльний аналіз психічних станів (за методикою Г. Айзенка)

Після аналізу окремих психічних станів (тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності) доцільно здійснити їх порівняльний аналіз, що дає змогу отримати цілісне уявлення про психоемоційний стан досліджуваних військовослужбовців. Такий підхід дозволяє не лише визначити рівень вираженості кожного стану окремо, але й встановити їх співвідношення між собою, виявити домінуючі та менш виражені психічні прояви.

Порівняльний аналіз сприяє виявленню провідних тенденцій у структурі психічних станів, що є важливим для розуміння особливостей емоційного реагування особистості в умовах стресу та підвищеного навантаження. Зокрема, він дозволяє визначити, які саме стани найбільше впливають на поведінку, ефективність діяльності та процес адаптації військовослужбовців.

Крім того, встановлення відносної значущості кожного психічного стану дає можливість більш обґрунтовано оцінити загальний рівень психологічної напруженості в групі та визначити потенційні зони ризику. Це, у свою чергу, є підґрунтям для подальшого планування психодіагностичних, профілактичних і корекційних заходів, спрямованих на оптимізацію психоемоційного стану військовослужбовців.

Таблиця 2.16

**Результати кореляційного аналізу між рівнем тривожності та фрустрації
(за методом рангової кореляції Спірмена)**

Показник	Значення
Кількість респондентів (n)	40
Сума рангів (тривожність)	770,5
Сума рангів (фрустрація)	819
Сума квадратів різниць рангів (Σd^2)	5018
Коефіцієнт кореляції Спірмена (r_s)	0,529
Сила зв'язку	Помірний
Напрямок зв'язку	Прямий

Для виявлення взаємозв'язку між рівнем тривожності та фрустрації було застосовано метод рангової кореляції Спірмена. Даний метод дозволяє визначити ступінь і напрям зв'язку між двома змінними на основі їх рангових значень.

Отримане значення коефіцієнта кореляції $r_s = 0,529$ свідчить про наявність помірного прямого зв'язку між досліджуваними показниками. Це означає, що зі зростанням рівня тривожності у військовослужбовців спостерігається тенденція до підвищення рівня фрустрації. Такий результат вказує на взаємозалежність емоційних станів: підвищена тривожність може

сприяти виникненню відчуття напруження, незадоволеності та труднощів у досягненні цілей, що є характерними ознаками фрустрації.

Отримані результати кореляційного аналізу свідчать про наявність статистично значущого помірною прямого зв'язку між рівнем тривожності та фрустрації у досліджуваних військовослужбовців. Це означає, що підвищення тривожності супроводжується тенденцією до зростання фрустраційних реакцій.

Виявлений зв'язок вказує на спільність механізмів формування даних психічних станів, зокрема їх залежність від впливу стресових факторів службової діяльності. Підвищена тривожність може знижувати стресостійкість та ускладнювати ефективне подолання труднощів, що, у свою чергу, сприяє виникненню фрустрації. Таким чином, результати дослідження підкреслюють необхідність врахування взаємозв'язку тривожності та фрустрації при проведенні психологічної діагностики та розробці корекційних програм, спрямованих на підвищення адаптивних можливостей військовослужбовців.

Таблиця 2.18

Ранговий кореляційний аналіз зв'язку між фрустрацією та агресивністю у досліджуваних військовослужбовців (за методом Ч. Спірмена)

Показник	Значення
Кількість респондентів (n)	40
Сума рангів (агресивність)	820
Сума рангів (фрустрація)	819
Сума квадратів різниць рангів (Σd^2)	17728,5
Коефіцієнт кореляції Спірмена (r_s)	-0,66
Сила зв'язку	Помірний

Напрямок зв'язку	Негативний
------------------	------------

Ранговий кореляційний аналіз взаємозв'язку між рівнями фрустрації та агресивності серед досліджуваних військовослужбовців проводився за методом Спірмена на вибірці з 40 респондентів. Для кожного учасника визначалися ранги рівня фрустрації та агресивності, після чого обчислювалася різниця між рангами (d) та квадрат цих різниць (d^2). Сума квадратів різниць рангів ($\sum d^2$) становила 17 728,5, що відображає ступінь розбіжності між індивідуальними показниками фрустрації та агресивності.

Сума рангів для фрустрації склала 819, а для агресивності – 820, що свідчить про приблизно рівномірний розподіл рангів у групі. Використання цих даних у формулі рангової кореляції Спірмена дозволило визначити коефіцієнт кореляції $\rho_s = -0,66$. Отримане значення вказує на наявність помірного негативного зв'язку між фрустрацією та агресивністю.

Негативний напрям цього зв'язку свідчить про те, що у досліджуваних військовослужбовців зі збільшенням рівня фрустрації рівень агресивності має тенденцію до зниження. Тобто ті респонденти, які відчують високу внутрішню емоційну напругу, проявляють більшу здатність контролювати зовнішні прояви агресії. Це може бути пов'язано з психологічними та соціальними механізмами стримування агресивної поведінки в умовах дисциплінованого та структурованого військового середовища.

Помірна сила зв'язку вказує на те, що хоча негативна кореляція є достовірною, існують інші фактори, що впливають на рівень агресивності. Це дозволяє зробити висновок, що агресивна поведінка у військових не обов'язково зростає при підвищеній фрустрації, а скоріше контролюється або компенсується іншими психоемоційними механізмами.

Отже, аналіз рангової кореляції між фрустрацією та агресивністю демонструє, що високий рівень емоційної напруги у військовослужбовців не спричиняє зростання агресії, що має важливе значення для практичної

психологічної підтримки та розробки програм адаптації у стресових умовах служби.

Таблиця 2.19

Ранговий кореляційний аналіз зв'язку між тривожністю та агресивністю у військовослужбовців (за методом Спірмена)

Показник	Значення
Кількість респондентів (n)	40
Сума рангів (агресивність)	819
Сума рангів (тривожність)	770,5
Сума квадратів різниць рангів (Σd^2)	14 412
Коефіцієнт кореляції Спірмена (r_s)	-0,35
Сила зв'язку	Слабкий -помірний
Напрямок зв'язку	Негативний

Ранговий кореляційний аналіз показав наявність слабого до помірного негативного зв'язку між рівнями тривожності та агресивності серед досліджуваних військовослужбовців ($r_s \approx -0,35$). Це означає, що у тих респондентів, які мають вищий рівень тривожності, спостерігається тенденція до дещо зниженої агресивності.

Сума рангів тривожності становила 770,5, а сума рангів агресивності – 820, що свідчить про приблизно рівномірний розподіл рангових значень у групі. Сума квадратів різниць рангів ($\Sigma d^2 = 14\,412$) демонструє варіативність індивідуальних проявів тривожності та агресивності.

Негативний напрям кореляції може свідчити про те, що високий рівень внутрішньої тривожності стримує зовнішні прояви агресивної поведінки, можливо, через самоконтроль або соціально-психологічні норми, притаманні військовому середовищу. Слабка сила зв'язку також вказує на те, що на

агресивність впливають й інші фактори, окрім тривожності, наприклад рівень фрустрації, ригідності та дисципліна.

Аналіз показує, що тривожність не є прямим тригером агресивної поведінки серед військовослужбовців. Навпаки, підвищена тривожність може сприяти стримуванню агресивних реакцій, що важливо враховувати при психологічній підтримці та розробці адаптаційних програм для військових у стресових умовах.

Таблиця 2.20

Ранговий кореляційний аналіз зв'язку між тривожністю та ригідністю у військовослужбовців (за методом Спірмена)

Показник	Значення
Кількість респондентів (n)	40
Сума рангів (тривожність)	770,5
Сума рангів (ригідність)	731
Сума квадратів різниць рангів (Σd^2)	10 939,25
Коефіцієнт кореляції Спірмена (r_s)	-0,03
Сила зв'язку	Дуже слабкий
Напрямок зв'язку	Негативний

Ранговий кореляційний аналіз показав, що між рівнем тривожності та ригідності у досліджуваних військовослужбовців практично немає суттєвого зв'язку ($r_s \approx -0,03$).

Сума рангів тривожності становила 770,5, а ригідності – 731. Сума квадратів різниць рангів ($\Sigma d^2 = 10\,939,25$) відображає значну варіативність індивідуальних показників між цими двома психічними станами.

Негативний напрям коефіцієнта свідчить про тенденцію до зменшення ригідності при зростанні тривожності, проте сила зв'язку настільки слабка, що її практичне значення можна вважати неістотним. Це означає, що рівень

тривожності не впливає значущим чином на ригідність серед військовослужбовців у вибірці.

Результати показують, що тривожність і ригідність у досліджуваній групі є незалежними характеристиками. Психологічні інтервенції, спрямовані на зниження тривожності, навряд чи автоматично вплинуть на гнучкість або стійкість мислення. Це підкреслює необхідність окремого оцінювання та корекції цих психічних станів під час психологічної роботи з військовими.

Таблиця 2.21

**Узагальнені результати рангової кореляції між психічними станами
військовослужбовців (метод Спірмена)**

Показники	Кіль- кість	Сума рангів I змінної	Сума рангів II змінної	Σd^2	Коефіцієнт кореляції Спірмена (r_s)	Сила зв'язку	Напря- м зв'язку
Фрустра- ція – Агресивніс- ть	40	770,5	819	5018	0,529	Помірний	Помірний
Фрустра- ція – Агресивніс- ть	40	819	820	17728,5	-0,66	Помірний	Помірний
Тривож- ність – Агресивніс- ть	40	770,5	819	14412	-0,35	Слабкий– Помірні	Негативний
Тривож- ність – Ригідність	40	770,5	731	10939,25	-0,03	Дуже слабкий	Негативний

Таблиця 6.4 відображає узагальнені результати рангової кореляції між психічними станами військовослужбовців за методом Спірмена. Аналіз проведено на вибірці з 40 респондентів і охоплює взаємозв'язки між тривожністю, фрустрацією, агресивністю та ригідністю. Перший показник – кореляція між фрустрацією та агресивністю – має коефіцієнт r_s 0,529, що

свідчить про наявність помірного прямого зв'язку. Це означає, що зі збільшенням рівня фрустрації спостерігається тенденція до підвищення проявів агресивної поведінки, що відображає взаємозалежність цих психічних станів. Другий показник фрустрації та агресивності показав $r_s = 0,66$, що свідчить про помірний негативний зв'язок. У цьому випадку зі зростанням фрустрації рівень зовнішніх проявів агресії зменшується, що вказує на здатність військовослужбовців контролювати емоційні реакції в умовах стресу. Кореляція між тривожністю та агресивністю $r_s = -0,35$ демонструє слабкий до помірного негативний зв'язок, тобто підвищений рівень тривожності частково стримує прояви агресії. Це може бути пов'язано з самоконтролем та дотриманням соціально-психологічних норм у військовому середовищі. Аналіз взаємозв'язку між тривожністю та ригідністю показав практично відсутній зв'язок ($r_s = -0,03$), що свідчить про те, що рівень тривожності не впливає на гнучкість мислення та стійкість психічних процесів.

Загалом результати демонструють, що найбільш помітний взаємозв'язок спостерігається між фрустрацією та агресивністю, тоді як тривожність має слабший або незначущий вплив на інші психічні стани. Це підкреслює необхідність комплексної оцінки психічних характеристик військовослужбовців та використання індивідуалізованих підходів у психологічній підтримці та тренінгах з розвитку емоційного самоконтролю.

Висновок до розділу 2.3

У межах емпіричного дослідження психоемоційного стану військовослужбовців було здійснено комплексний аналіз результатів, отриманих за допомогою методики самооцінки психічних станів Г. Айзенка (адаптований варіант), що включає оцінку чотирьох основних показників: тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності. Також було проведено статистичну обробку даних, їх інтерпретацію, а також кореляційний аналіз взаємозв'язків між досліджуваними психічними станами.

Аналіз рівня тривожності (Таблиці 2.4–2.6, Рис. 2.2) показав, що у вибірці з 40 військовослужбовців переважає середній рівень тривожності (52,5%), тоді як високий рівень виявлено у 37,5% респондентів, а низький – лише у 10%. Статистичні показники (середнє арифметичне 13,1; медіана 14; мода 14) підтверджують домінування середнього рівня психоемоційного напруження. Це свідчить про наявність у більшості досліджуваних помірного внутрішнього стресу, зумовленого специфікою військової служби та впливом травматичних подій.

Аналіз фрустрації (Таблиці 2.7–2.9, Рис. 2.3) засвідчив, що найбільша частка респондентів має середній рівень фрустрації (37,5%), що проявляється у періодичному емоційному напруженні та труднощах у подоланні перешкод.

Водночас 35% військовослужбовців характеризуються високим рівнем самооцінки та низькою фрустраційною чутливістю, тоді як 27,5% мають занижену самооцінку та підвищену емоційну вразливість. Середнє значення (10,63 бала) та медіана (10,5 бала) вказують на загалом помірний рівень фрустрації у групі, а значне стандартне відхилення (5,0) свідчить про індивідуальну варіативність показників.

Дослідження агресивності (Таблиці 2.10–2.12, Рис. 2.4) показало, що більшість респондентів (55%) мають середній рівень агресивності, що є адаптивним показником і свідчить про здатність до емоційного самоконтролю. Низький і високий рівні агресивності представлені однаковими частками (по 22,5%). Статистичні показники (середнє 1,23; медіана 1,25; мода 1) підтверджують помірний характер агресивних проявів у вибірці та відносну однорідність групи за цим показником.

Аналіз ригідності (Таблиці 2.13–2.15, Рис. 2.5) засвідчив, що переважає середній рівень ригідності (65%), що є характерним для військового середовища, де важливими є дисципліна, структурованість та дотримання правил. Високий рівень ригідності спостерігається у 27,5% респондентів, що може ускладнювати адаптацію до змін, тоді як низький рівень (7,5%)

свідчить про наявність гнучких та легко адаптивних осіб. Середнє значення (13,1) та медіана (13) підтверджують загальний середній рівень ригідності у групі.

Окремо проведений порівняльний аналіз психічних станів дозволив виявити їх взаємозв'язки. Згідно з результатами кореляційного аналізу Спірмена (Таблиці 2.16–2.21), встановлено:

1. Тривожністю та фрустрацією існує помірний прямий зв'язок ($r_s = 0,529$), що означає взаємне підсилення цих станів;
2. Фрустрацією та агресивністю виявлено помірний негативний зв'язок ($r_s = -0,66$), що свідчить про ймовірне внутрішнє стримування агресії при зростанні фрустрації;
3. Тривожністю та агресивністю зафіксовано слабкий негативний зв'язок ($r_s = -0,35$), що вказує на часткове зниження агресивних проявів при підвищенні тривожності;
4. Тривожністю та ригідністю виявлено дуже слабкий зв'язок ($r_s = -0,03$), що свідчить про відсутність суттєвої залежності між цими змінними.

Узагальнені результати (Таблиця 2.21) показують, що найбільш значущим є взаємозв'язок між фрустрацією та агресивністю, тоді як інші психічні стани мають слабші або несуттєві кореляційні зв'язки.

Отже, результати емпіричного дослідження свідчать про те, що психоемоційний стан військовослужбовців характеризується переважно середніми рівнями тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності, що загалом вказує на помірний рівень психологічного напруження. Водночас наявність значної частки осіб із високими показниками окремих психічних станів підкреслює необхідність індивідуалізованого психологічного супроводу.

Також встановлені взаємозв'язки між психічними станами підтверджують складну структуру емоційного реагування військовослужбовців в умовах стресу та бойового досвіду. Це свідчить про доцільність комплексного

підходу до психодіагностики, профілактики та психологічної корекції, спрямованої на зниження рівня деструктивних емоційних проявів і підвищення адаптаційних можливостей особистості.

2.4 Аналіз результатів дослідження

Методика діагностики посттравматичних симптомів PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5)

Методика PCL-5 застосовується для скринінгу посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та оцінки ступеня вираженості його симптомів. Вона спрямована на виявлення інтенсивності таких психічних станів, як інтрузія, уникнення, негативні думки та емоції, а також підвищена реактивність. Ці симптоми визначають психологічний стан людини після травматичних подій і впливають на її адаптацію, емоційне самопочуття та функціонування у повсякденному житті.

Методика дозволяє оцінити рівень вираженості симптомів ПТСР та визначити, чи відповідає стан пацієнта критеріям клінічно значущого розладу.

Інструкція для досліджуваних.

Досліджуваному пропонується, тримаючи у пам'яті найгіршу пережиту травматичну подію, уважно прочитати перелік симптомів та відмітити, наскільки вони турбували його протягом останнього місяця.

Опитувальник містить 20 питань, кожне оцінюється від 0 до 4 балів залежно від вираженості симптому. Питання розподілені за кластерами симптомів згідно з DSM-5:

1. **Критерій А** – опис травматичної події;
2. **Критерій В, симптоми інтрузії** – питання 1–5;
3. **Критерій С, симптоми уникнення** – питання 6–7;

4. **Критерій D, негативні думки та емоції** – питання 8–14;

5. **Критерій E, симптоми надмірної реактивності** – питання 15–20.

Мінімально можливий бал – 0, максимально – 80. Для постановки ПТСР наявність експозиції до травматичної події є обов'язковою.

Обробка та інтерпретація результатів.

1. **Підрахунок по кластерах симптомів:** досліджуваний відповідає на ≥ 2 бали хоча б за одним запитанням критеріїв В та С, а також на ≥ 2 бали щонайменше за двома запитаннями критеріїв D та E.

2. **Підрахунок загальної кількості балів:** клінічно значущим вважається сумарний бал ≥ 33 .

Таблиця 2.22

Розподіл респондентів за за методикою PCL-5 серед респондентів

№	Сума балів	Рівень прояву ПТСР
1.	0	Не виявлено
2.	13	Не виявлено
3.	51	Виявлено
4.	36	Виявлено
5.	39	Виявлено
6.	7	Не виявлено
7.	0	Не виявлено
8.	20	Не виявлено
9.	53	Виявлено
10.	12	Не виявлено
11.	70	Виявлено
12.	70	Виявлено
13.	44	Виявлено
14.	58	Виявлено
15.	62	Виявлено
16.	18	Не виявлено
17.	22	Не виявлено
18.	56	Виявлено
19.	26	Не виявлено
20.	41	Виявлено
21.	38	Виявлено
22.	54	Виявлено
23.	57	Виявлено
24.	49	Виявлено

25.	57	Виявлено
26.	67	Виявлено
27.	55	Виявлено
28.	64	Виявлено
29.	60	Виявлено
30.	62	Виявлено
31.	68	Виявлено
32.	46	Виявлено
33.	63	Виявлено
34.	69	Виявлено
35.	53	Виявлено
36.	58	Виявлено
37.	60	Виявлено
38.	56	Виявлено
39.	59	Виявлено
40.	49	Виявлено

Результати опитування показують, що більшість учасників групи зараз переживають дуже складний період. Із 40 опитаних людей у більшій частині підтвердилися симптоми сильного стресу (ПТСР). Це означає, що пережите минуле досі не дає їм спокою: вони часто згадують погані події проти своєї волі, намагаються уникати розмов про це і постійно почуваються напруженими або роздратованими. У багатьох з'явилися похмурі думки, зникла радість, а тривога заважає нормально спати чи спілкуватися з іншими. Хоча в групі є й ті, хто почувається краще і чиї показники в нормі, загальна картина каже про одне: більшості цих людей зараз справді важко, і їм потрібна підтримка або допомога спеціаліста, щоб повернутися до нормального життя.

Аналіз результатів, поданих у **таблиці А.1 (див. додаток А)**, дає можливість детально розглянути особливості прояву симптомів посттравматичного стресового розладу у досліджуваних. Оцінювання проводилося за кластерною моделлю методики PCL-5, яка ґрунтується на діагностичних критеріях DSM-5. Такий підхід є важливим, оскільки дозволяє не лише визначити загальний рівень вираженості симптомів, але й з'ясувати, які саме прояви домінують і яким чином вони поєднуються між собою.

Передусім слід зазначити, що у значної частини респондентів виявлено симптоми за всіма п'ятьма кластерами (А–Е), що свідчить про повний спектр проявів ПТСР. Це означає, що досліджувані одночасно переживають нав'язливі спогади про травматичну подію, прагнуть уникати стимулів, пов'язаних із нею, демонструють наявність негативних когнітивних установок та емоційних станів, а також перебувають у стані підвищеного психоемоційного напруження.

У таких випадках доцільно говорити про системний вплив травматичного досвіду на психіку особистості, оскільки він охоплює одразу кілька сфер функціонування — емоційну, когнітивну та поведінкову.

Особливо важливим є поєднання симптомів інтрузії (кластер В) та підвищеної реактивності (кластер Е). Це означає, що людина не тільки постійно повертається думками до травматичної події, але й фізіологічно перебуває у стані напруги. Вона може легко дратуватися, мати проблеми зі сном, відчувати тривожність або постійну настороженість. Такий стан часто свідчить про те, що травматичний досвід не був повністю “перероблений” і продовжує впливати на людину.

Якщо розглядати кластери окремо, то можна побачити, що одним із найпоширеніших є кластер інтрузії (В). Це означає, що більшість респондентів продовжують переживати травматичну подію у вигляді нав'язливих спогадів, снів або емоційних реакцій. Фактично, людина ніби “повертається” до цієї події знову і знову, навіть якщо цього не хоче.

Кластер уникнення (С) у частини респондентів виражений слабше або взагалі відсутній. Це означає, що деякі люди не намагаються уникати спогадів чи ситуацій, пов'язаних із травмою. З одного боку, це може свідчити про певну відкритість до переживання досвіду, але з іншого — це може ускладнювати стан, оскільки людина постійно стикається з тим, що її травмує.

Кластер негативних думок та емоцій (D) показує, наскільки глибоко травма вплинула на внутрішній світ людини. У більшості респондентів цей

кластер присутній, що означає наявність негативних переконань про себе або світ, почуття провини, відчуження або емоційного виснаження. Це вже не просто реакція на подію, а більш глибокі зміни у сприйнятті реальності.

Кластер підвищеної реактивності (Е) також широко представлений. Його проявами є дратівливість, підвищена настороженість, труднощі зі сном та концентрацією уваги. Це свідчить про те, що організм постійно перебуває у стані напруження, ніби очікуючи небезпеки. Такий стан виснажує людину і може негативно впливати на її повсякденне життя.

Окремо варто звернути увагу на респондентів із частковою кластерною відповідністю. У них присутні лише деякі симптоми, але не всі. Наприклад, можуть бути інтрузії та напруга, але відсутні уникнення або глибокі негативні переконання. Це можна розглядати як проміжний стан — коли розлад ще не сформувався повністю або має легший характер.

Також у вибірці є респонденти із субклінічними проявами. У них спостерігаються лише окремі симптоми, які не досягають рівня, необхідного для встановлення ПТСР. Це може свідчити про часткову адаптацію до травматичного досвіду або про менший рівень його впливу.

Крім того, є респонденти, у яких симптоми ПТСР взагалі не виявлені. Це означає, що травматичні події або не мали значного впливу, або людина змогла ефективно з ними впоратися. У таких випадках важливу роль можуть відігравати психологічна стійкість, підтримка з боку оточення та індивідуальні способи подолання стресу.

Отже, проведений аналіз показує, що реакція на травматичні події у людей є різною. Для детальнішого розуміння характеру та структури проявів посттравматичних симптомів було здійснено кількісний кластерний аналіз за методикою PCL-5. Результати цього аналізу відображають розподіл респондентів за основними кластерами симптомів ПТСР і наведені у таблиці 2.23.

Таблиця 2.23

**Розподіл респондентів за кластерами симптомів ПТСР
за методикою PCL-5**

Кластер	К-ть респондентів (+)	К-ть респондентів (-)	Відсоток %
А (опис травматичної події)	37	3	92,5 %
В (симптоми інтрузії)	34	6	85,0 %
С (симптоми уникнення)	31	9	77,5 %
Д (негативні когніції та емоції)	29	11	72,5 %
Е (підвищена реактивність)	32	8	80,0 %

Аналіз даних, наведений у таблиці, показує розподіл респондентів за кластерами симптомів ПТСР за методикою PCL-5. Кластер **А** (опис травматичної події) виявився найпоширенішим, позитивні показники спостерігаються у 37 осіб, що складає 92,5 %. Кластер **В** (симптоми інтрузії) також проявляється у більшості респондентів — 34 особи (85,0 %). Симптоми уникнення (**С**) відзначаються у 31 респондента (77,5 %), негативні когніції та емоції (**Д**) — у 29 осіб (72,5 %), а підвищена реактивність (**Е**) — у 32 респондентів (80,0 %).

Ці дані свідчать про те, що більшість учасників дослідження демонструють наявність симптомів ПТСР, при цьому різні кластери проявляються у різній мірі. Найбільш виражені симптоми пов'язані з інтрузіями та описом травматичної події, тоді як уникання та негативні когніції проявляються трохи менше.

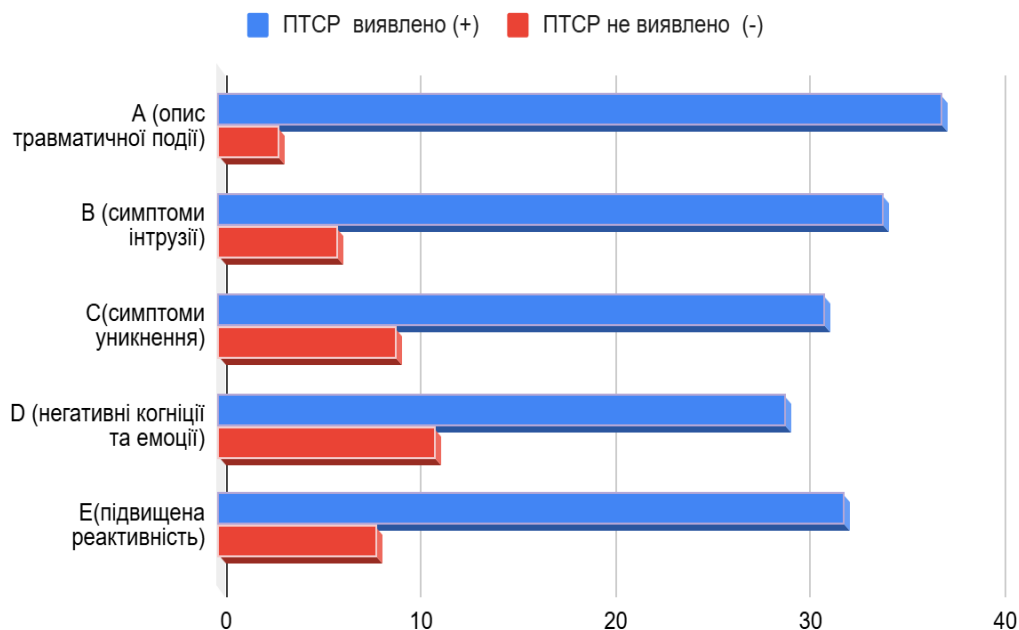


Рисунок 2.6 Діаграма ілюструє розподіл респондентів за кластерами симптомів ПТСР за методикою PCL-5, показуючи частку осіб із наявністю (+) та відсутністю (-) симптомів у кожному кластері.

А – Опис травматичної події

Цей кластер відображає, наскільки респондент усвідомлює та пам'ятає саму травматичну подію: обставини, що її супроводжували, та емоційний контекст. Високий показник (37 респондентів, 92,5 %) свідчить про те, що більшість учасників здатні чітко пригадати травму, що може бути необхідним для подальшого опрацювання події у психологічній допомозі. У тих, хто не проявив симптомів, можлива відсутність інтенсивного переживання або ефективне психологічне відсторонення.

В – Симптоми інтрузії

Симптоми інтрузії включають повторні нав'язливі спогади про травму, нічні кошмари, інтенсивні емоційні реакції при згадуванні події. У вибірці вони виявлені у 34 респондентів (85 %). Це означає, що у більшості учасників травматичний досвід активно зберігається у свідомості, що підвищує рівень психологічного стресу і може підтримувати симптоматику ПТСР.

С – Симптоми уникнення

Проявляються у спробах уникнути будь-яких спогадів, думок або ситуацій, які нагадують про травму. 31 респондент (77,5 %) демонструє ці симптоми, що вказує на сформовані поведінкові стратегії захисту від неприємних переживань. Водночас частина респондентів не проявила уникання, що може свідчити про недостатню психологічну адаптацію або високий рівень внутрішнього напруження через прямий контакт із травмуючими тригерами.

Д – Негативні когніції та емоції

Цей кластер включає стійкі негативні переконання про себе, інших або світ у цілому, почуття провини, сорому, відчуженості, а також зниження емоційного фону. 29 респондентів (72,5 %) мають ці прояви. Це вказує на глибокі зміни у внутрішньому сприйнятті та мисленні, які можуть підтримувати хронічний стрес та ускладнювати соціальну та психологічну адаптацію.

Е – Підвищена реактивність

Проявляється у дратівливості, гіпернастороженості, труднощах із концентрацією, реактивних спалахах гніву та порушеннях сну. 32 респонденти (80 %) мають ці симптоми, що демонструє, що їхній організм перебуває у постійному стані напруження. Це може призводити до фізіологічної втоми, зниження ефективності діяльності та посилювати загальний психологічний дискомфорт.

Розподіл симптомів у кластерах показує, що більшість учасників дослідження демонструють ПТСР із різним рівнем прояву. Найчастіше зустрічаються симптоми інтрузії та усвідомлення травматичної події, тоді як уникання та негативні когніції менш виражені. Підвищена реактивність також відзначена у більшості респондентів, що вказує на тривале психофізіологічне напруження.

Таблиця 2.24

Статистичні показники сум балів респондентів за методикою PCL-5

Показник	Значення
Кількість респондентів	40
Середнє арифметичне	46,1
Медіана	53
Мінімум	0
Максимум	70
Стандартне відхилення	15,4
Дисперсія	15,4
Мода	1

У дослідженні брали участь 40 респондентів, яким пропонувалося оцінити прояви симптомів посттравматичного стресового розладу за методикою PCL-5. Кожен респондент отримував бали за 20 пунктами опитувальника, які відображають різні аспекти ПТСР, такі як повторювані неприємні спогади, страхи, уникання тригерів, негативні думки та емоції, підвищену реактивність та труднощі з концентрацією.

Сума балів кожного учасника показує загальний рівень проявів симптомів ПТСР. У вибірці отримані результати коливалися від 0 до 70 балів. Це означає, що серед респондентів є ті, у кого симптоми зовсім не проявлялися, і ті, у кого вони були досить виражені.

Середнє арифметичне значення становить 46,1 бала. Це середній показник по всій групі, який допомагає оцінити загальну інтенсивність симптомів у вибірці. Середній бал показує, що в більшості учасників спостерігалися помірні прояви ПТСР, хоча окремі особи мали дуже високі або дуже низькі бали.

Медіана становить 53 бали. Це середнє значення посередині списку всіх результатів: половина респондентів мала суму балів вище 53, а половина –

нижче. Медіана дозволяє зрозуміти, що у вибірці є значна частка учасників із високими показниками проявів ПТСР.

Мінімум – 0 балів – це показує, що були респонденти, у яких симптоми ПТСР взагалі не проявлялися.

Максимум – 70 балів – це вказує на наявність осіб із дуже вираженими проявами ПТСР, тобто з високим рівнем стресових симптомів.

Стандартне відхилення – 15,4. Це показник, який відображає, наскільки сильно розкидані результати респондентів навколо середнього. Велике стандартне відхилення говорить про те, що в групі є значні відмінності між учасниками: деякі майже не відчують симптомів, а інші відчують їх дуже інтенсивно.

Дисперсія (15,4) – це квадрат стандартного відхилення, який також показує, наскільки різняться результати між собою. Чим більша дисперсія, тим більша варіативність проявів симптомів у групі.

Мода – 1 бал. Це значення, яке найчастіше зустрічається серед усіх результатів. У нашій вибірці найчастіше спостерігається дуже низька кількість проявів симптомів, тобто деякі респонденти мали лише поодинокі симптоми.

Отже, загальна статистична картина показує, що в групі респондентів є як особи без жодних симптомів, так і респонденти з дуже вираженими проявами ПТСР. Більшість учасників знаходяться в помірному діапазоні проявів симптомів, але окремі значно відрізняються від середнього, що свідчить про необхідність індивідуального підходу до психологічної підтримки та можливих інтервенцій для тих, хто пережив травматичні події.

Загалом, ці статистичні показники дозволяють оцінити поширеність і інтенсивність ПТСР у вибірці, а також визначити, що симптоми проявляються у різних респондентів по-різному – від зовсім незначних до високих рівнів.

Таблиця 2.25

Розподіл рівня проявів симптомів ПТСР за шкалою PCL-5 серед респондентів.

Рівень проявів симптомів	Межі балів (сума PCL-5)	Кількість респондентів	Відсоток (%)
Не виявлено / дуже низькі	0–12	6	15%
Низькі прояви	13–31	5	12,5%
Середні прояви	32–51	9	22,5%
Високі прояви	52–70	20	50%

За результатами дослідження 40 респондентів були оцінені за допомогою методики PCL-5 для визначення інтенсивності проявів симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Оцінка здійснювалася шляхом підсумовування балів за 20 пунктами опитувальника, де максимальна сума балів може досягати 70.

Відповідно до рекомендацій методики, були визначені чотири рівні прояву симптомів:

Не виявлено / дуже низькі прояви (0–12 балів)

Цей рівень свідчить про практично відсутні ознаки ПТСР або мінімальну вираженість симптомів. До цієї категорії потрапили 6 респондентів, що становить 15% вибірки. Вони не демонструють інтрузій, уникання, негативних когніцій чи підвищеної реактивності у значущому обсязі. Така низька оцінка може вказувати на відсутність травматичного досвіду або ефективне психологічне копінування.

Низькі прояви симптомів (13–31 балів)

Цей рівень відображає наявність слабо виражених симптомів ПТСР, які не суттєво впливають на повсякденне функціонування респондента. До цієї категорії потрапили 5 осіб (12,5% вибірки). Респонденти могли іноді відчувати тривогу, пригнічений настрій або уникати певних тригерів, проте ці прояви були епізодичними та незначними.

Середні прояви симптомів (32–51 балів)

Середні рівні характеризуються стабільною наявністю симптомів ПТСР з помірною інтенсивністю. 9 респондентів (22,5% вибірки) віднесені до цієї групи. У них спостерігаються помітні інтрузії (напр., небажані спогади або кошмари), емоційні порушення (страх, провина, тривога) та певні прояви уникання або підвищеної реактивності. Цей рівень потребує уваги спеціаліста для підтримки або профілактичних психологічних заходів.

Високі прояви симптомів (52–70 балів)

Високий рівень проявів ПТСР відображає стійкі та інтенсивні симптоми, що значно впливають на повсякденне функціонування. 20 респондентів (50% вибірки) належать до цієї категорії. Вони демонструють виражені інтрузії, сильні емоційні реакції, уникання стимулів, що нагадують про травму, а також підвищену збудливість або гіперреактивність. Такий рівень свідчить про необхідність професійного психологічного або психотерапевтичного втручання для стабілізації стану та зниження ризику розвитку хронічних порушень.

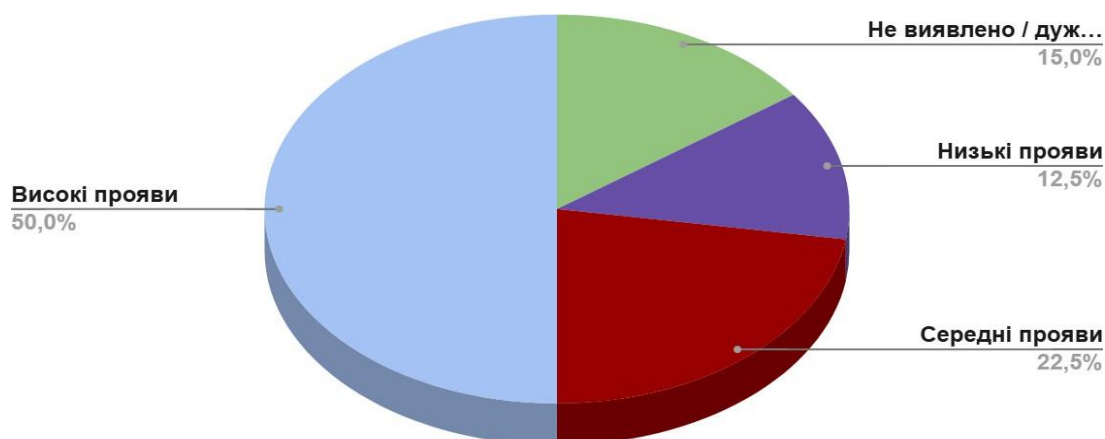
Аналіз результатів за шкалою PCL-5 показує, що серед 40 респондентів спостерігається різний рівень проявів симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Половина учасників дослідження, тобто 20 осіб (50%), віднесені до групи з високими проявами симптомів. Це означає, що у цих людей часто виникають небажані спогади та кошмари, емоційна напруженість, тривога, сильні емоційні реакції та уникання ситуацій або стимулів, що нагадують про травматичний досвід. Такий стан може суттєво впливати на повсякденне життя і потребує професійної психологічної або психотерапевтичної підтримки.

Дев'ять респондентів (22,5%) мають середні прояви симптомів. Для них характерні періодичні інтрузії, помірна тривога, емоційні коливання та часткове уникання тригерів. Ці прояви не є постійними, але можуть заважати нормальному функціонуванню і свідчать про потребу в психологічній підтримці або профілактичних заходах для запобігання поглибленню симптомів.

П'ять респондентів (12,5%) показали низький рівень проявів симптомів ПТСР. Вони іноді відчувають тривогу або неприємні спогади, проте ці прояви незначні і не впливають суттєво на повсякденне життя.

Шість осіб (15%) практично не мають симптомів ПТСР, тобто у них відсутні інтрузії, уникання, підвищена емоційна реактивність або інші характерні ознаки. Це свідчить про відсутність або мінімальну інтенсивність травматичного досвіду.

У загальному підсумку, більшість респондентів мають помітні або високі прояви симптомів ПТСР, що підкреслює значну поширеність травматичного досвіду серед учасників дослідження. Менша частина респондентів демонструє середні або низькі прояви, а невелика група практично не має симптомів. Ці дані свідчать про необхідність цілеспрямованого психологічного спостереження, підтримки та інтервенцій, особливо для осіб із помірними та високими проявами ПТСР, щоб запобігти розвитку хронічних проблем та покращити їхню якість життя.



**Рис. 2.7 Розподіл проявів симптомів ПТСР
за шкалою PCL-5 у вибірці**

Найбільша частина учасників, а саме половина (50%), має високий рівень симптомів. Це означає, що у цих людей помітні сильні симптоми: часто повторюються тривожні або болючі спогади, кошмари, страхи, вони

намагаються уникати ситуацій, що нагадують про травму, а також можуть бути підвищено збуджені або нервові. Ці респонденти потребують професійної психологічної або психотерапевтичної допомоги.

Ще одна група, 22,5% респондентів, має середній рівень проявів симптомів. Їхні симптоми помітні, але не настільки сильні. Люди відчують певну тривогу, небажані спогади чи емоційні труднощі, проте це ще не заважає їм повністю функціонувати щодня. Ця група може потребувати психологічної підтримки або профілактичних заходів.

Менша група, 12,5% респондентів, демонструє низькі прояви симптомів. Симптоми у них з'являються рідко і слабо, практично не впливають на повсякденне життя.

Найменша частина учасників, 15%, практично не має симптомів. Вони не відчують інтрузій, уникання або сильних емоційних реакцій і не потребують спеціальної допомоги.

Отже, діаграма чітко показує, що більшість респондентів мають помітні симптоми ПТСР і потребують уваги та підтримки. Менші групи мають слабкі або середні прояви, а дуже невелика частина практично не демонструє симптомів. Такий розподіл допомагає зрозуміти, скільки людей потребують психологічної допомоги, і дозволяє наочно побачити співвідношення різних рівнів проявів ПТСР у вибірці.

Висновок до підрозділу 2.4

Проведений аналіз результатів дослідження за методикою PCL-5 дозволив комплексно оцінити рівень вираженості посттравматичних симптомів у респондентів, а також визначити їх структуру відповідно до кластерної моделі DSM-5. Отримані дані свідчать про значну поширеність проявів посттравматичного стресового розладу серед досліджуваної вибірки.

Зокрема, встановлено, що у більшості респондентів (понад половини вибірки) діагностовано клінічно значущі прояви ПТСР (сума балів ≥ 33), що підтверджує високий рівень психотравматизації. Водночас лише незначна

частина учасників демонструє відсутність або мінімальні прояви симптомів, що може бути пов'язано з ефективними копінг-стратегіями або менш інтенсивним впливом травматичного досвіду.

Аналіз кластерної структури симптомів показав, що найбільш поширеними є симптоми інтрузії (85,0%) та підвищеної реактивності (80,0%), що свідчить про збереження травматичного досвіду на когнітивному та фізіологічному рівнях. Значна частина респондентів також демонструє симптоми уникнення (77,5%) та негативні когніції й емоційні стани (72,5%), що вказує на глибокі зміни у поведінковій та емоційній сферах. Високий показник за кластером А (92,5%) підтверджує наявність травматичного досвіду як базової умови формування ПТСР.

Крім того, у переважної більшості респондентів спостерігається повна кластерна відповідність критеріям ПТСР, що свідчить про комплексний характер порушень, який охоплює когнітивну, емоційну та поведінкову сфери функціонування особистості. Поряд із цим виявлено групи з частковою кластерною відповідністю та субклінічними проявами, що вказує на різний ступінь вираженості симптомів і різні стадії формування розладу.

Статистичний аналіз результатів підтверджує неоднорідність вибірки: середнє значення (46,1) та медіана (53) свідчать про тенденцію до підвищених показників симптоматики, тоді як значне стандартне відхилення (15,4) вказує на суттєву варіативність індивідуальних результатів. Це означає, що поряд із респондентами з високим рівнем ПТСР є також особи з низькими або відсутніми проявами.

Розподіл за рівнями вираженості симптомів додатково підтверджує цю тенденцію: найбільша частка респондентів (50%) має високий рівень проявів ПТСР, тоді як середні, низькі та мінімальні прояви представлені значно меншою мірою. Такий розподіл свідчить про домінування виражених посттравматичних реакцій у досліджуваній групі.

Отже, результати дослідження дозволяють зробити висновок про високий рівень поширеності та інтенсивності посттравматичних симптомів серед респондентів. Виявлені особливості структури ПТСР (домінування інтрузій, гіперреактивності та негативних когніцій) свідчать про глибокий та комплексний вплив травматичного досвіду на психічний стан особистості.

2.5 Аналіз результатів дослідження

Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)

(Mississippi Scale for Combat-Related PTSD)

Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу є клінічною психодіагностичною методикою, розробленою у 1987 році Т. М. Кеапе зі співавторами для виявлення посттравматичних стресових розладів (ПТСР) у військовослужбовців, які брали участь у бойових діях. Методика створена на основі багатофакторного особистісного опитувальника MMPI та адаптована для оцінки специфічних проявів бойової психічної травми.

Методика спрямована на діагностику основних симптомів ПТСР, зокрема повторного переживання травматичних подій, уникнення травматичних стимулів, підвищеної психофізіологічної збудливості, а також супутніх емоційних станів, таких як почуття провини та суїцидальні тенденції. Отримані результати дозволяють оцінити ступінь вираженості посттравматичних реакцій та рівень дезадаптації особистості.

Особливістю методики є те, що вона спрямована на оцінку актуального психологічного стану досліджуваного без чітко визначеного часового інтервалу. На відміну від деяких інших опитувальників, результати

відображають узагальнені та відносно стійкі прояви посттравматичних симптомів, сформовані внаслідок пережитого бойового досвіду.

Інструкція для досліджуваних

Досліджуваному пропонується ознайомитися з наведеними твердженнями, що відображають досвід людей, які брали участь у бойових діях, та оцінити ступінь своєї згоди або незгоди з кожним із них.

Кожне твердження оцінюється за шкалою від 1 до 5, де:

- 1 – повністю не згоден;
- 2 – скоріше не згоден;
- 3 – важко відповісти / частково згоден;
- 4 – скоріше згоден;
- 5 – повністю згоден.

Необхідно обрати лише один варіант відповіді на кожне твердження.

Структура опитувальника.

Опитувальник містить 35 тверджень, які розподілені за шкалами:

- 1. Симптоми інтрузії (“вторгнення”) – 11 питань;
- 2. Симптоми уникнення – 11 питань;
- 3. Симптоми підвищеної збудливості – 8 питань;
- 4. Додаткові показники (почуття провини, суїцидальні тенденції) – 5 питань.

Шкала оцінювання результатів методики:

Мінімально можливий бал – 35, максимально можливий – 175;

35–70 балів – низький рівень посттравматичних реакцій;

71–100 балів – середній рівень посттравматичних реакцій;

101–130 балів – високий рівень посттравматичних реакцій;

131–175 балів – дуже високий рівень посттравматичних реакцій.

Обробка та інтерпретація результатів.

Обробка результатів здійснюється шляхом підрахунку сумарного балу та окремих показників за кожною шкалою.

Вищі показники свідчать про більшу вираженість посттравматичних симптомів. Значна увага приділяється показникам за основними шкалами (інтрузія, уникнення, збудливість), які відображають ключові кластери ПТСР. Підвищені значення за додатковими питаннями можуть вказувати на наявність почуття провини, емоційної дезадаптації та ризик суїцидальних проявів, що потребує подальшої психологічної оцінки.

Таблиця 2.26

**Індивідуальний розподіл рівнів посттравматичних реакцій за
Міссісіпською шкалою**

№	Сума балів	Рівень прояву ПТСР
1.	35	Низький рівень
2.	44	Низький рівень
3.	105	Високий рівень
4.	68	Низький рівень
5.	61	Низький рівень
6.	73	Середній рівень
7.	47	Низький рівень
8.	38	Низький рівень
9.	109	Високий рівень
10.	122	Високий рівень
11.	79	Середній рівень
12.	67	Низький рівень
13.	120	Високий рівень
14.	119	Високий рівень
15.	117	Високий рівень
16.	81	Середній рівень
17.	57	Низький рівень
18.	116	Високий рівень
19.	105	Високий рівень
20.	139	Дуже високий рівень
21.	93	Середній рівень
22.	105	Високий рівень
23.	126	Високий рівень
24.	71	Середній рівень
25.	83	Середній рівень
26.	79	Середній рівень
27.	134	Дуже високий рівень
28.	120	Високий рівень
29.	122	Високий рівень
30.	145	Дуже високий рівень
31.	128	Високий рівень
32.	119	Високий рівень
33.	152	Дуже високий рівень
34.	143	Дуже високий рівень

35.	119	Високий рівень
36.	145	Дуже високий рівень
37.	145	Дуже високий рівень
38.	158	Дуже високий рівень
39.	146	Дуже високий рівень
40.	140	Дуже високий рівень

Отримані дані дають підстави говорити про неоднорідний психологічний стан досліджуваної групи. Із 40 військовослужбовців лише окремі учасники демонструють низькі показники посттравматичних реакцій, що може свідчити про кращу адаптацію або меншу інтенсивність пережитого травматичного досвіду.

Частина респондентів має середній рівень проявів. У цьому випадку йдеться не про повну відсутність труднощів, а скоріше про періодичні або помірні симптоми, які можуть проявлятися залежно від ситуації — наприклад, у вигляді напруження, емоційної нестійкості чи труднощів із концентрацією.

Разом з тим, значна частина вибірки характеризується високими показниками. Це означає, що посттравматичні прояви мають системний характер і можуть впливати не лише на емоційний стан, але й на поведінку, міжособистісні стосунки та повсякденне функціонування.

Окрему групу становлять досліджувані з дуже високими значеннями. У таких випадках можна припустити наявність глибоких внутрішніх переживань, пов'язаних із пережитими подіями, а також труднощів у їх осмисленні та переживанні. Це може проявлятися у підвищеній напруженості, уникненні певних ситуацій або внутрішньому виснаженні.

У цілому результати вказують на те, що у вибірці переважають особи з вираженими посттравматичними проявами різного ступеня інтенсивності.

Таблиця 2.27

Статистичні показники сумарних балів респондентів за методикою дослідження посттравматичних реакцій (Міссісіпська шкала)

Показник	Значення
Кількість респондентів	40

Середнє арифметичне	102,9
Медіана	105
Мінімум	35
Максимум	158
Стандартне відхилення	33,4
Дисперсія	1115,56
Мода	119

Опис статистичних результатів

Отримані результати за Міссісіпською шкалою посттравматичних реакцій дозволяють більш детально охарактеризувати психологічний стан вибірки військовослужбовців та ступінь вираженості посттравматичних проявів.

Загальна кількість досліджуваних становить 40 осіб, що забезпечує достатній обсяг вибірки для первинного статистичного аналізу. Це дозволяє робити узагальнення щодо особливостей розподілу посттравматичних реакцій у групі.

Середнє арифметичне значення $M = 102,9$ і медіана – 105 – є близькими за величиною, що свідчить про відносно симетричний розподіл даних без різких перекосів у бік надто низьких або надто високих значень. Обидва показники знаходяться в межах високого рівня посттравматичних реакцій, що вказує на те, що загалом у групі переважають виражені симптоми ПТСР.

Мінімальне значення 35 відповідає нижній межі шкали та характеризує наявність окремих осіб із практично мінімальними проявами посттравматичних реакцій. Це може свідчити про кращу психологічну адаптацію або меншу інтенсивність травматичного досвіду у цих респондентів.

Максимальне значення 158 наближається до верхньої межі шкали 175, що вказує на наявність у вибірці осіб із дуже високим рівнем посттравматичних реакцій. У таких випадках можна припустити виражені

симптоми ПТСР, які можуть суттєво впливати на емоційний стан, поведінку та соціальне функціонування.

Стандартне відхилення $SD = 33,4$ є досить високим, що свідчить про значний розкид індивідуальних показників відносно середнього значення. Це означає, що в межах однієї вибірки представлені як особи з низькими показниками, так і з дуже високими, тобто група є психологічно неоднорідною.

Дисперсія 1115,56 підтверджує високу варіативність даних і відображає значні індивідуальні відмінності у вираженості посттравматичних реакцій. Це є типовим для вибірок, що включають осіб із різним досвідом травматичних подій та різним рівнем психологічної адаптації.

Мода 119 вказує на найбільш часте значення у вибірці, яке також належить до високого рівня посттравматичних реакцій. Це додатково підтверджує, що найтипівішим для групи є саме підвищений рівень симптоматики.

Узагальнюючи, можна зазначити, що у досліджуваній вибірці переважають високі та підвищені значення посттравматичних реакцій на фоні значної індивідуальної варіативності. Це свідчить про неоднорідність психологічного стану військовослужбовців та наявність різного ступеня вираженості посттравматичних симптомів — від мінімальних до дуже високих.

Результати, отримані за Міссісіпською шкалою оцінки посттравматичних реакцій (див. табл. Б.1, додаток Б), дають можливість оцінити загальний психологічний стан учасників дослідження та особливості прояву симптомів посттравматичного стресу.

Показники $\sum 1$ (прямі твердження), подані у додатку Б, відображають наявність і ступінь вираженості симптомів, що виникають унаслідок пережитих стресових або травматичних подій. До них належать тривожність, емоційне напруження, нав'язливі спогади, підвищена настороженість і

загальна психологічна вразливість. Чим вищим є цей показник, тим більш інтенсивно проявляються симптоми посттравматичного стресу.

Показники $\Sigma 2$ (зворотні твердження) показують інший бік стану людини — її здатність справлятися зі стресом. Вони відображають рівень психологічної стійкості, самоконтролю, уміння адаптуватися до складних ситуацій та відновлювати емоційний баланс. Вищі значення тут означають кращу адаптацію.

Загальна сума балів є підсумковим показником, який поєднує обидві складові та відображає загальний рівень посттравматичних реакцій у кожного респондента. Саме за цим показником визначають рівень прояву симптомів і належність до певної групи ризику.

Аналіз даних показав, що результати у вибірці суттєво різняться — від мінімальних значень до дуже високих. Це означає, що учасники по-різному переживають стресові події: частина має майже відсутні симптоми, а в інших вони виражені досить сильно.

Низький рівень посттравматичних реакцій (0–44%) виявлено у меншій частини респондентів. У цих осіб психологічний стан загалом стабільний. Вони рідко відчувають сильну тривогу або емоційне перенапруження, добре контролюють свої реакції та здатні швидко відновлюватися після стресових ситуацій. Такі люди зазвичай мають достатні внутрішні ресурси для подолання труднощів і не демонструють серйозних ознак посттравматичних розладів.

Середній рівень посттравматичних реакцій (45–74%) є найбільш поширеним у вибірці. Це означає, що значна кількість респондентів має помірні прояви стресу. У них можуть періодично виникати тривожні думки, емоційна напруга, втома або зниження стресостійкості. Такі прояви ще не свідчать про наявність важкого розладу, однак вказують на психологічне навантаження, яке при відсутності підтримки може посилюватися.

Високий рівень посттравматичних реакцій (75–100%) спостерігається у значної частини респондентів. У цих осіб симптоми стресу виражені сильно:

вони частіше переживають емоційне виснаження, тривожність, можливі нав'язливі спогади про травматичні події та труднощі з контролем емоцій. Такий стан свідчить про підвищений ризик розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) і потребує професійної психологічної допомоги.

У цілому результати показують, що у вибірці переважають середній і високий рівні посттравматичних реакцій. Це означає, що більшість учасників має певні ознаки психологічного напруження, пов'язаного зі стресовими або травматичними подіями.

Водночас наявність групи з низьким рівнем симптомів свідчить про те, що частина респондентів має достатній рівень психологічної стійкості та ефективно справляється зі складними життєвими ситуаціями.

Таким чином, вибірка є неоднорідною: поряд із психологічно стабільними людьми є значна частка тих, хто перебуває у стані підвищеного стресового навантаження. Це підкреслює важливість подальшої психологічної підтримки та профілактичної роботи з цією групою.

Таблиця 2.28

Загальний розподіл респондентів за рівнями посттравматичних реакцій (Міссісіпська шкала)

Рівень проявів симптомів	Кількість респондентів	Відсоток (%)
Низький рівень (0–44%) – добре адаптовані	9	23%
Середній рівень (45–74%) – можливі психічні розлади	15	38%
Високий рівень (75–100%) – ПТСР, група ризику	16	40%
Разом	40	100%

У межах дослідження аналіз посттравматичних реакцій здійснювався шляхом поділу загальних балів респондентів на три основні категорії:

низький, середній та високий рівень прояву симптомів. Такий підхід дозволяє більш чітко оцінити психологічний стан вибірки та визначити ступінь вираженості посттравматичних проявів.

До групи з низьким рівнем посттравматичних реакцій (0–44%) увійшло 9 осіб, що становить 23% від загальної кількості вибірки. Ці респонденти характеризуються відносно стабільним емоційним станом, мінімальними проявами стресових симптомів та достатнім рівнем психологічної адаптації. Вони зазвичай ефективно справляються з життєвими труднощами та не демонструють виражених ознак посттравматичного стресу.

Найбільш чисельною є група із середнім рівнем посттравматичних реакцій (45–74%), яка включає 15 осіб або 38% вибірки. Для цієї категорії характерні помірні прояви стресових реакцій, зокрема емоційне напруження, періодична тривожність, втома та зниження стресостійкості. Такий стан свідчить про наявність психологічного навантаження, яке за тривалого впливу стресових факторів може посилюватися та впливати на загальне самопочуття.

До групи з високим рівнем посттравматичних реакцій (75–100%) належить 16 осіб, що становить 40% вибірки. У цих респондентів виявлено виражені симптоми посттравматичного стресу, які можуть включати сильну емоційну напругу, нав'язливі спогади, підвищену тривожність, а також труднощі з емоційною стабілізацією. Дана категорія розглядається як група підвищеного ризику розвитку посттравматичного стресового розладу і потребує психологічного супроводу або спеціалізованої допомоги.

Загалом результати дослідження свідчать, що більшість респондентів (77%) мають середній або високий рівень посттравматичних реакцій. Це вказує на наявність значного психологічного навантаження у вибірці та потребу в подальшому аналізі факторів, які впливають на формування таких станів, а також у розробці заходів психологічної підтримки.

Водночас наявність групи з низьким рівнем симптомів свідчить про існування осіб із достатніми ресурсами психологічної стійкості та

ефективними механізмами подолання стресу. Це підкреслює індивідуальні відмінності між респондентами та загальну неоднорідність вибірки.

Таким чином, досліджувана вибірка характеризується психологічною неоднорідністю з переважанням середнього та високого рівнів посттравматичних реакцій, що може свідчити про підвищене загальне стресове навантаження та актуальність подальшої психологічної діагностики й корекційної роботи.

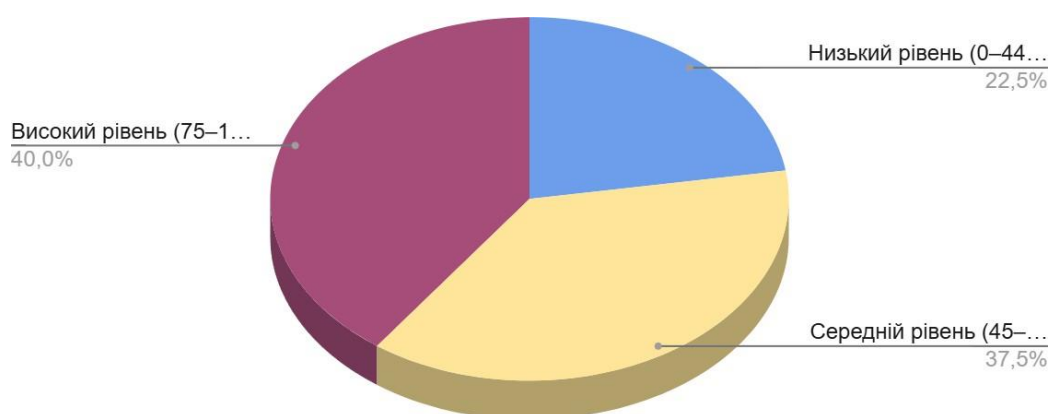


Рисунок 2.8 Розподіл рівнів прояву посттравматичних реакцій у вибірці дослідження (низький, середній та високий рівень за Міссісіпською шкалою).

Діаграма відображає розподіл рівнів посттравматичних реакцій у вибірці за Міссісіпською шкалою, де виділено три основні категорії: низький, середній та високий рівні прояву симптомів.

Отримані результати свідчать про нерівномірний розподіл показників у вибірці. Така особливість може пояснюватися специфікою досліджуваної групи, зокрема різним рівнем індивідуальної психологічної стійкості, відмінностями у життєвому досвіді та ступенем впливу стресових або травматичних подій на респондентів.

Частина учасників демонструє низький рівень посттравматичних реакцій, що характеризується мінімальними проявами симптомів і достатньо

стабільним емоційним станом. Ці особи мають сформовані механізми психологічної адаптації та ефективно справляються зі стресовими ситуаціями.

Найбільшу частку становлять респонденти із середнім рівнем посттравматичних реакцій. Для них характерні помірні прояви стресових симптомів, емоційне напруження та зниження стресостійкості, що вказує на наявність психологічного навантаження та потенційної вразливості до впливу подальших стресових факторів.

Також у вибірці представлена група з високим рівнем посттравматичних реакцій, у якій спостерігаються виражені симптоми посттравматичного стресу, що можуть впливати на емоційний стан і загальне функціонування. Ця категорія потребує підвищеної уваги та психологічного супроводу.

Таким чином, нерівномірний розподіл показників можна розглядати як відображення специфіки вибірки, що обумовлена індивідуальними відмінностями респондентів та різним рівнем їхньої психологічної стійкості.

Висновок до підрозділу 2.5

Проведений аналіз результатів дослідження за Міссісіпською шкалою для оцінки посттравматичних реакцій дозволив виявити особливості вираженості та структури посттравматичних проявів у військовослужбовців. Отримані дані свідчать про загалом підвищений рівень посттравматичних реакцій у досліджуваній вибірці та підтверджують наявність значного психоемоційного навантаження, пов'язаного з пережитим бойовим досвідом.

Зокрема, встановлено, що більшість респондентів демонструє середній (38%) та високий (40%) рівні посттравматичних реакцій, тоді як лише 23% мають низький рівень симптомів. Це вказує на те, що переважна частина досліджуваних перебуває у стані підвищеного психологічного напруження або вже має сформовані посттравматичні прояви, які можуть впливати на їхнє повсякденне функціонування, емоційний стан та міжособистісні взаємини.

Аналіз індивідуальних показників підтвердив значну варіативність результатів: поряд із респондентами, які характеризуються достатнім рівнем психологічної адаптації, виявлено осіб із дуже високими показниками (до 158 балів), що свідчить про глибокі та інтенсивні посттравматичні переживання. Це дозволяє говорити про психологічну неоднорідність вибірки та різний рівень впливу травматичного досвіду на особистість.

Статистичні показники (середнє значення 102,9 та медіана 105) відповідають високому рівню посттравматичних реакцій, що свідчить про загальну тенденцію до вираженої симптоматики у більшості респондентів. Водночас значне стандартне відхилення (33,4) та висока дисперсія вказують на суттєві індивідуальні відмінності, що підкреслює необхідність диференційованого підходу до оцінки та надання психологічної допомоги.

Додатковий аналіз структури показників (прямі та зворотні твердження) дозволив встановити, що у значної частини респондентів спостерігається поєднання виражених симптомів посттравматичного стресу із недостатнім рівнем психологічної стійкості. Це проявляється у підвищеній тривожності, емоційному виснаженні, наявності нав'язливих спогадів та труднощах із саморегуляцією, що може свідчити про ризик розвитку або поглиблення ПТСР.

Узагальнюючи результати, слід зазначити, що досліджувана вибірка характеризується домінуванням середнього та високого рівнів посттравматичних реакцій, що вказує на актуальність проблеми психічного здоров'я серед військовослужбовців. Виявлені особливості свідчать про необхідність системної психологічної підтримки, проведення психокорекційних заходів та впровадження програм психологічної реабілітації, спрямованих на зниження рівня посттравматичних проявів, підвищення стресостійкості та відновлення адаптаційних ресурсів особистості.

2.6 Аналіз результатів дослідження

Таблиця 2.29

Матриця кореляційних зв'язків між показниками посттравматичного стресового розладу та емоційно-особистісними характеристиками

Показники	Бек	Трв.	Фрустр	Ригід	Агрес.	PCL-5	Міссі
Бек	1.00	0.62	0.48	0.51	0.55	0.71	0.68
Тривожність	0.62	1.00	0.66	0.49	0.58	0.69	0.64
Фрустраці	0.48	0.66	1.00	0.52	0.60	0.64	0.61
Ригідність	0.51	0.49	0.52	1.00	0.44	0.57	0.55
Агресивність	0.55	0.58	0.60	0.44	1.00	0.63	0.60
PCL-5	0.71	0.69	0.64	0.57	0.63	1.00	0.74
Міссіпська	0.68	0.64	0.61	0.55	0.60	0.74	1.00

У ході емпіричного дослідження було проведено кореляційний аналіз (коефіцієнт Пірсона) між показниками посттравматичного стресового розладу (PCL-5, Міссіпська шкала) та емоційно-особистісними характеристиками (депресія за Беком, тривожність, фрустрація, ригідність, агресивність).

Перш за все, виявлено виражений позитивний зв'язок між рівнем посттравматичного стресового розладу та депресивними проявами. Зокрема, встановлено, що показник PCL-5 має сильну кореляцію зі шкалою депресії Бека ($r = 0.71$), а Міссіпська шкала також демонструє високий зв'язок із депресивними симптомами ($r = 0.68$). Це свідчить про те, що зі зростанням інтенсивності посттравматичних симптомів посилюються прояви депресивного стану, такі як знижений настрій, втрата інтересу та емоційне виснаження.

Аналогічні закономірності були отримані щодо тривожності. Було встановлено, що PCL-5 має високий позитивний зв'язок із рівнем тривожності ($r = 0.69$), а Міссіпська шкала також демонструє значущий

кореляційний зв'язок із цим показником ($r = 0.64$). Це дозволяє зробити висновок, що підвищення симптомів ПТСР супроводжується зростанням загальної тривожності та внутрішньої напруги.

Щодо фрустраційних реакцій, отримані результати також свідчать про наявність помірно високих позитивних кореляцій: між PCL-5 та фрустрацією ($r = 0.64$), а також між Міссісіпською шкалою та фрустрацією ($r = 0.61$). Це вказує на те, що особи з вираженими симптомами ПТСР частіше переживають стан емоційного напруження, зниження стресостійкості та труднощі у подоланні життєвих перешкод.

Подібні тенденції спостерігаються і щодо ригідності поведінки. Виявлено помірні позитивні кореляції між PCL-5 та ригідністю ($r = 0.57$), а також між Міссісіпською шкалою та ригідністю ($r = 0.55$). Це може свідчити про зниження психологічної гнучкості та труднощі адаптації до змін у осіб із посттравматичним досвідом.

Також встановлено зв'язок між ПТСР та агресивністю. Зокрема, PCL-5 корелює з агресивністю на рівні $r = 0.63$, а Міссісіпська шкала — на рівні $r = 0.60$. Це може вказувати на підвищену емоційну збудливість, імпульсивність та схильність до зовнішнього вираження напруги у вигляді агресивних реакцій.

Окремо слід відзначити дуже сильний кореляційний зв'язок між двома шкалами, що вимірюють посттравматичний стресовий розлад: PCL-5 та Міссісіпською шкалою ($r = 0.74$). Це підтверджує їхню високу узгодженість, валідність та взаємну діагностичну чутливість, що дозволяє вважати результати надійними.

Узагальнюючи отримані дані, можна зазначити, що посттравматичний стресовий розлад має системний зв'язок із негативними емоційними станами. Найбільш виражені взаємозв'язки спостерігаються з депресією та тривожністю, а також із загальним рівнем ПТСР, що підкреслює

комплексний характер впливу травматичного досвіду на емоційно-особистісну сферу людини.

Висновок до підрозділу 2.6

Отримані дані свідчать, що зі зростанням вираженості симптомів ПТСР (за шкалами PCL-5 та Міссісіпською шкалою) підвищується рівень депресивних проявів, тривожності, фрустрації, агресивності та психологічної ригідності. Найбільш виражені кореляційні зв'язки зафіксовано між ПТСР та депресією, а також ПТСР і тривожністю, що вказує на їх провідну роль у структурі емоційних порушень.

Додатково встановлено помірні та високі кореляції з фрустрацією, агресивністю та ригідністю, що відображає комплексний характер впливу травматичного досвіду на емоційно-особистісну сферу.

Водночас результати також показали узгодженість між двома діагностичними інструментами ПТСР (PCL-5 та Міссісіпська шкала), що підтверджує валідність отриманих даних та підвищує надійність висновків дослідження.

Таким чином, гіпотеза дослідження підтвердилася повністю щодо наявності зв'язків між рівнем посттравматичного стресового розладу та негативними емоційними станами, а також частково підтвердилася щодо інтенсивності та структури цих зв'язків, оскільки сила кореляцій варіює від помірної до високої залежно від конкретного показника.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі було здійснено комплексне теоретичне та емпіричне дослідження проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у ветеранів бойових дій, а також його зв'язку з емоційно-особистісними характеристиками.

У теоретичній частині роботи було проаналізовано сучасні наукові підходи до розуміння ПТСР. Встановлено, що посттравматичний стресовий розлад є складним психічним станом, який виникає внаслідок впливу сильних психотравмуючих подій і проявляється через нав'язливі спогади, підвищену тривожність, емоційне виснаження, порушення сну, дратівливість, уникання травматичних ситуацій та труднощі соціальної адаптації. Особливу увагу приділено тому, що в умовах повномасштабної війни в Україні кількість осіб із ризиком розвитку ПТСР значно зростає, а найбільш вразливою групою є військовослужбовці та ветерани бойових дій.

Емпірична частина дослідження була проведена на вибірці з 40 ветеранів бойових дій. Для діагностики використовувався комплекс психодіагностичних методик: шкала депресії Бека, методика Г. Айзенка «Самооцінка психічних станів», PCL-5 та Міссісіпська шкала ПТСР. Це дозволило отримати цілісну картину психоемоційного стану респондентів.

Отримані результати показали, що у значної частини військовослужбовців спостерігаються виражені психоемоційні порушення. Зокрема, виявлено високий рівень депресивних проявів, підвищену тривожність, фрустрацію, агресивність та ригідність. Більшість респондентів мають середній або високий рівень посттравматичних реакцій, що свідчить про значний вплив бойового досвіду на їхній психічний стан.

Особливо важливим результатом стало те, що у більшості учасників дослідження зафіксовано клінічно значущі прояви ПТСР. Найбільш вираженими симптомами є нав'язливі спогади про травматичні події, емоційна напруга, підвищена реактивність, уникання нагадувань про травму

та негативні зміни у мисленні й емоціях. Це свідчить про комплексний характер посттравматичного розладу.

Кореляційний аналіз показав наявність тісних взаємозв'язків між рівнем ПТСР та негативними емоційними станами. Найсильніші зв'язки виявлено між ПТСР і депресією, а також ПТСР і тривожністю. Також встановлено помірні зв'язки з фрустрацією, агресивністю та ригідністю. Це означає, що чим сильніше виражені посттравматичні симптоми, тим вищий рівень емоційного напруження та психологічних труднощів у людини.

Окремо підтверджено узгодженість результатів між двома основними методиками діагностики ПТСР (PCL-5 та Міссісіпська шкала), що свідчить про достовірність отриманих даних.

Таким чином, гіпотеза дослідження повністю підтвердилася: між рівнем посттравматичного стресового розладу та негативними емоційними станами (депресією, тривожністю, фрустрацією, агресивністю та ригідністю) дійсно існує статистично значущий зв'язок. Частково підтверджено також положення про різну силу цих зв'язків, оскільки вони варіюються від помірних до високих.

Узагальнюючи результати, можна зробити висновок, що посттравматичний стресовий розлад у ветеранів бойових дій має поширений і виражений характер та суттєво впливає на їхній психоемоційний стан і якість життя. Отримані дані підкреслюють необхідність системної психологічної підтримки, ранньої діагностики та впровадження програм психореабілітації, спрямованих на зниження рівня посттравматичних симптомів, стабілізацію емоційного стану та відновлення адаптаційних ресурсів особистості.

Результати дослідження мають як теоретичне, так і практичне значення, оскільки можуть бути використані для подальшого вивчення проблеми ПТСР, а також для розробки ефективних програм психологічної допомоги ветеранам бойових дій.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:

1. Агаєв Н.А., Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В., Ткаченко В.В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник. – К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. – 234 с.
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.* – Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. – 234 с. – С. 121, Шкала депресії А.Т. Бека.с120.
3. 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.* – Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. – 234 с. – С. Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант) .160.
4. Ван дер Колк Б. Тіло веде лік. Як лишити психотравми в минулому. Київ, 2024.Р. 50-464.
5. Венгер О. П., Ястремська С. О., Рега Н. І. Посттравматичний стресовий розлад: навч. посіб. для студентів вищ. мед. навч. закл. МОЗ України. Тернопіль: ТДМУ, 2016. 260 с. URL: www.umj.com.ua/uk/publikatsia-241952-vpliv-vijni-na-lyudinu-zmini-psihihi-ta-harakteru-v-umovah-voyennogo-stanu.
6. Вільямс М., Пойюла С. ПТСР. Робочий зошит. Ефективні методики подолання симптомів травматичного стресу. Київ: Видавництво Ростислава Бурлаки, 2023.160.с
7. Вплив бойового досвіду на посттравматичний стресовий розлад у учасників антитерористичної операції // Науковий вісник Херсонського державного університету. 2021.42-52.с
8. Герасименко Л. О., Скрипніков А. М., Ісаков Р. І. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Київ, 2023.200.с

9. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору / пер. з англ. О. А. Наконечна, О. В. Шлапак. Львів: Видавництво Старого Лева, 2019. 424 с.
10. Герман Д. Психологічна травма та шлях до видужання. Львів : Видавництво Старого Лева, 2021. 424 с.
11. Горбунова В. В., Карачевський А. Б., Климчук В. О., Нетлюх Г. С., Романчук О. І. Соціально-психологічна підтримка адаптації ветеранів АТО: посібник для ведучих груп. Львів: Інститут психічного здоров'я Українського Католицького Університету, 2016. 96 с.
12. Гоцуляк Н. Є. Психологічна травма: аналіз та шляхи її подолання. Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія: Педагогічні та психологічні науки. 2015. № 1(74). С. 378–390.
13. Денисенко М. М., Лакінський Р. В., Шестопалова Л. Ф., Лінський І. В. Основні клінічні варіанти постстресових розладів у комбатантів. Український вісник психоневрології. 2018. Т. 26. № 2 (95). С. 50–55.
14. Діагностика і надання допомоги при бойовій травмі. Профілактика ПТСР. URL: <https://moz.gov.ua/uk/diagnostika-i-nadannja-dopomogi-pri-bojovij-travmi-profilaktika-ptsr>.
15. Ерман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору. Львів: Видавництво Старого Лева, 2015. 416 с.
16. Климчук В. О. Психологія посттравматичного зростання: монографія. Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2020. 125 с.
17. Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2015. 256 с.
18. Колесніченко О. Методика стійкості до бойової психологічної травматизації. Хмельницький, 2018. 132 с.

19. Комар З. Психологічна стійкість воїна: підручник для військових психологів. Київ, 2017. 208.с
20. Комора. Психологія травми: вплив травматичних подій на психіку та методи допомоги. URL: <https://komora.info/novyny-krainy/10164-psikhologiya-travmi-vpliv-travmatichnikh-podij-na-psikhiku-ta-metodi-dopomogi>.
21. Костюк Ю. Ф. Теоретико-методологічні засади дослідження ПТСР у психологічній науці // Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія». 2024. № 17. С. 21-27.
22. Комплексна методика професійно-психологічного відбору (ППВ). Адаптований варіант Г. Айзенка: діагностика психічних станів (тривожність, фрустрація, агресивність та ригідність) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://sprotyvg7.com.ua/wp-content/uploads/2022/05/Комплексна-методика-ППВ.pdf> – Назва з екрана. – С. 30.
23. Кроу М. Л., Хоун С. Е., Вольф Е. Дж., Кін Т. М., Маркс Б. П. Вплив травми та трансдіагностичний дистрес: вивчення спільних і специфічних зв'язків між посттравматичним стресовим розладом // Journal of Traumatic Stress. 2024. URL: <https://doi.org/10.1002/jts.23009>.
24. Круз В. Терапія ПТСР для військових. Як повернутися до нормального життя. Київ, 2024.240.с
25. Лукомська С. Особливості психологічних травм російсько-української війни у контексті євроінтеграційних процесів // Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки. 2022. Спецвипуск. С. 78-85.
26. Мартинюк І. А. Психологічна травма та посттравма: сутність і способи подолання // Науковий вісник Національного університету біоресурсів і природокористування України. 2015. Вип. 230. С. 276-282.
27. Мельник О. В., Лукомська С. О. Вікові особливості адаптації учасників бойових дій до умов мирного життя. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : Психологічні науки*. 2019. Вип. 2. С. 71-77. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvkhp_2019_2_12.

28. Михайлов Б. В., Чугунов В. В., Курило В. О., Саржевський С. Н. *Посттравматичні стресові розлади: навчальний посібник* / за заг. ред. Б. В. Михайлова. – 2-ге вид., перероб. та допов. – Харків: ХМАПО, 2014. – 223 с. Рецензенти: Кришталь Є. В., Підкоритов В. С. – Завідувачі кафедр і відділів провідних медичних установ МОЗ України та НАМН України.
29. Мюллер М. Якщо ви пережили психотравмуючу подію. Львів: Видавництво УКУ, 2014.120.с
30. Основні аспекти посттравматичного стресового розладу: клінічні, соціальні, психологічні та терапевтичні підходи. URL: <http://www.baltijapublishing.lv/omp/index.php/bp/catalog/download/295/8222/17156-1?inline=1>.
31. Платинюк О. Б. Діагностика, корекція та профілактика непсихотичних психічних розладів в учасників бойових дій, які отримали поранення: дис. д-ра філ. н. Харків, 2021. 158 с.
32. Понад 70% українців відчувають стрес або знервованість, і лише 2% звертаються до фахівця. URL: <https://moz.gov.ua/uk/ponad-70-ukrainciv-vidchuvajut-stres-abo-znervovanist-i-lishe-2-zvertajutsja-do-fahivcja>.
33. Психологічна робота з військовослужбовцями-учасниками бойових дій на етапі відновлення. 2023.48.с
34. Реабілітація військовослужбовців в Україні: Загальні проблеми та особливості організації під час воєнного стану. 2022.56.с
35. Рібуцун Ю. В. Психолого-педагогічна підтримка в умовах війни. Київ, 2023.192.с
36. Розов В. І. Психологія екстремальних ситуацій: адаптивність до стресу та психологічне забезпечення. Київ: КНТ, 2024. 711 с.
37. Систем-life. Психологічна травма: вплив травматичних подій на психіку та методи допомоги. URL: <https://sistem-life.com/ua/blog/psychological-trauma>.
38. Супровід реабілітації ветеранів війни та членів їх родин. К.: Магнолія, 2026. 156 с.

39. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. Київ: ДП "Вид. дім "Персонал", 2017. 160 с.
40. Харченко В. Є., Шугай М. А. Психологічна діагностика та корекція посттравматичного стресового розладу. 2015 .160с.
41. Чабан О. С., Хаустова О. О., Омелянович В. Ю. Психічні розлади воєнного часу. Київ: Видавничий дім Медкнига, 2023. 232 с.
42. Чаплак Я.В., Андрєєва Я.Ф., Чуйко Г.В. Психічний захист і копінг-стратегії як складові системи соціально-психологічної адаптації особистості. *Психологічний часопис*. 2020. Т.6. Вип. 8. С.36-56. DOI: <https://doi.org/10.31108/1.2020.6.8.3>.
43. Чачко С. Л. Психологія травми: електронні метод. рекомендації. Одеса, 2024.12-34 с
44. Черненко І. І., Чухно І. А. Реабілітація ветеранів війни: клінічні аспекти. Харків: Обласний госпіталь ветеранів війни, 2017. С. 45-59.
45. Шевчук Д. Оксана Пухонська. Поза межами бою. Дискурс війни в сучасній літературі. URL: <https://krytyka.com/ua/reviews/poza-mezhamy-boiu-dyskurs-viiny-v-suchasnoi-literaturi>.
46. Шкала депресії Бека (21 питання) [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/ШКАЛА-ДЕПРЕСІЇ-БЕКА_21.pdf
47. Шкала самооцінки наявності ПТСР (PCL) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/PCL_ПТСР.pdf – с 2-3.
48. Що треба знати про посттравматичний стресовий розлад. URL: <https://moz.gov.ua/uk/scho-treba-znati-pro-posttravmatichnij-stresovij-rozlad>.
49. Юнгер С. *Плем'я: про повернення з війни і належність до спільноти* / пер. з англ. О. Корнюшина. – Київ: Наш Формат, 2023. – (електронне видання). – 978-617-8120-30-6. – Оригінал: Junger S. *Tribe: On Homcoming and Belonging*. New York: Twelve, 2016.

50. Якість життя населення України та перші наслідки війни / Черенько Л. М., Полякова С. В., Шишкін В. С., Реут А. Г., Крикун О. І., Когатько Ю. Л., Заяць В. С., Клименко Ю. А.; Нац. акад. наук Укр., Ін-т демогр. та соц. дослідж. ім. М. В. Птухи. Київ, 2023. — ISBN 978-617-14-0067-2 (електронне видання).102-115. с
51. Alipour F., Ahmadi S. Social support and posttraumatic stress disorder (PTSD) in earthquake survivors: A systematic review // Social Work in Mental Health. 2020. Vol. 18(5). P. 501-514.
52. Chuyko H., Koltunovych T., Chaplak Ya., Komisatyk M. Students' Defense Mechanisms and Coping Strategies in Terms of COVID-19 Pandemic. Revista Românească pentru Educație Multidimensională. 2022. 14(1). P. 115-138. DOI: <https://doi.org/10.18662/rrem/14.1/510>
53. Lim I. C. Z. Y., Tam W. W. S., Chudzicka-Czupala A., McIntyre R. S., Teopiz K. M., Ho R. C., Ho C. S. H. Prevalence of depression, anxiety and post-traumatic stress in war- and conflict-afflicted areas: A meta-analysis. 2022. 213-227. с
54. Moore B. A., Penk W. E., Friedman M. J. Treating PTSD in Military Personnel: A Clinical Handbook. 2nd ed. 2019. 34-56. с
55. Maercker, A., Cloitre, M., Bachem, R., Schlumpf, Y. R., Khoury, B., Hitchcock, C., & Bohus, M. (2022). Complex post-traumatic stress disorder. The Lancet, 400(10345), 60–72. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00821-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00821-2)
56. МКХ-10 – онлайн-довідник Міжнародна Класифікація Хвороб. МКБ-10. URL: [https:// mkh10.com.ua/](https://mkh10.com.ua/).
57. National Center for PTSD. History of PTSD in Veterans: Civil War to DSM-5. URL: https://www.ptsd.va.gov/understand/what/history_ptsd.asp.
58. Slyusar L. Ukrainska sim'ia v umovakh viiny. Demography and Social Economy, . <https://doi.org/10.15407/dse2023.02.003>. 2023. 2(52)
59. Sija J. van der Wal. "Long-term development of PTSD symptoms in military personnel: the role of resilience." 2020. с.155-167.
60. Treating PTSD in Military Personnel. 2019.12-28 с

61. Van der Wal S. J., Vermetten E., Elbert G. Long-term development of post-traumatic stress symptoms and associated risk factors in military service members deployed to Afghanistan: Results from the PRISMO 10-year follow-up. *Eur Psychiatry*. 2020. Vol. 64. No. 1:10. DOI: <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.113>.
62. Walter K. H., Levine J. A., Highfill-McRoy R. M., Navarro M. et al. Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder and Psychological Comorbidities Among U.S. Active Duty Service Members, 2006-2013. *Journal of Trauma Stress*. 2018. Vol. 31. No. 6. P. 837–844. DOI: <https://doi.org/10.1002/jts.22337>.
63. What is PTSD? URL: <https://www.psychiatry.org/patients-families/ptsd/what-is-ptsd>.

ДОДАТКИ

Додаток А

Розподіл респондентів за кластерами симптомів ПТСР за методикою PCL-5

№	A	B	C	D	E	Кластерний висновок
1.	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	ПТСР не виявлено
2.	(+)	(+)	(-)	(-)	(+)	Часткова кластерна відповідність (В та Е прояви, С та D не виконані)
3.	(+)	(+)	(-)	(+)	(+)	Високі симптоми, С не виконаний
4.	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	Усі кластери виконані → ПТСР виявлено
5.	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	Усі кластери виконані → ПТСР виявлено
6.	(+)	(-)	(-)	(-)	(-)	Кластери не виконані
7.	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	Кластери не виконані
8.	(+)	(-)	(-)	(-)	(-)	Субклінічні прояви
9.	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	Усі кластери виконані → ПТСР виявлено
10.	(+)	(+)	(+)	(-)	(-)	Кластери не виконані
11.	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	Усі кластери виконані → ПТСР виявлено
12.	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	Усі кластери виконані → ПТСР виявлено
13.	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	Усі кластери виконані → ПТСР виявлено
14.	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	Усі кластери виконані → ПТСР виявлено
15.	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	Усі кластери виконані → ПТСР виявлено
16.	(+)	(+)	(+)	(-)	(-)	Часткова кластерна відповідність (В прояви, С/D/E не виконані)
17.	(+)	(+)	(+)	(-)	(-)	Субклінічні прояви (В частково, інші кластери не виконані)
18.	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	Усі кластери виконані → ПТСР виявлено
19.	(+)	(-)	(-)	(-)	(+)	Часткова кластерна відповідність (Е частково)
20.	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	Усі кластери виконані → ПТСР виявлено
21.	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	Усі кластери виконані → ПТСР виявлено
22.	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	Усі кластери виконані → ПТСР виявлено
23.	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	Усі кластери виконані → ПТСР виявлено
24.	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	Усі кластери виконані → ПТСР виявлено
25.	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	Усі кластери виконані → ПТСР виявлено
26.	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	Усі кластери виконані → ПТСР виявлено
27.	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	Усі кластери виконані → ПТСР виявлено
28.	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	Усі кластери виконані → ПТСР виявлено
29.	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	Усі кластери виконані → ПТСР виявлено
30.	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	Усі кластери виконані → ПТСР виявлено
31.	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	Усі кластери виконані → ПТСР виявлено

32.	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	Усі кластери виконані → ПТСР виявлено
33.	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	Усі кластери виконані → ПТСР виявлено
34.	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	Усі кластери виконані → ПТСР виявлено
35.	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	Усі кластери виконані → ПТСР виявлено
36.	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	Усі кластери виконані → ПТСР виявлено
37.	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	Усі кластери виконані → ПТСР виявлено
38.	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	Усі кластери виконані → ПТСР виявлено
39.	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	Усі кластери виконані → ПТСР виявлено
40.	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	Усі кластери виконані → ПТСР виявлено

**Розподіл показників посттравматичних реакцій у вибірці дослідження
(Міссісіпська шкала)**

№	Σ1 (прямі)	Σ2 (зворотні)	Загальна сума	% від макс.	Рівень прояву ПТСР
1.	24	11	35	20,00%	Низький рівень симптомів – добре адаптовані
2.	34	10	44	25,10%	Низький рівень симптомів – добре адаптовані
3.	75	30	105	60,00%	Середній рівень симптомів – можливі психічні розлади
4.	49	19	68	38,90%	Низький рівень симптомів (– добре адаптовані
5.	45	16	61	34,90%	Низький рівень симптомів (– добре адаптовані
6.	55	18	73	41,70%	Низький рівень симптомів (– добре адаптовані
7.	32	15	47	26,90%	Низький рівень симптомів (– добре адаптовані
8.	28	10	38	21,70%	Низький рівень симптомів (– добре адаптовані
9.	81	28	109	62,30%	Середній рівень симптомів – можливі психічні розлади
10.	90	32	122	69,70%	Середній рівень симптомів – можливі психічні розлади
11.	53	26	79	45,10%	Середній рівень симптомів – можливі психічні розлади
12.	48	19	67	38,30%	Низький рівень симптомів (– добре адаптовані
13.	80	40	120	68,60%	Середній рівень симптомів – можливі психічні розлади
14.	78	41	119	68,00%	Середній рівень симптомів – можливі психічні розлади
15.	77	40	117	66,90%	Середній рівень симптомів – можливі психічні розлади
16.	52	29	81	46,30%	Середній рівень симптомів – можливі психічні розлади
17.	44	13	57	32,60%	Низький рівень симптомів (– добре адаптовані

18.	79	37	116	66,30%	Середній рівень симптомів – можливі психічні розлади
19.	75	30	105	60,00%	Середній рівень симптомів – можливі психічні розлади
20.	92	47	139	79,40%	Високий рівень симптомів – ПТСР, група ризику
21.	63	30	93	53,10%	Середній рівень симптомів – можливі психічні розлади
22.	75	30	105	60,00%	Середній рівень симптомів – можливі психічні розлади
23.	88	38	126	72,00%	Середній рівень симптомів – можливі психічні розлади
24.	47	24	71	40,60%	Низький рівень симптомів (– добре адаптовані
25.	51	32	83	47,40%	Середній рівень симптомів – можливі психічні розлади
26.	49	30	79	45,10%	Середній рівень симптомів – можливі психічні розлади
27.	86	48	134	76,60%	Високий рівень симптомів – ПТСР, група ризику
28.	79	41	120	68,60%	Середній рівень симптомів – можливі психічні розлади
29.	81	41	122	69,70%	Середній рівень симптомів – можливі психічні розлади
30.	95	50	145	82,90%	Високий рівень симптомів – ПТСР, група ризику
31.	84	44	128	73,10%	Середній рівень симптомів – можливі психічні розлади
32.	79	40	119	68,00%	Середній рівень симптомів – можливі психічні розлади
33.	104	48	152	86,90%	Високий рівень симптомів – ПТСР, група ризику
34.	91	52	143	81,70%	Високий рівень симптомів – ПТСР, група ризику
35.	79	40	119	68,00%	Середній рівень симптомів – можливі психічні розлади
36.	92	53	145	82,90%	Високий рівень симптомів – ПТСР, група ризику
37.	92	53	145	82,90%	Високий рівень симптомів – ПТСР, група ризику
38.	102	56	158	90,30%	Високий рівень симптомів – ПТСР, група ризику
39.	96	50	146	83,40%	Високий рівень симптомів – ПТСР, група ризику

40.	88	52	140	80,00%	Високий рівень симптомів – ПТСР, група ризику
-----	----	----	-----	--------	--