

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**  
**ВОЛИНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**  
**ІМЕНІ ЛЕСІ УКРАЇНКИ**  
**ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ**  
**Кафедра загальної та клінічної психології**

**Випускна кваліфікаційна робота**  
**на правах рукопису**

**ДЕНИСЕНКО МАКСИМ**  
**ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТАНІВ**  
**В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ**  
**Спеціальність: 053 «Психологія»**  
**Освітньо-професійна програма «Клінічна психологія»**  
**Робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр»**

Науковий керівник:  
**ПАШКІНА АЛЛА МИКОЛАЇВНА,**  
кандидат психологічних наук,  
доцент кафедри загальної  
та клінічної психології

РЕКОМЕНДОВАНО ДО ЗАХИСТУ  
Протокол № \_\_\_\_\_  
засідання кафедри загальної та клінічної психології  
від \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ р.  
Завідувач кафедри  
\_\_\_\_\_ (Журавльова О.А.)

**ЛУЦЬК – 2025**

## АНОТАЦІЯ

**Денисенко М.** Психологічні особливості посттравматичних станів в учасників бойових дій. – Рукопис.

Випускна кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр» за спеціальністю 053 – Психологія. – Волинський національний університет імені Лесі Українки, Луцьк, 2025 р.

Магістерська робота присвячена комплексному дослідженню психологічних особливостей посттравматичних станів, емоційних порушень та копінг-стратегій у учасників бойових дій. Актуальність теми зумовлена зростанням кількості військовослужбовців і ветеранів, які потребують професійної психологічної підтримки та реабілітації.

Результати емпіричного дослідження засвідчили, що значна частина респондентів характеризується вираженими проявами посттравматичної симптоматики, підвищеним рівнем тривожності та наявністю депресивних тенденцій. Кореляційний аналіз підтвердив тісний зв'язок між інтенсивністю симптомів ПТСР та емоційними порушеннями. Також встановлено, що при підвищенні посттравматичних проявів знижується використання раціональних і когнітивних копінг-стратегій, натомість посилюються емоційні та унікальні форми реагування.

Наукова новизна роботи полягає у визначенні специфічних комбінацій копінг-стратегій, притаманних особам із різним рівнем посттравматичної симптоматики, а також у встановленні нових характеристик взаємозв'язків між ПТСР, тривожністю, депресивністю та копінг-поведінкою.

Практичне значення полягає у можливості використання результатів дослідження під час розробки та впровадження програм психологічної допомоги, психокорекції та реабілітації ветеранів і військовослужбовців, спрямованих на розвиток адаптивних копінг-стратегій, зниження емоційної напруги та покращення психологічного благополуччя.

**Ключові слова:** посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), тривожність, депресія, копінг-стратегії, ветерани, учасники бойових дій, психологічне благополуччя.

## ABSTRACT

Denysenko M. Psychological characteristics of post-traumatic states in combatants. – Manuscript.

Master's thesis submitted for the degree of Master in Psychology, specialty 053 – Psychology. Lesya Ukrainka Volyn National University, Lutsk, 2025.

The master's thesis is devoted to a comprehensive study of the psychological characteristics of post-traumatic states, emotional disturbances, and coping strategies among combatants. The relevance of the topic is determined by the increasing number of military personnel and veterans who require professional psychological support and rehabilitation.

The results of the empirical study showed that a significant portion of respondents demonstrate pronounced manifestations of post-traumatic symptomatology, elevated levels of anxiety, and signs of depressive tendencies. Correlation analysis confirmed a strong relationship between the intensity of PTSD symptoms and emotional disturbances. It was also found that with an increase in post-traumatic symptoms, the use of rational and cognitive coping strategies decreases, while emotional and avoidance-based responses become more prevalent.

The scientific novelty of the study lies in identifying specific combinations of coping strategies characteristic of individuals with different levels of post-traumatic symptomatology, as well as determining new features of the interrelations between PTSD, anxiety, depression, and coping behavior.

The practical significance of the thesis consists in the possibility of applying the obtained results in the development and implementation of psychological assistance, psychocorrection, and rehabilitation programs for veterans and military personnel. These programs may contribute to the development of adaptive coping strategies, reduction of emotional tension, and improvement of psychological well-being.

**Keywords:** post-traumatic stress disorder (PTSD), anxiety, depression, coping strategies, veterans, combatants, psychological well-being.

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1	
ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ФЕНОМЕНІВ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ ТА ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТАНІВ	
1.1. Теоретичні засади вивчення психологічної травми та посттравматичних станів.....	9
1.2. Психологічна травматизація та її наслідки в учасників бойових дій.....	15
1.3. Психологічні наслідки бойового стресу та формування посттравматичних станів у учасників бойових дій.....	19
РОЗДІЛ 2	
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТАНІВ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ	
2.1. Організація та методи емпіричного дослідження психологічних особливостей посттравматичних станів в учасників бойових дій.....	27
2.2. Аналіз результатів дослідження психологічних особливостей посттравматичних станів в учасників бойових дій.....	31
ВИСНОВКИ.....	47
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	49
ДОДАТКИ.....	55

## ВСТУП

**Актуальність дослідження.** Сучасні події, пов'язані з повномасштабною війною в Україні, спричинили значне зростання кількості осіб, які зазнали впливу бойових дій і перебувають у стані психологічного виснаження, емоційної дезорганізації та посттравматичних переживань. Психологічні наслідки участі у збройних конфліктах мають тривалий характер і можуть проявлятися у вигляді посттравматичного стресового розладу (ПТСР), тривожних і депресивних станів, порушення емоційної регуляції, дезадаптаційних форм поведінки та змін у міжособистісній взаємодії. Актуальність дослідження зумовлена не лише масштабом психічної травматизації військовослужбовців і ветеранів, але й нагальною потребою у науково обґрунтованих підходах до їх психологічної підтримки, реадптації та реабілітації.

Учасники бойових дій стикаються зі значною кількістю екстремальних подій: загрозою життю, втратою побратимів, отриманням поранень, тривалим фізичним і психоемоційним навантаженням, перебуванням у стані постійної небезпеки. Це призводить до формування складних посттравматичних станів, які впливають на когнітивну сферу, емоційну стабільність, поведінкові реакції та якість життя загалом. Дослідження, проведені в Україні та за кордоном, вказують на високу поширеність симптомів ПТСР серед військових, що робить проблему однією з ключових для системи психічного здоров'я.

У цьому контексті особливої ваги набуває наукове вивчення психологічних механізмів розвитку посттравматичних станів, визначення їх структурних компонентів та чинників, що зумовлюють індивідуальні відмінності у переживанні травми. Не менш важливою є оцінка копінг-стратегій, які застосовують учасники бойових дій, оскільки ефективність цих стратегій визначає рівень психологічної адаптації, здатність до саморегуляції та перспективи подолання наслідків травматичного досвіду.

**Об'єкт дослідження** – психологічні стани учасників бойових дій.

**Предмет дослідження** – психологічні особливості посттравматичних станів та їх взаємозв'язок із емоційними порушеннями і копінг-стратегіями.

**Мета дослідження** – здійснити теоретико-методологічний та емпіричний аналіз психологічних особливостей посттравматичних станів учасників бойових дій.

**Завдання дослідження:**

1. Проаналізувати теоретико-методологічні підходи до вивчення психологічної травми, бойового стресу та посттравматичних станів.
2. Окреслити специфіку психотравматизації та емоційних порушень у учасників бойових дій.
3. Дослідити інтенсивність проявів посттравматичного стресового розладу, тривоги та депресії у вибірці учасників бойових дій.
4. Визначити особливості копінг-стратегій та ресурсів особистості, які застосовують військовослужбовці у подоланні наслідків травматичного досвіду.
5. З'ясувати взаємозв'язок між рівнем посттравматичної симптоматики, емоційними порушеннями та копінг-стратегіями.

**Вибірка дослідження.** Емпіричне дослідження проведено серед 46 учасників бойових дій м. Луцька та Волинської області, чоловічої статі, із досвідом перебування в зоні бойових дій від 6 до 24 місяців.

**Методи дослідження.**

- Теоретичні методи: аналіз, синтез, узагальнення, систематизація наукових джерел із проблеми психологічної травми та ПТСР.
- Емпіричні методи: комплекс психодіагностичних методик (PCL-5, HADS, BASIC Ph, «Індикатор копінг-стратегій»).
- Методи обробки даних: описова статистика, аналіз середніх значень, відсотковий аналіз, кореляційний аналіз Пірсона.

**Теоретико-методологічна основа дослідження.**

Дослідження ґрунтується на теоріях психологічної травми, концепціях бойового стресу, сучасних моделях ПТСР та копінг-поведінки. Теоретичну базу дослідження становлять: психоаналітичний підхід до розуміння травми (З. Фрейд), концепції психологічної травми та посттравматичного стресу, розроблені Ж. Шарко, П. Борном, Дж. Еріхсеном, моделі бойового стресу та воєнної травми (А. Кардінер, Р. Грінкер, Дж. Шпігель), когнітивно-поведінкові теорії подолання

стресу (Р. Лазарус і С. Фолкман), підходи до дослідження особистісних ресурсів та копінг-стратегій (М. Лаад — модель BASIC Ph; Н. Сирота, В. Ялтонський), що описують індивідуальні способи подолання стресу та кризових станів, положення DSM-5 та МКХ-10 щодо класифікації та діагностики посттравматичного стресового розладу, які визначають структурні особливості ПТСР, його симптоми та критерії виявлення.

**Наукова новизна дослідження** полягає у визначенні специфічних комбінацій копінг-стратегій у військовослужбовців з різним рівнем посттравматичної симптоматики та у виявленні взаємозв'язку між ПТСР, тривожністю, депресивністю та копінг-поведінкою.

**Практична значущість дослідження.** Результати можуть бути використані у психологічній практиці, психотерапії, реабілітаційних програмах ветеранів та у підготовці фахівців з клінічної психології.

**Апробація результатів дослідження.** Проведене дослідження було апробовано на XII міжнародній науково-практичній інтернет-конференції: «Соціальна адаптація особистості в сучасному суспільстві» із циклу: «Психологічні складові сталого розвитку суспільства: пошук психологічного обґрунтування викликів сучасності».

**Структура та обсяг роботи.** Робота складається із вступу, двох розділів та висновків, списку використаної літератури (56 найменувань, 9 з них – іноземною мовою). Повний обсяг роботи викладений на 54 сторінках друкованого тексту, ілюстрована 5 таблицями та 4 рисунками.

## РОЗДІЛ 1

# ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ФЕНОМЕНІВ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ ТА ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТАНІВ

### 1.1. Теоретичні засади вивчення психологічної травми та посттравматичних станів

На сьогодні проблема психотравми, посттравматичних станів і посттравматичного стресового розладу (ПТСР) є надзвичайно актуальною для українського суспільства. Її значення виходить далеко за межі медицини, охоплюючи також соціально-психологічну сферу. Основною причиною цього є тривалі бойові дії в Україні, які призводять до постійного зростання кількості осіб, що пережили травматичний досвід війни, та тяжкості його наслідків. Як і будь-яка екстремальна ситуація, збройний конфлікт залишає по собі серйозні психологічні наслідки, що не зникають навіть після його завершення. Вони продовжують впливати на людей і суспільство загалом у мирний час, викликаючи численні труднощі, які неможливо усунути швидко чи однозначно.

У зв'язку з цим особливої уваги потребує дослідження психологічних станів і специфіки прояву ПТСР у учасників бойових дій. Це важливо для їхньої подальшої адаптації, підтримання психічного здоров'я та працездатності. Зазвичай посттравматичний стресовий розлад розвивається після дії сильних психотравмуючих факторів під час бойових подій, проте іноді симптоми можуть проявлятися через певний час, навіть через кілька років після травматичного досвіду. Варто зазначити, що ПТСР розвивається не у всіх військовослужбовців: за статистичними даними, близько 25% учасників бойових дій стикаються з подібними станами..

Світова практика також свідчить, що приблизно кожен п'ятий борець, навіть без фізичних травм, має ознаки нервово-психічних порушень, а серед тих, хто зазнав поранень чи інших ушкоджень, цей показник сягає майже третини.

Наявність у сучасній незалежній Україні такого масового явища, як психічна травма та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) у учасників бойових дій, є відносно новим і нетиповим феноменом. Помітна частина

військовослужбовців має виражені ознаки психічної травми, і більшість із них не завжди розуміють, як впоратися зі своїми емоціями чи переживаннями.

Психічна травма (ПТ) – це подія або ситуація, що суттєво впливає на важливі сфери життя людини та спричиняє глибокі емоційні страждання. Її виникнення пов'язане з тим, що природна реакція організму на травматичний досвід залишається неповною [3, с. 32]. Психічна травма має значні негативні наслідки для психічного та фізичного здоров'я людини, а також може впливати на якість її життя. Упродовж життя кожна людина може стикатися з різними видами травм, які викликають сильний емоційний біль і тривогу. Водночас людська психіка має здатність до саморегуляції, що допомагає зберігати внутрішню цілісність і адаптуватися навіть до найскладніших умов.

Вивчення феномену психічної травми має давню історію. Ознаки травматичного досвіду людини відображені ще у творах античних мислителів і поетів – Аристотеля, Платона, Гомера, Лукреція та інших [17]. У стародавніх текстах можна знайти описи переживань, подібних до сучасного розуміння травми: надзвичайна сила емоцій, незворотність наслідків і тривалий психологічний відбиток події, який може залишатися на все життя. Отже, психічна травма – це явище, що має глибоке історичне коріння і закріплене як у досвіді людства, так і в колективному несвідомому кожної особистості [3; 9].

Наукове вивчення проблем, пов'язаних із психічною травмою, розпочалося одночасно з формуванням основ сучасної психології та психотерапії. Саме тоді вчені почали досліджувати взаємозв'язок між психічними процесами та тілесними реакціями. Це дало змогу по-новому поглянути на природу неврозів, визначити їхні причини, форми прояву та розробити підходи до лікування психічних розладів [3; 9].

Сьогодні відомо, що психічна травма виникає внаслідок порушення гармонійного функціонування психіки, яка охоплює чотири основні виміри людського існування – емоційний, фізичний, когнітивний і духовний. Ці складові формуються поступово в процесі онтогенезу, тісно взаємопов'язані між собою й утворюють єдину систему. Коли порушується цілісність хоча б одного з цих

вимірів, відбувається внутрішній дисбаланс, що може призвести до появи психічної травми [14].

Першу ґрунтовну теорію психічної травми розробив Зигмунд Фрейд у межах психоаналітичного підходу. Він розглядав травму як несвідомий афект, який має патогенний вплив на психіку людини і лежить в основі невротичних станів [21]. На думку Фрейда, джерело травми не завжди криється у зовнішніх подіях – воно може бути наслідком внутрішнього розщеплення особистості, конфлікту між частинами «Я», що породжує глибоку тривогу. Психіка людини, за Фрейдом, постійно прагне зберегти внутрішню рівновагу, і цей процес може бути порушений під дією сильних емоційних переживань [21].

Учений також наголошував, що ключовим чинником у подоланні травми є не сама її інтенсивність, а готовність організму та психіки до переживання й інтеграції цього досвіду [21]. Травматичний досвід не завжди проявляється безпосередньо – його наслідки можуть виражатися через різноманітні симптоми. Водночас Фрейд вважав, що повторне усвідомлення, відтворення та проговорення травматичної події допомагають звільнитися від патологічного впливу пригнічених емоцій [22].

У сучасному розумінні психічна травма трактується як стан сильного страху чи безпорадності, який виникає у людини в момент зіткнення з раптовою, потенційно небезпечною або життєво загрозовою ситуацією [24].

Психічна травма – це порушення внутрішнього захисного бар'єра людини, який зазвичай оберігає її від надмірного психічного напруження під час стресових подій [22]. У таких випадках людина переживає стан безпорадності й вразливості. Подібна травма виникає тоді, коли внутрішніх ресурсів не вистачає, щоб самостійно подолати наслідки травматичного досвіду. Її руйнівна сила залежить як від значення самої події для конкретної особистості, так і від рівня психологічної стійкості та здатності до саморегуляції [15].

Найчастіше дослідники пов'язують психічну травму з воєнними подіями, актами насильства, стихійними лихами чи серйозними аваріями. Проте навіть буденні, на перший погляд, ситуації можуть стати джерелом глибоких травматичних переживань [21]. Після отриманої травми людина нерідко

потрапляє у своєрідне «замкнене коло» – її психіка схильна знову й знову відтворювати болісний досвід, провокуючи схожі життєві обставини. Це явище отримало назву синдрому нав'язливого повторення [22].

Французький невролог Жан-Мартен Шарко зазначав, що травматична подія виступає своєрідним каталізатором, а її вплив залежить від індивідуальних особливостей людини. Дослідник наголошував на ролі травмувальних чинників у формуванні невротичних станів, особливо в розвитку істеричних проявів. Він також помітив, що психічний стан людини після сильного потрясіння подібний до стану гіпнозу – це явище нині іноді називають «репродуктивним пророцтвом» [3].

Загалом психічна травма розглядається як наслідок перебування людини у психотравмуючій ситуації [30]. Така ситуація може бути спричинена соціальними, природними, інформаційними або особистісними факторами, які провокують підвищення психічної напруги, руйнування адаптаційних механізмів і навіть часткову втрату цілісності світогляду. Подібні події порушують базове відчуття безпеки, спричиняють дезадаптацію, підвищують рівень конфліктності у спілкуванні та призводять до порушення емоційної саморегуляції [28].

Варто зазначити, що психічна травма має власний механізм дії, який включає кілька послідовних етапів: наявність зовнішньої події, що суб'єктивно сприймається як травматична; сильне емоційне потрясіння, яке викликає почуття внутрішнього болю та дискомфорту; порушення функціонування Его, що проявляється у вигляді гострих або відтермінованих реакцій, зокрема психосоматичних розладів; руйнування системи адаптації особистості та підвищення вразливості до подальших травматичних впливів.

Одним із природних механізмів захисту психіки є дисоціація – процес, під час якого психіка ніби «розщеплює» травматичний досвід, щоб зменшити його руйнівний вплив [12]. У результаті частина переживань переходить у несвідоме, що створює бар'єр для інтеграції спогадів. Людина, яка зазнала психотравмуючих подій, часто відчуває провали у пам'яті, їй важко чітко описати або вербалізувати власний досвід [27].

Травмовані особи нерідко зазнають змін у базових структурах «Я», переживають депресивні стани, стають емоційно відстороненими від близьких [8].

Процесу відновлення сприяє усвідомлення та опрацювання емоційних переживань, зменшення тривожності, відновлення довіри до світу та відчуття безпеки [20].

На відміну від психіки, яка прагне витіснити травматичні спогади, тіло «запам'ятовує» пережиту подію. Організм сигналізує про внутрішню напругу через фізичні симптоми – біль, спазми, втому або інші тілесні відчуття. Саме тому важливо уважно ставитися до тілесних сигналів, адже вони можуть свідчити про наявність глибоких психологічних травм [3]. Люди, які пережили травматичний досвід, часто відчувають ізоляцію, самотність і брак підтримки.

Першим, хто систематично описав симптоми, пов'язані з наслідками важкої психічної травми, був англійський дослідник Джон Еріхсен у 1867 році. Він пов'язував такі стани з порушеннями уваги та пам'яті, а також відзначав появу нав'язливих сновидінь, у яких відтворювалися елементи травматичної події та супутні емоційні переживання.

Особливу цінність для нашого дослідження становлять роботи Т. Льюїса, який одним із перших звернув увагу на групу солдатів із подібними симптомами та описав це явище як «синдром солдатського серця» або «синдром напруги» [26, с. 356]. Подібні прояви – поєднання психоневротичних і серцево-судинних порушень – під час Першої світової війни досліджував також Б. Оппенгеймер, який назвав їх «нейроциркуляторною астеною» [4].

Період Другої світової війни знову актуалізував інтерес до вивчення реакцій на бойовий стрес. Саме тоді з'явився термін «воєнний невроз», яким позначали психічні стани, що виникали внаслідок участі у бойових діях [5]. Американський психіатр А. Кардінер у своїх працях описав цей феномен як «травматичний невроз війни» та запропонував поняття «центрального фізіоневрозу», під яким розумів порушення функцій, необхідних для адаптації людини до навколишнього світу. Дослідники детально охарактеризували симптоми цього стану, відзначаючи як його психологічні, так і фізіологічні прояви [5].

У своїй відомій монографії «Люди під впливом стресу» Р. Грінкер і Дж. Шпігель увели до наукового обігу низку термінів, що описували бойові психічні стани: «бойовий стрес», «бойова втома», «бойове виснаження» та «гостра бойова

реакція». Вони описали типові симптоми, які спостерігали у солдатів після повернення з полону: хронічну втому, депресію, труднощі з пам'яттю та концентрацією уваги, нічні кошмари, фобії, агресивність, підвищену недовіру й активацію симпатичної нервової системи [20].

Подальший розвиток у розумінні цього феномена відбувся у 1952 році, коли Американська психіатрична асоціація включила поняття «реакція на сильний фізичний і емоційний стрес» до другої редакції класифікації DSM (DSM-II) [21]. Саме це стало важливою віхою в становленні сучасного поняття «травма». У 1980 році цей діагноз був офіційно включений до DSM-III під назвою «посттравматичний стресовий розлад» (ПТСР) [20]. В останній Міжнародній класифікації хвороб (МКХ-10) аналогічний стан позначено у рубриці F43 – «реакції на сильний стрес і розлади адаптації» [20].

Таким чином, сучасна наука визнає, що певні екстремальні ситуації чи події можуть спричинити у людини комплекс психічних порушень, які проявляються у вигляді посттравматичних станів різного ступеня тяжкості.

Медичний підхід до розуміння сутності психічної травми базується на аналізі подій, які мають високу інтенсивність, тривалість та впливають на центральну нервову систему людини. Наслідки таких подій можуть залишатися прихованими тривалий час, а прояви травми часто з'являються із запізненням. Сильні емоційні переживання здатні порушити базові життєві механізми, пригнічуючи здатність до саморегуляції й соціальної адаптації. Психотравмуючі ситуації можуть викликати регресивні реакції, руйнувати психологічні захисні механізми та створювати внутрішні бар'єри, які ускладнюють нормальне функціонування особистості.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) визначається як відстрочена неспокійна реакція на травматичний стрес, яка може призводити до розвитку психічних порушень. Його виникнення зумовлене дією стресора, що виходить за межі звичного людського досвіду і викликає стан дистресу [6]. Такі ситуації можуть бути пов'язані із загрозою життю, серйозними фізичними травмами, каліцтвами, актами насильства, смертю близьких чи колег. Переживання подібних подій стає потужним фактором формування посттравматичних реакцій.

До основних симптомів ПТСР належать: порушення сну, нав'язливі спогади про травматичну подію, часткова або повна амнезія окремих моментів, гіперчутливість до зовнішніх подразників, підвищена пильність і стан хронічного психоемоційного напруження. [7].

Серед вторинних проявів посттравматичного синдрому спостерігаються депресія, тривожність, імпульсивна поведінка, соматичні порушення та зловживання алкоголем.

На сьогодні не існує єдиної теорії, яка б повністю пояснювала механізм розвитку ПТСР. Дослідники пропонують різні моделі – когнітивну, психодинамічну, психосоціальну, психобіологічну, умовно-рефлекторну та мультифакторну, що акцентують увагу на різних аспектах взаємодії між психікою, тілом та зовнішніми обставинами [3;6].

Окремий інтерес становлять сучасні підходи, які розглядають ПТСР через призму теорії трансу, дисоціацій та травматичного імпринту, а також через механізми формування патологічних емоційно-асоціативних мереж. Згідно з психосоціальним підходом, вирішальну роль у перебігу ПТСР відіграє зовнішнє середовище. Ця модель вважається багатофакторною, оскільки враховує значення соціальних, економічних та міжособистісних чинників. До ключових факторів, що сприяють успішній адаптації осіб після пережитої травми, належать: відсутність серйозних фізичних ушкоджень, стабільне матеріальне становище, збереження соціального статусу, підтримка з боку суспільства та близьких, а також наявність важливих міжособистісних зв'язків.

## **1.2. Психологічна травматизація її наслідки в учасників бойових дій**

Проблема психологічної травматизації учасників бойових дій є однією з найактуальніших у сучасній психолого-психіатричній науці. Дослідження феномену бойового стресу (А. Колісніченко, М. Кутко, І. Приходько, В. Василевський, Г. Тимченко та ін.) свідчать, що посттравматичний шок, спричинений участю у воєнних діях, має значно складнішу структуру й триваліший перебіг, ніж травматичні реакції, характерні для мирного часу. Це зумовлено накопиченням у пам'яті численних інтенсивних емоційних спогадів,

пов'язаних із насильством, фізичними та психічними перевантаженнями, втратою побратимів, почуттям провини та співчуття до близьких.

Бойова психічна травма часто має накопичувальний характер – кожен новий епізод травмуючих подій накладається на попередній досвід, формуючи стійкі емоційні сліди у свідомості людини. Такий тривалий стресовий вплив призводить до емоційного виснаження, депресії, агресивних реакцій, порушення соціальної адаптації. Показовими є дані, отримані під час аналізу наслідків війни у В'єтнамі: за офіційною статистикою, у бойових діях загинуло 58 226 американських військовослужбовців, але протягом наступного десятиліття кількість ветеранів, які скоїли самогубство, перевищила цю цифру утричі [5].

Результати сучасних досліджень психічного здоров'я учасників бойових дій засвідчують, що серед діагностованих порушень переважають неврологічні, психосоматичні та соматоформні розлади – близько 37,5% випадків. Значна частина психічних і поведінкових розладів (25,6%) формується як наслідок уживання психоактивних речовин, переважно алкоголю. Ще 24,6% припадає на органічні, зокрема симптоматичні психічні розлади [2].

Окрему групу становлять розлади, що безпосередньо пов'язані з дією сильних психоемоційних стресорів. Поширеність зловживання алкоголем серед ветеранів свідчить про високу частку неконструктивних стратегій зниження психічної напруги. Це вказує на необхідність розвитку ефективних психологічних програм реабілітації, спрямованих на формування здорових механізмів подолання стресу, профілактику залежностей та відновлення психологічної рівноваги учасників бойових дій.

Участь у бойових діях і збройних конфліктах супроводжується впливом численних негативних чинників – як фізичних, так і психологічних. Серед них: надмірні фізичні навантаження, тривалий психічний стрес, ризик виникнення соматичних захворювань, бойові травми, тілесні ушкодження, а також відстрочені наслідки – косметичні дефекти, хірургічні втручання, каліцтва тощо. У сукупності ці фактори здатні спричинити розвиток психічних і соматичних розладів, що формують підґрунтя для виникнення посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у учасників бойових дій [17].

Тривалі фізичні та психоемоційні перевантаження призводять до виснаження адаптаційних можливостей організму, зниження імунітету, погіршення перебігу вже наявних захворювань та підвищення ризику розвитку нових патологічних станів. У результаті можуть формуватися соматогенні неврологічні розлади, а також відбувається хронізація соматичних хвороб.

Соматичні травми, отримані внаслідок бойових дій, зазвичай мають комбінований характер. До них можуть належати механічні ураження (ударна хвиля, баротравма, кульові чи осколкові поранення), а також вплив хімічних або термічних факторів. Подібні ушкодження не лише викликають фізичний біль і дискомфорт, а й стають причиною зниження психічної стійкості, посилення тривоги та погіршення загального емоційного стану. Це, у свою чергу, ускладнює процес фізичного відновлення і сприяє переходу захворювань у хронічну форму [8].

Сильні емоційні потрясіння та психічний дискомфорт негативно впливають на адаптаційні реакції організму, знижують рівень фізичної та психічної витривалості, збільшують імовірність розвитку нових захворювань або повторного травмування. Такі стани часто стають основою для формування й закріплення посттравматичних неврологічних розладів.

Пізній психологічний фактор, який проявляється через певний час після травматичних подій, може призводити до появи внутрішньоособистісних і міжособистісних конфліктів, порушень у роботі вегетативної нервової системи, ендокринних змін, розвитку соматоморфних розладів і хронізації соматичних хвороб.

Основними патологічними механізмами впливу соматичної бойової травми на психічний стан учасників бойових дій є кілька взаємопов'язаних процесів:

- безпосередній вплив тілесного ураження на функціонування головного мозку, що може призводити до розвитку психічних порушень;
- хронічний больовий синдром, який спричиняє емоційно-вольові зміни та негативно впливає на когнітивні процеси;
- тривале лікування, зокрема використання наркотичних або знеболювальних препаратів, що дестабілізує емоційну сферу;

- негативне сприйняття власного фізичного стану (наявність каліцтв, рубців, дефектів), яке заважає реалізації життєвих цілей і сприяє закріпленню посттравматичних неврологічних розладів [16].

Особливо серйозні наслідки психотравматичного впливу часто проявляються через кілька місяців після повернення учасників бойових дій до мирного життя. Найпоширенішими симптомами є психосоматичні розлади: постійна втома, головні болі, зниження працездатності, тривожність, порушення сну, фобії, емоційна нестабільність, сексуальні розлади та інші прояви, що свідчать про глибоке виснаження психофізіологічних ресурсів.

Дослідники Б. Фoa, Л. Напрєєнко та інші виокремлюють три основні групи симптомів посттравматичного стресового розладу, що з віком мають тенденцію до посилення:

1) надмірне збудження – підвищена вегетативна реактивність, тривожність, порушення сну, нав'язливі спогади, уникнення ситуацій, пов'язаних із травматичною подією;

2) періодичні стани емоційного пригнічення – апатія, депресія, почуття безнадійності, відчуття внутрішнього спустошення;

3) істеричні реакції – психосоматичні симптоми на кшталт паралічу, головного болю, глухоти чи нервового виснаження.

Такі зміни призводять до деформації мотиваційної сфери, зниження рівня соціальної активності та втрати інтересу до професійної діяльності. Унаслідок цього поступово формується тенденція до соціальної ізоляції, зростає відчуття безпорадності, що, своєю чергою, погіршує якість життя ветеранів і ускладнює їхню реадaptaцію до мирного середовища [20].

Успішне відновлення психічного стану та адаптація учасників бойових дій потребують не лише індивідуального медикаментозного лікування чи психотерапії, а й розбудови комплексної системи медико-психологічної допомоги, реадaptaції та реабілітації до умов мирного життя. Якщо медичне лікування спрямоване на відновлення фізичних функцій організму, то психологічна реабілітація покликана забезпечити гармонійне повернення

особистості до соціального середовища, попередити розвиток дезадаптаційних форм поведінки та сприяти збереженню внутрішньої рівноваги.

Далі розглянемо особливості бойової психологічної травми у військовослужбовців, специфіку їхнього переживання гострого психічного стресу, наслідки відстроченого психотравматичного впливу та прояви посттравматичних станів.

### **1.3. Психологічні наслідки бойового стресу та формування посттравматичних станів у учасників бойових дій**

Дослідження проблеми психічної травми тривалий час базувалося переважно на теорії посттравматичного стресу (ПТС). Згодом цей підхід був розширений новими концепціями – теорією соціального стресового розладу [13], концепцією переживання травматичної події [16] та соціогуманістичною концепцією психологічної травми [26]. Соціальні стресові розлади охоплюють як доклінічні стани (психологічні реакції на стрес), так і клінічні форми, серед яких неврози, патологічні зміни особистості, алкоголізм тощо [3].

Такі розлади розглядаються як порушення внутрішньої рівноваги, що виникають у відповідь на вплив зовнішніх чи внутрішніх стресових чинників. Вони проявляються у вигляді підвищеної напруженості, тривожності, роздратованості або апатії, що виникають під дією сильних емоційних і негативних переживань. Науковці виділяють кілька основних видів стресу: інформаційний, психологічний, травматичний і бойовий, кожен із яких має свої механізми формування та прояву [20].

Дослідники виділяють три основні типи реакцій людини на стресову ситуацію: «боротьба» (бий), «втеча» (втікай) та «завмирання» (замри). Ці форми реагування є еволюційно закріпленими механізмами, що допомагають людині впоратися з небезпекою та вижити в екстремальних умовах.

У розвитку стресової реакції розрізняють кілька основних стадій [22]:

- реакція тривоги – організм активізується, відбувається викид гормону кортизолу, посилюється діяльність серцево-судинної та нервової систем;

- стадія резистентності – відбувається спроба відновити рівновагу, повернутися до стабільного фізіологічного стану;

- фаза виснаження – настає у випадку тривалого або надмірного впливу стресора, коли адаптаційні ресурси організму вичерпуються, а стрес набуває хронічного характеру.

Люди переживають наслідки стресу по-різному: у деяких реакції проявляються одразу після події, тоді як в інших – через певний проміжок часу. До найпоширеніших наслідків сильного стресу належать порушення сну та апетиту, тривожні або нав'язливі спогади, нічні кошмари, емоційне пригнічення, труднощі з концентрацією уваги, втрата здатності відчувати глибокі емоції, часткова амнезія. Часто люди прагнуть уникати думок або почуттів, пов'язаних із пережитою психотравмою, що супроводжується відчуттям «скороченого майбутнього» чи втрати сенсу життя [21].

Практично всі учасники бойових дій (УБД) стикаються з проявами бойового стресу. Він виникає ще до безпосереднього зіткнення з небезпекою та триває аж до моменту виходу із зони бойових дій. Боротьба зі стресом є складним процесом мобілізації всіх наявних ресурсів організму – імунних, нервових і психічних систем – для подолання ситуацій, що становлять загрозу життю та психічній цілісності людини [20].

У стані стресу в організмі людини відбуваються суттєві фізіологічні зміни. Під впливом гормонів, які виділяються ендокринними залозами, підвищується рівень тривожності, настороженості та агресії. Зростає об'єм легенів, що забезпечує надходження більшої кількості кисню до органів, які активно залучені до реагування на стресову ситуацію [25].

Паралельно відбувається звуження кровоносних судин, що спричиняє підвищення артеріального тиску та посилення кровотоку. Система кровообігу перерозподіляє потоки крові: зменшується приплив до внутрішніх органів і збільшується до серця та скелетних м'язів. Це дозволяє організму швидше мобілізуватися в небезпечній ситуації та забезпечити фізичну готовність до дії [26].

Отже, участь у бойових діях практично для кожної людини є потужним стресовим чинником і супроводжується низкою психологічних та фізіологічних реакцій. До основних стресових факторів бойової ситуації належать [20]:

1) чітке усвідомлення загрози життю – так званий біологічний страх смерті, болю чи каліцтва;

2) психоемоційна напруга, що виникає під час безпосередньої участі в бойових діях і пов'язана з переживанням загибелі побратимів або необхідністю позбавити життя ворога;

3) фактори бойової обстановки – дефіцит часу, швидкий темп подій, різкість, невизначеність ситуації, постійна небезпека;

4) порушення базових фізіологічних потреб – нестача сну, порушення режиму харчування, недостатні гігієнічні умови.

У зовнішніх проявах стрес під час бойових дій проявляється прискореним серцебиттям і диханням, підвищенням температури тіла, почервонінням або блідістю шкіри, надмірним потовиділенням, сухістю у роті, тремором (м'язовим тремтінням), змінами моторної активності (частоти та амплітуди рухів), частішим сечовипусканням або навіть його мимовільними проявами, підвищеним рівнем тривоги та пильності [32].

Усі перелічені симптоми є природною реакцією організму на екстремальні та нетипові умови бойових дій. Серед основних факторів, що викликають підвищений рівень стресу й страху, провідне місце займають такі чинники: загибель бойових побратимів – 50%; отримання тяжких поранень або спостереження смерті інших – 29%; боротьба з надмірним шумом і світлом – 8%; спостереження палаючої бойової техніки – 5%. Загалом у 90% військовослужбовців страх проявляється у вираженій формі [32].

Згідно з даними, отриманими під час Другої світової війни, 39% військових відчували найбільший страх до початку бою, 35% – безпосередньо під час зіткнення, 16% – після завершення бою, а 10% не змогли визначити момент виникнення цього відчуття. До найпоширеніших фобій у бойових умовах відносять: страх мін, страх снайперів, літаків, танків та інших загроз [23].

Крім того, у деяких військовослужбовців можуть спостерігатися істеричні реакції, не пов'язані з фізичними травмами. До таких проявів належать: істерична сліпота (звуження поля зору, розмитість або подвійність зображення), часткова втрата слуху, параліч або судоми кінцівок, оніміння тіла, неконтрольований плач, сміх, кашель, гикавка, мимовільні рухи тулуба, каталепсія (тривале збереження пози), сонливість або патологічна втома, а також істерична анестезія окремих частин тіла. У таких випадках навіть звичайні зовнішні подразники – світло, звук чи дотик – можуть сприйматися як нестерпні [43].

Таким чином, боротьба з психологічною травмою є складним процесом, у якому бойовий стрес виступає потужним фактором впливу на особистість. Він порушує відчуття психологічної безпеки, спричиняє надмірне навантаження на регуляторні системи організму та вимагає мобілізації функціональних ресурсів тіла. Тривала дія таких факторів призводить до зниження адаптаційних можливостей людини і зменшення її здатності протистояти фізичним і психічним навантаженням [23].

Більшість бойових стресових реакцій у військовослужбовців проявляється протягом першого місяця, а майже 40% – уже в перший тиждень після початку бойових дій. Упродовж перших чотирьох днів після пережитої психотравмуючої події учасникам бойових дій необхідно надати першу психологічну допомогу, забезпечити соціальний супровід, просвітницьку підтримку щодо можливих негативних реакцій на стрес і потенційних ускладнень, а також організувати духовну та релігійну підтримку [17].

Негативний вплив бойового досвіду на психіку проявляється у загальній дезорганізації поведінки, уповільненні когнітивних процесів, неадекватних реакціях на зовнішні подразники, зниженні концентрації уваги, звуженні її обсягу, порушеннях пам'яті, імпульсивних діях і виражених вегетативних змінах. Тривалий вплив стресових факторів спричиняє порушення біологічних механізмів адаптації та компенсації, що з часом можуть набувати незворотного характеру та створювати передумови для розвитку нервово-психічних розладів [17].

Учасники бойових дій зазвичай перебувають у стані підвищеної бойової готовності як напередодні, так і під час активних операцій. Тривога є одним із

найпоширеніших психічних станів серед військових, діяльність яких супроводжується впливом потужних стресорів. Вона проявляється у порушенні внутрішньої рівноваги, відчутті безпідставної загрози, емоційному збудженні та напрузі [20].

Тривога у військовослужбовців може виявлятися на різних рівнях. Перший рівень – це несвідоме відчуття небезпеки або невизначеної загрози. Другий рівень – це страх, який виникає як усвідомлена реакція на конкретні небезпечні ситуації чи фактори, що викликають тривожність [45].

Регулятором поведінки учасників бойових дій виступає їх емоційно-вольова сфера, розвиток якої залежить від інтенсивності дії зовнішніх стресових факторів та індивідуальної здатності до самоконтролю. Чим більше розвинена емоційно-вольова сфера, тим вища стійкість особистості до психічних навантажень.

Результати численних досліджень і опитувань, проведених серед учасників бойових дій (зокрема у В'єтнамі, Афганістані, зоні АТО), показують, що значна частина ветеранів відчуває себе «використаними» або «забутими». Вони часто відчувають образу через брак підтримки, нерозуміння та байдужість оточення, що посилює відчуття ізоляції, втрати значущості та потреби у соціальному схваленні й прийнятті [29].

Психологічні наслідки участі у бойових діях часто стають причиною значних труднощів під час повернення до мирного життя. У цивільних умовах у багатьох учасників бойових дій спостерігаються підвищена тривожність, емоційна нестабільність, загострення почуття справедливості та правосвідомості, що нерідко призводить до «вибухових» реакцій, депресивних станів і труднощів у соціальній взаємодії. Внаслідок цього у ветеранів виникають проблеми у сімейних стосунках і професійній діяльності, знижується зацікавленість у громадському житті, втрачається мотивація до вирішення життєво важливих питань. У багатьох із них фіксуються посттравматичні стани та симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР) [19].

До основних симптомів ПТСР належать: порушення сну, нав'язливі спогади або «флешбеки», часткова амнезія (втрата пам'яті про окремі події), уникнення ситуацій, пов'язаних із травматичним досвідом, підвищена пильність, надмірне

збудження та емоційна напруга. Серед вторинних симптомів часто спостерігаються депресія, тривога, імпульсивність, зловживання алкоголем, соматичні порушення та загальне погіршення психофізичного стану [41].

Психіатр П. Борн одним із перших звернув увагу на характерний для ПТСР симптом – нав'язливо повторювані спогади, що виникають у формі яскравих емоційних і сенсорних образів («флешбеків»). Такі епізоди зазвичай супроводжуються депресивним настроєм, почуттям страху, соматовегетативними розладами, нічними кошмарами бойового змісту, відчуттям провини перед загиблими товаришами, а також втратою інтересу до колишніх занять і емоційною відстороненістю [19].

Дослідниця Л. Прокоф'єва, аналізуючи прояви невротичних і патохарактерологічних синдромів посттравматичного стресового розладу (ПТСР), виокремлює низку характерних симптомокомплексів. Зокрема, це «військове серце», що проявляється у вигляді задишки, болю в грудях і підвищеної пітливості; синдром вижившого, який характеризується хронічним почуттям провини за те, що вдалося вижити; флешбек-синдром, коли людина знову і знову переживає нестерпні спогади про травматичні події; прояви «бойової» психопатії, що включають агресивну та імпульсивну поведінку, схильність до насильства, зловживання алкоголем або наркотичними речовинами.

До цього переліку належить також синдром прогресуючої астенії, який формується після повернення до мирного життя та проявляється швидким виснаженням, втратою ваги, психічною втомою, передчасним старінням і потребою в ізоляції та спокої. Окремо виділяють посттравматичні рентні стани, що пов'язані з прагненням до отримання певних соціальних вигод (пільг, допомоги) унаслідок інвалідності, яка може мати вторинний, психологічно обумовлений характер.

Первинні порушення при ПТСР проявляються у формі травматичного стресу (ТС), який зазвичай виникає під час або одразу після критичного інциденту (триває до двох діб). Вторинними порушеннями вважають гострі стресові розлади (ГСР), що спостерігаються протягом перших чотирьох тижнів після події. У випадку, якщо симптоми не зникають, формується ПТСР, який розвивається після

одного місяця і може зберігатися протягом багатьох років. У тяжких випадках цей процес призводить до посттравматичного розладу особистості, який здатен зберігатися протягом усього життя людини, що пережила травму.

Травматичний стрес (ТС) дослідники визначають як нормальну реакцію психіки на ненормальні, екстремальні обставини, що виходять за межі звичного людського досвіду. Гострий стресовий розлад (ГСР) має короткочасний перебіг і проявляється у формі нав'язливих спогадів, які виникають упродовж чотирьох тижнів після події. Людина може бути як безпосереднім учасником травмівної ситуації (поранення, бойові дії, смерть близьких), так і її свідком або отримати інформацію про подібні випадки, що сталися з близькими людьми [38].

Під час ГСР особа переживає повторювані спогади про травму, уникає будь-яких подразників, що нагадують про неї, та характеризується підвищеною збудливістю. Симптоми виникають протягом перших чотирьох тижнів після травматичної події і тривають щонайменше три дні, але, на відміну від ПТСР, не перевищують одного місяця. Таким чином, останні десятиліття стали періодом активного розвитку концепції посттравматичного стресового розладу, її систематизації та вдосконалення. Завдяки працям як вітчизняних, так і зарубіжних дослідників, значно розширено розуміння динаміки посттравматичних станів і механізмів їх подолання [38].

В сучасних реаліях України особливої актуальності набуває необхідність поглибленого розуміння природи та механізмів розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Для цього важливо застосовувати комплексний підхід, який поєднує психологічні, соціальні та біологічні аспекти функціонування особистості. Такий підхід є основою для створення ефективних психокорекційних і реабілітаційних програм, здатних врахувати всі рівні травматизації та забезпечити гармонійне відновлення психоемоційної рівноваги [26].

Психотравмуючі події, пережиті учасниками бойових дій, впливають не лише на внутрішній психологічний стан, але й порушують систему міжособистісних зв'язків і ціннісних орієнтирів, які формують відчуття єдності людини з соціальним середовищем. Вони часто руйнують базові людські зв'язки –

сімейні, дружні, партнерські стосунки – та послаблюють почуття належності до суспільства [26].

У результаті тривалого бойового стресу та повторюваних психотравм у багатьох учасників бойових дій змінюються базові структури Его, що може проявлятися у відчутті пригніченості, емоційній відстороненості, труднощах у спілкуванні з близькими людьми. Водночас така реакція є природною фазою адаптації після травматичних подій [3].

Для того, щоб повернутися до повноцінного життя, людині необхідно зіткнутися зі своїми емоційними переживаннями, прийняти їх і навчитися знову довіряти світу. Важливу роль у цьому процесі відіграють психологічна допомога, психотерапія та програми соціально-психологічної реадaptaції, спрямовані на відновлення довіри до себе й оточення, формування нових життєвих орієнтирів та почуття безпеки.

## РОЗДІЛ 2

### ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТАНІВ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

#### 2.1. Організація та методи емпіричного дослідження психологічних особливостей посттравматичних станів в учасників бойових дій

Для реалізації завдань магістерського дослідження було проведено емпіричне вивчення особливостей переживання психотравматичних станів учасниками бойових дій.

Дослідження здійснювалося серед учасників бойових дій м. Луцька та Волинської області. Загальна вибірка налічувала 46 осіб чоловічої статі. Усі опитані мали досвід перебування у зоні активних бойових дій тривалістю від 6 до 24 місяців.

З метою комплексного аналізу психологічних особливостей переживання травматичного досвіду у вибірці було використано низку стандартизованих психодіагностичних методик, що дозволяють оцінити рівень посттравматичних симптомів, емоційний стан та індивідуальні стратегії подолання стресу.

До складу діагностичного інструментарію увійшли:

1. Шкала оцінки посттравматичного стресового розладу (PCL-5);
2. Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS);
3. Методика «Стратегії подолання кризового стану» (BASIC Ph), автор – М. Лаад.
4. Методика «Індикатор копінг-стратегій» (автори: Н. О. Сирота, В. М. Ялтонський).

Для виявлення особливостей психотравматичного досвіду учасників бойових дій та можливих проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у дослідженні було використано *шкалу PCL-5*. Опитувальник містить перелік типових симптомів, що найчастіше спостерігаються у людей із ПТСР, і дає змогу визначити їх наявність та інтенсивність у респондентів.

Зазвичай PCL-5 застосовують як інструмент первинного скринінгу, тобто для попередньої оцінки ймовірності розвитку посттравматичного стресового розладу. Кожен пункт опитувальника оцінюється за п'ятибальною шкалою – від 0 («зовсім не турбує») до 4 («турбує дуже сильно»). Після заповнення підраховуються результати за основними групами симптомів:

- переживання травматичної події (інтрузії);
- уникнення нагадувань про подію;
- негативні думки, емоції та зміни у сприйнятті себе чи світу;
- надмірна збудливість та реактивність.

Сумарний бал може коливатися від 0 до 80. Показник понад 33 бали може свідчити про високий ризик наявності симптомів ПТСР. Водночас результати тесту не є підставою для постановки клінічного діагнозу й потребують додаткового психологічного або психіатричного обстеження.

*Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS)* була розроблена А. Зігмондом і Р. Снайтом для виявлення симптомів тривоги та депресії у пацієнтів соматичних відділень лікарень, де ці прояви часто залишаються поза увагою лікарів. З часом методика набула широкого застосування не лише у клінічній практиці, але й у психологічних дослідженнях, що вивчають емоційний стан різних груп населення.

Опитувальник складається з 14 тверджень, які поділено на дві підшкали: сім пунктів вимірюють рівень тривоги (HADS-A) та сім – рівень депресії (HADS-D). Респонденту пропонується оцінити кожне твердження за чотирибальною шкалою від 0 до 3 балів, залежно від того, наскільки воно відповідає його поточному емоційному стану.

Максимальний показник за кожною підшкалою становить 21 бал. Отримані результати інтерпретуються таким чином:

- 0–7 балів – норма (відсутність клінічно виражених симптомів);
- 8–10 балів – прикордонний стан (помірні прояви тривоги або депресії);
- 11–21 бал – високий рівень (виражені симптоми тривоги або депресії).

Методика дозволяє швидко оцінити емоційний стан респондента та є зручною у використанні як у клінічних, так і у наукових цілях. HADS вважається

надійним інструментом для виявлення психологічного дистресу, оскільки зосереджується саме на когнітивних і поведінкових проявах тривоги та депресії, уникаючи соматичних симптомів, які можуть бути зумовлені фізичними захворюваннями.

Для вивчення особливостей особистісних стратегій подолання кризових ситуацій у учасників бойових дій у нашому дослідженні була використана методика «Стратегії подолання кризового стану» (модель BASIC Ph). Вона дає змогу визначити, які саме способи люди зазвичай застосовують для подолання стресових і кризових обставин.

Методика «Стратегії подолання кризового стану» (модель BASIC Ph), розроблена ізраїльським психологом-травматерапевтом Мулі Лаадом, спрямована на визначення індивідуальних ресурсів, які допомагають людині виходити з кризи. Учений протягом тривалого часу досліджував, як люди поведуться у стресових умовах, і дійшов висновку, що кожна людина має власний набір стратегій і ресурсів, які формуються ще з дитинства та розвиваються протягом життя. Залежно від особистісного досвіду у кожного може домінувати одна стратегія або поєднання кількох.

У своїй моделі М. Лаад виокремив шість основних типів ресурсів, що позначені літерами у назві BASIC Ph:

1. Belief (віра) – переконання, моральні принципи, філософія життя. Цей ресурс ґрунтується на вірі в Бога, людей, власні сили чи життєву місію. Він охоплює систему цінностей і прагнення до самореалізації.

2. Affect (афект) – емоції та почуття. Людина висловлює свої емоції через сміх, плач, спілкування, творчість, письмові або невербальні форми самовираження. Важливим є вміння усвідомлювати й виражати свої переживання.

3. Social (соціум) – спілкування, підтримка, взаємодія. Цей ресурс проявляється у зверненні по допомогу до близьких, друзів, психологів, а також у волонтерській чи груповій діяльності. Людина прагне бути частиною соціуму та відчувати свою значущість.

4. Imagination (уява) – творчість, інтуїція, фантазія. Людина шукає підтримку у творчих проявах — малюванні, музиці, мріях, хобі, що допомагають відволіктися від травматичних подій і знайти нові способи осмислення ситуації.

5. Cognition (когніція) – мислення, логіка, знання. Цей тип стратегії пов'язаний із здатністю аналізувати ситуацію, планувати дії, збирати інформацію, навчатися й знаходити раціональні рішення проблем.

6. Physiology (фізіологія) – тілесність, активність, відчуття. Ця стратегія проявляється через фізичну діяльність, рух, спорт, прогулянки, медитацію, відпочинок на природі, задоволення від їжі тощо.

Під час перевірки валідності методики було встановлено, що більшість людей використовують кілька ресурсів одночасно, поєднуючи їх залежно від обставин.

Опитувальник містить 36 тверджень, кожне з яких оцінюється респондентом від 1 до 6 балів. Отримані результати розподіляються за шістьма шкалами: віра, емоції, соціальні контакти, уява, когнітивні процеси та фізична активність. Аналіз показників дає змогу визначити, які ресурси людина найчастіше задіює для подолання кризових станів.

*Методика «Індикатор копінг-стратегій» (автори Н. О. Сирота, В. М. Ялтонський)* призначена для дослідження індивідуальних способів подолання стресових ситуацій. Вона дозволяє визначити, які саме стратегії людина зазвичай використовує, стикаючись зі складнощами у житті.

Згідно з концепцією авторів, копінг-поведінка поділяється на три основні типи:

- пошук соціальної підтримки – прагнення отримати допомогу, розуміння або емоційну підтримку від інших людей;
- уникання – намагання відійти від проблемної ситуації або емоційно дистанціюватися від неї;
- розв'язання проблеми – активні дії, спрямовані на зміну обставин чи усунення джерела стресу.

Опитувальник містить низку тверджень, які респонденти оцінюють за шкалою Лайкерта – від повної згоди до повного незгоди. Отримані результати

дозволяють визначити, яка стратегія подолання стресу є домінантною у конкретної особи. Методика широко застосовується у клінічній та практичній психології для оцінки психоемоційної адаптації, а також у дослідженнях, що стосуються стресостійкості та особистісних механізмів подолання труднощів.

## **2.2. Аналіз результатів дослідження психологічних особливостей посттравматичних станів в учасників бойових дій**

Для виявлення інтенсивності посттравматичних симптомів у вибірці учасників бойових дій було використано опитувальник PCL-5 (Post-Traumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5). Ця методика дозволяє оцінити ступінь вираженості основних симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) за чотирма критеріями: інтрузії, уникання, негативні когнітивні та емоційні зміни, реактивність.

Аналіз середніх значень за кожною шкалою засвідчив наявність помірно підвищеного рівня посттравматичних проявів серед респондентів (Рис.2.1.).

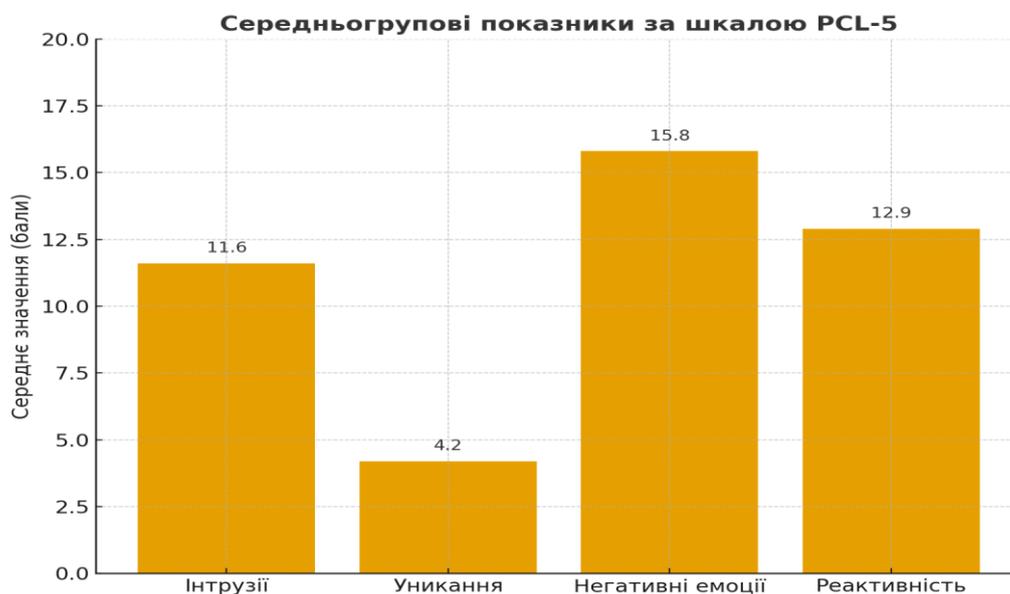


Рис.2.1. Середньогрупові показники за методикою PCL-5 (Post-Traumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5)

Отримані результати свідчать, що інтрузії є одним із найпоширеніших симптомів серед учасників бойових дій. Респонденти часто повідомляють про нав'язливі спогади, сни чи емоційні реакції, пов'язані з бойовими подіями. Це узгоджується з типовими клінічними характеристиками ПТСР, де домінують повторні «спалахи» пам'яті, які важко контролювати на свідомому рівні.

За шкалою уникання спостерігаються помірні показники, що свідчить про спроби психологічного дистанціювання від травматичних переживань. Учасники бойових дій уникають розмов про минулі події, контактів або ситуацій, які можуть викликати неприємні асоціації. Такі реакції виконують захисну функцію, але при тривалому збереженні можуть перешкоджати процесу адаптації та інтеграції травматичного досвіду.

Шкала негативних емоцій і когнітивних змін має один із найвищих середніх показників (близько 16 балів). Це свідчить про емоційну спустошеність, почуття провини, втрату віри у власні сили, зниження інтересу до звичних занять. Частина респондентів демонструє симптоми депресивного спектра – зневіру у майбутнє, емоційну черствість або пригніченість.

Показник за шкалою реактивності також є підвищеним ( $M \approx 13$  балів). Це вказує на фізіологічну напруженість, гіпервідчутливість, порушення сну, дратівливість та спалахи агресії. Такі реакції пов'язані з постійною готовністю до небезпеки, що формується як наслідок бойового досвіду та високого рівня тривожності.

Отже, результати за шкалою PCL-5 свідчать, що для учасників бойових дій характерне помірне або підвищене відтворення симптомів посттравматичного стресового розладу. Найбільш вираженими компонентами є інтрузії та негативні емоційні стани, тоді як уникання та реактивність виступають як вторинні прояви. Це вказує на необхідність психологічної підтримки, спрямованої на відновлення емоційної стабільності, навчання навичок саморегуляції та подолання унікальної поведінки.

Для глибшого розуміння розподілу рівнів посттравматичних симптомів серед учасників бойових дій було проведено відсотковий аналіз результатів за опитувальником PCL-5. Загалом у вибірку увійшло 46 респондентів, які

відрізнялися за рівнем інтенсивності переживань, пов'язаних із психотравматичним досвідом.

*Таблиця 1*

**Рівні вираженості посттравматичних симптомів**

Рівень прояву ПТСР	Діапазон балів	Кількість осіб	% від вибірки	Характеристика
Низький	0–2	14	30,4 %	Симптоми не мають клінічного значення; спостерігається емоційна стабільність, окремі епізодичні реакції на травму.
Середній	21–33	16	34,8 %	Помірні ознаки посттравматичних переживань; періодичні спогади, емоційні коливання, епізодичні порушення сну.
Високий (ПТСР+)	понад 33	16	34,8 %	Виражені симптоми посттравматичного стресового розладу; нав'язливі спогади, уникання, підвищена збудливість.

Отже, приблизно третина (34,8 %) опитаних має високий рівень ПТСР, що підтверджує наявність клінічно значущих проявів травматичного досвіду. Ще 34,8 % респондентів перебувають у зоні ризику з тенденцією до підвищення симптоматики, тоді як 30,4 % демонструють низький рівень проявів і відносну емоційну стійкість.

Проаналізуємо отримані результати за шкалами методики.

- Інтрузії – високий рівень (понад 15 балів) спостерігається у 37 % опитаних. Це свідчить про часті нав'язливі спогади, емоційні реакції на тригери та повторювані сни про травматичні події.

- Уникання – 28 % респондентів мають високі показники за цією шкалою, що вказує на схильність уникати ситуацій, людей або місць, які нагадують про травматичний досвід.

- Негативні емоції – 41 % учасників демонструють виражені прояви негативного емоційного фону – пригніченість, провину, емоційну спустошеність, втрату інтересу до діяльності.

- Реактивність – підвищені показники (понад 14 балів) виявлено у 33 % респондентів, що відображає наявність підвищеної збудливості, дратівливості та фізіологічної напруги.

Проведений відсотковий аналіз підтверджує, що більше третини учасників бойових дій перебувають у стані психологічного напруження, яке відповідає критеріям ПТСР. Найбільш поширеними симптомами є інтрузії та негативні емоційні реакції, тоді як уникання та реактивність проявляються у меншій частині вибірки, але зберігають стабільну тенденцію до підвищення. Ці результати свідчать про необхідність комплексної психологічної допомоги, спрямованої на зниження рівня емоційного напруження, розвиток навичок саморегуляції, формування ефективних когнітивних стратегій подолання та відновлення позитивного сприйняття власного досвіду.

Для оцінки емоційного стану учасників бойових дій, рівня тривожності та депресивних тенденцій було використано Госпітальну шкалу тривоги та депресії (HADS), розроблену А. Зігмондом і Р. Снайтом. Методика дозволяє кількісно оцінити вираженість двох ключових емоційних станів – тривоги (HADS-A) та депресії (HADS-D) – на основі самооцінки респондентів.

Аналіз середньогрупових показників за шкалою HADS показав, що серед учасників бойових дій спостерігається помірний рівень емоційного напруження та часткове зниження настрою (Рис. 2.2).



Рис.2.2. Середньогрупові показники за методикою Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS)

Середнє значення тривожності становить 9,7 бала, що відповідає пограничному рівню за інтерпретаційною шкалою HADS. Такий рівень може свідчити про схильність до підвищеного емоційного реагування, настороженості, внутрішнього напруження та очікування загрози.

Середній рівень депресивних тенденцій становить 7,9 бала, що відповідає легкому рівню емоційного зниження. Такий результат засвідчує наявність емоційної втоми, апатії, зниження мотивації та труднощів у відновленні емоційної рівноваги після стресу.

У цілому результати свідчать, що для учасників бойових дій характерні прояви тривожності, емоційної напруженості та часткової емоційної виснаженості. Тривога є домінуючим емоційним проявом, тоді як депресивні реакції мають менш інтенсивний, але стабільний характер. Це може свідчити про формування синдрому психоемоційного виснаження, який є типовим наслідком хронічного стресу та психотравматичного досвіду.

Таким чином, середньогрупові показники за шкалою HADS засвідчили, що емоційний стан учасників бойових дій характеризується помірно підвищеною тривожністю та частковою емоційною пригніченістю.

З метою поглибленого аналізу емоційного стану учасників бойових дій було проведено відсотковий розподіл респондентів за рівнями вираженості тривоги та депресії відповідно до інтерпретаційних меж шкали HADS (Таблиця 2 та Таблиця 3).

**Таблиця 2**

**Розподіл рівнів тривожності (HADS-A)**

Рівень тривожності	Діапазон балів	Кількість осіб	% від вибірки	Характеристика
Низький	0–7	10	21,7 %	Емоційна стабільність, адекватна реакція на стресові фактори.
Пограничний	8–10	20	43,5 %	Періодичні прояви тривоги, емоційне напруження у ситуаціях невизначеності.
Високий	11–21	16	34,8 %	Стійкі прояви тривоги, внутрішня напруженість, очікування небезпеки, фізіологічне збудження.

Отримані результати свідчать, що у вибірці респондентів (N = 46) простежується переважання пограничного рівня тривоги, що характерно для осіб, які пережили бойовий стрес.

Отже, понад третина (34,8 %) учасників бойових дій має високий рівень тривожності, який може свідчити про постійне відчуття небезпеки, гіперпильність, розлади сну та дратівливість. Майже половина (43,5 %) демонструє пограничний рівень тривоги, що є типовим проявом адаптаційної реакції після пережитого стресу.

*Таблиця 3*

**Розподіл рівнів депресії (HADS-D)**

Рівень депресії	Діапазон балів	Кількість осіб	% від вибірки	Характеристика
Низький	0–7	11	23,9 %	Емоційна стабільність, оптимістичне сприйняття ситуації.
Пограничний	8–10	22	47,8 %	Тимчасові прояви пригніченості, емоційна втома, зниження активності.
Високий	11–21	13	28,3 %	Стійка емоційна пригніченість, апатія, песимістичні думки, зниження мотивації.

Відсотковий розподіл за шкалою депресії виявив, що емоційна пригніченість виражена менш інтенсивно, ніж тривога, але залишається у значній частині вибірки.

Таким чином, майже половина (47,8 %) учасників має пограничні показники депресії, що відображає помірну емоційну втомленість, яка часто супроводжує постстресовий стан. У 28,3 % опитаних виявлено виражені депресивні симптоми, які можуть бути показником емоційного виснаження та зниження життєвої енергії.

Порівняння рівнів тривожності й депресії показало, що у більшості респондентів тривога є домінуючим емоційним станом, який може слугувати провідним фактором у формуванні емоційних розладів. При цьому депресивні прояви мають менш інтенсивний, але стійкий характер, що свідчить про схильність до зниження емоційного тону та мотиваційних ресурсів. Отже, емоційний стан учасників бойових дій характеризується підвищеною

напруженістю, внутрішньою тривогою та частковою емоційною пригніченістю, що вимагає психопрофілактичних і корекційних заходів, спрямованих на зниження рівня тривожності та стабілізацію емоційного стану.

Для дослідження особливостей особистісних стратегій подолання кризових станів серед учасників бойових дій була використана методика BASIC Ph (автор – Мулі Лаад). Вона дає змогу визначити, які ресурси найчастіше залучають респонденти для подолання стресових і травматичних ситуацій. Модель BASIC Ph розглядає шість ключових компонентів (ресурсів), які формують індивідуальний стиль реагування на кризу: Belief (віра), Affect (афект), Social (соціум), Imagination (уява), Cognition (когніція) та Physiology (фізіологія).

У результаті обробки отриманих даних були розраховані середні значення за кожною шкалою моделі BASIC Ph (Рис. 2.3.).



Рис.2.3. Середньогрупові показники за методикою BASIC Ph

Отримані результати свідчать, що домінуючими стратегіями подолання кризових станів серед учасників бойових дій є соціальні та когнітивні ресурси, а також віра як внутрішня духовна опора. Найвищі показники спостерігаються за шкалами Social (M = 28,1) і Belief (M = 27,4), що свідчить про те, що ветерани часто шукають підтримки у значущих людей, родини, побратимів, а також покладаються на власні переконання, життєвий досвід і духовні орієнтири.

Високий рівень когнітивного ресурсу ( $M = 26,8$ ) відображає прагнення респондентів контролювати ситуацію, аналізувати події, планувати подальші дії, що є ознакою адаптивного стилю подолання. Такий тип копінгу характерний для осіб, які намагаються осмислити подію та зменшити її емоційний вплив шляхом логічного переосмислення.

Помірні показники за шкалами Affect ( $M = 23,6$ ) та Physiology ( $M = 24,7$ ) свідчать про обмежене використання емоційного вираження та тілесних способів розвантаження. Це може бути пов'язано з особливостями військового досвіду, де контроль емоцій та стриманість часто виступають необхідним механізмом виживання. Рівень Imagination ( $M = 22,3$ ) є нижчим за інші показники, що свідчить про меншу схильність до творчих або фантазійних стратегій у подоланні стресу.

Загальний профіль результатів за методикою BASIC Ph демонструє баланс між когнітивними, соціальними та духовними ресурсами, що є позитивним показником адаптивного потенціалу вибірки. Учасники бойових дій схильні спиратися на раціональне мислення, віру та взаємодію з соціальним оточенням, що дозволяє їм частково компенсувати емоційні наслідки травматичних подій.

Отже, середньогрупові результати за методикою BASIC Ph свідчать, що провідними особистісними ресурсами учасників бойових дій є віра, когнітивні стратегії та соціальна підтримка. Ці ресурси забезпечують адаптаційний потенціал і сприяють ефективному подоланню наслідків бойового досвіду. Водночас відносно нижчі показники за шкалами афекту, фізіології та уяви вказують на потребу у розвитку емоційної відкритості, саморегуляції та креативних способів зняття напруження.

З метою глибшого розуміння особливостей використання особистісних ресурсів у процесі подолання кризових ситуацій серед учасників бойових дій було проведено відсотковий аналіз розподілу респондентів за рівнем вираженості кожного з шести ресурсів моделі BASIC Ph.

За результатами обробки даних вибірки ( $N = 46$ ) визначено три рівні прояву стратегій подолання кризових станів: високий, середній та низький (Табл. 4).

## Розподіл рівнів вираженості особистісних ресурсів

Ресурс (шкала)	Високий рівень	Середній рівень	Низький рівень	Інтерпретація
Belief (віра)	39 %	48 %	13 %	Для більшості респондентів віра у власні сили, переконання та духовність є провідним ресурсом подолання кризи.
Affect (афект)	26 %	50 %	24 %	У більшості спостерігається помірна здатність до емоційного вираження; у частини – тенденція до емоційної стриманості.
Social (соціум)	41 %	43 %	16 %	Переважає опора на підтримку оточення, прагнення до спілкування та взаємодії.
Imagination (уява)	22 %	52 %	26 %	Середній розвиток креативності; меншість використовує творчість як стратегію саморегуляції.
Cognition (когніція)	37 %	46 %	17 %	Переважає раціональний тип реагування: аналіз, планування, логічне осмислення ситуації.
Physiology (фізіологія)	29 %	51 %	20 %	Помірне використання тілесної активності, спорту, відпочинку для зняття напруги.

Як видно з таблиці, найбільший відсоток учасників бойових дій демонструє високий рівень розвитку соціального (41 %), духовного (39 %) та когнітивного (37 %) ресурсів. Це свідчить про те, що ветерани здебільшого спираються на соціальні зв'язки, взаємодію з близькими, релігійно-моральні переконання та логічний аналіз ситуації як основні засоби подолання стресу.

Найменш вираженими виявилися ресурси уяви (Imagination) та афекту (Affect), що може свідчити про стриманість у прояві емоцій, зниження творчої активності та меншу готовність до спонтанного самовираження. Це частково пояснюється специфікою військового досвіду, який формує навички самоконтролю, дисципліни та пригнічення емоційних реакцій.

Загальна структура результатів за моделлю BASIC Ph свідчить, що основні ресурси подолання кризових станів у учасників бойових дій належать до соціально-когнітивного блоку, тобто вони орієнтовані на взаємодію, осмислення ситуації та пошук раціональних шляхів виходу з неї. Менш розвиненими є емоційно-креативні ресурси (Affect, Imagination), що вказує на потребу у

формуванні навичок емоційної саморегуляції та розвитку креативних способів зняття психоемоційного напруження.

Проведений відсотковий аналіз показав, що більшість учасників бойових дій демонструють високий рівень духовно-когнітивних та соціальних ресурсів, що забезпечує їх адаптаційний потенціал і здатність до ефективного подолання життєвих труднощів. Водночас збереження тенденції до емоційної стриманості та недостатнього залучення тілесно-креативних механізмів вимагає розробки психологічних програм, спрямованих на гармонізацію усіх складових копінг-ресурсів, розвиток емоційної відкритості та тілесної саморегуляції.

Для дослідження особливостей індивідуальних стратегій подолання стресових ситуацій серед учасників бойових дій була використана методика «Індикатор копінг-стратегій» (Н. О. Сирота, В. М. Ялтонський). Вона дозволяє визначити, які саме способи поведінки переважають у респондентів під час зіткнення зі складними життєвими обставинами. Методика виокремлює три основні типи копінг-поведінки: пошук соціальної підтримки, уникання та розв'язання проблеми (Рис.2.4.).

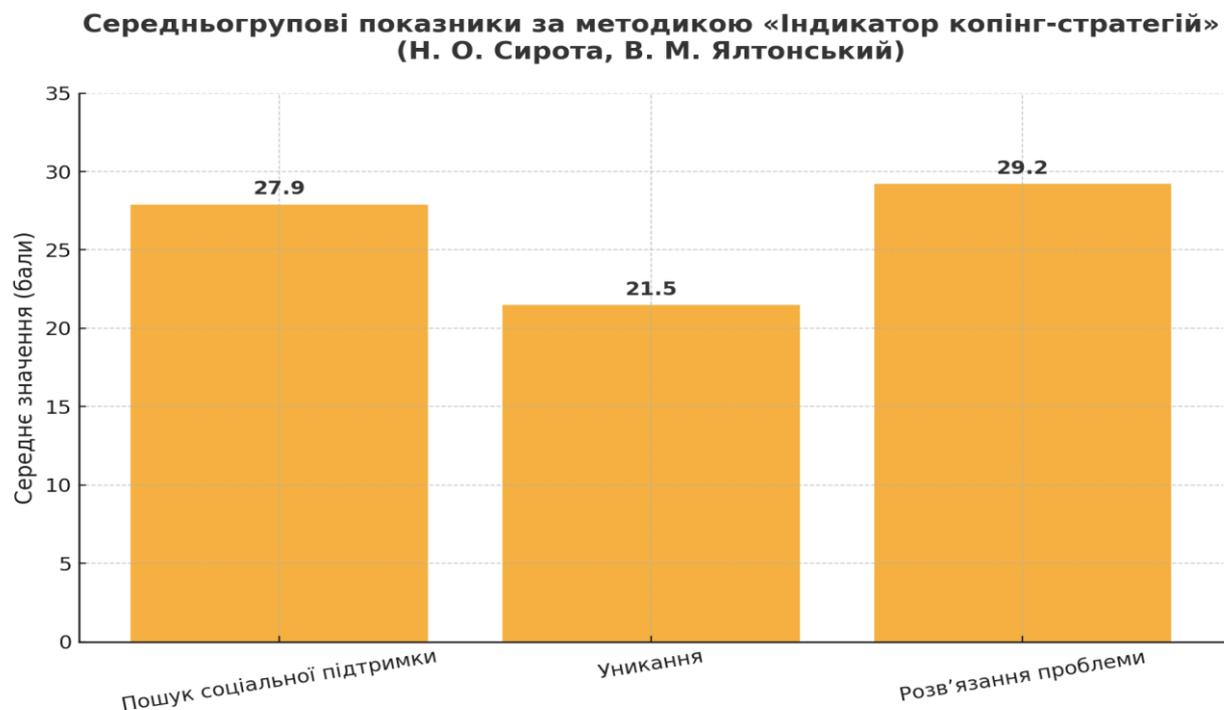


Рис.2.4. Середньогрупові показники за методикою «Індикатор копінг-стратегій» (Н. О. Сирота, В. М. Ялтонський)

Отримані дані свідчать, що найбільш вираженою копінг-стратегією серед учасників бойових дій є «розв'язання проблеми» ( $M = 29,2$ ), що характеризує їх як осіб із прагматичним підходом до подолання труднощів. Респонденти схильні активно впливати на ситуацію, шукати конкретні шляхи вирішення проблем і проявляти високий рівень самоконтролю та відповідальності.

Другою за вираженістю є стратегія «пошук соціальної підтримки» ( $M = 27,9$ ), що вказує на важливість для ветеранів емоційної взаємодії, підтримки з боку близьких, родини або товаришів по службі. Такий тип реагування допомагає знижувати відчуття ізоляції та сприяє формуванню позитивного емоційного фону.

Найменші показники зафіксовано за стратегією «уникання» ( $M = 21,5$ ), що свідчить про відносно низьку схильність до пасивного відходу від проблем. Це свідчить про адаптивну поведінку учасників бойових дій, які загалом не схильні ігнорувати труднощі або відкладати їх вирішення.

Узагальнені результати свідчать, що для більшості учасників бойових дій характерні конструктивні, активні способи подолання стресу, які поєднують прагнення до самостійного вирішення проблем і звернення за підтримкою до соціального оточення. Наявність таких стратегій вказує на високий рівень адаптаційного потенціалу та психологічної зрілості вибірки.

Таким чином, середньогруповий аналіз за методикою «Індикатор копінг-стратегій» показав, що провідними стратегіями серед учасників бойових дій є розв'язання проблеми та пошук соціальної підтримки. Вони відображають активну, орієнтовану на взаємодію та конструктивну модель подолання життєвих труднощів. Помірний рівень уникання свідчить про адаптивний характер копінг-поведінки, який дозволяє зберігати емоційну стабільність навіть у складних обставинах.

З метою детальнішого вивчення особливостей використання копінг-стратегій серед учасників бойових дій було здійснено відсотковий аналіз розподілу респондентів за рівнем вираженості трьох основних типів поведінкових стратегій – пошуку соціальної підтримки, уникання та розв'язання проблеми.

За підсумками обробки результатів ( $N = 46$ ) було виокремлено три рівні вираженості кожної стратегії: високий, середній і низький (табл. 5).

## Розподіл рівнів вираженості копінг-стратегій

Копінг-стратегія	Високий рівень	Середній рівень	Низький рівень	Інтерпретація
Пошук соціальної підтримки	37 %	46 %	17 %	Для більшості характерне прагнення до взаємодії, звернення по допомогу та підтримку близьких.
Уникання	21 %	48 %	31 %	У більшості – помірна схильність до уникання, частина респондентів використовує цю стратегію як тимчасовий захисний механізм.
Розв'язання проблеми	43 %	41 %	16 %	Домінування активної поведінки, орієнтація на пошук шляхів подолання труднощів та раціональне вирішення проблем.

Аналіз отриманих результатів свідчить, що найбільш вираженою є стратегія розв'язання проблеми (43 % учасників мають високі показники). Це свідчить про прагнення ветеранів діяти активно, самостійно приймати рішення, проявляти волю в якості й конструктивно впливати на перебіг подій.

Стратегія пошуку соціальної підтримки займає друге місце за частотою використання (37 % високих результатів). Такий показник відображає важливість міжособистісних контактів, довіри до оточення, потреби у спілкуванні та взаємодопомозі. Звернення по допомогу може виступати не лише як спосіб отримання ресурсів, а й як форма емоційного розвантаження.

Найменш поширеною виявилася стратегія уникання (21 %), що може свідчити про зниження схильності до пасивного реагування та втечі від проблем, характерне для осіб з більш стійким і зрілим типом психологічної адаптації.

Отримані дані демонструють, що для учасників бойових дій властивий адаптивний стиль копінг-поведінки, який поєднує активне розв'язання проблем та опору на соціальну підтримку. Такий підхід дозволяє зменшувати рівень емоційного напруження та забезпечує більш ефективну психологічну адаптацію після пережитих кризових ситуацій. Водночас частина респондентів демонструє середній рівень уникання, що може виконувати захисну функцію у ситуаціях сильного стресу.

Таким чином, результати відсоткового аналізу свідчать, що домінуючими копінг-стратегіями у вибірці учасників бойових дій є розв'язання проблеми та пошук соціальної підтримки. Це свідчить про активну життєву позицію, прагнення до самоконтролю, взаємодії та конструктивного подолання труднощів. Стратегія уникання має помірне вираження і вказує на необхідність розвитку психологічної гнучкості та здатності до адаптації у різних життєвих обставинах.

Кореляційний аналіз дозволив комплексно оцінити систему взаємозв'язків між посттравматичною симптоматикою, емоційними станами та копінг-стратегіями досліджуваних. На основі отриманої кореляційної матриці були виявлені численні статистично значущі зв'язки, які відображають глибинні механізми взаємодії між пережитою травмою, тривожно-депресивними проявами та особливостями психологічного реагування у стресових ситуаціях.

Отже, виявлено взаємозв'язки між компонентами посттравматичної симптоматики (PCL-5). Результати аналізу свідчать, що всі базові компоненти PTSD суттєво корелюють між собою, утворюючи цілісну симптоматичну структуру. Найбільш виражені зв'язки були простежені між шкалами інтрузій, уникання, негативних емоційних переживань та фізіологічної реактивності.

Шкала «Інтрузії» демонструє дуже високі кореляції з униканням ( $r = 0.745$ ), негативними емоціями ( $r = 0.811$ ) та реактивністю ( $r = 0.859$ ). Це підтверджує концепцію, згідно з якою нав'язливі спогади та флешбеки викликають підвищене емоційне напруження, що стимулює уникання травматичних тригерів та супроводжується активацією фізіологічних реакцій.

Аналогічні зв'язки простежуються для шкали «Уникання», яка пов'язана з негативними емоціями ( $r = 0.780$ ), реактивністю ( $r = 0.706$ ) та загальним рівнем посттравматичної симптоматики ( $r = 0.840$ ).

Також виявлено кореляції між посттравматичними симптомами та емоційними станами (HADS). Інтрузії ( $r = 0.870$ ) та уникання ( $r = 0.748$ ) демонструють сильну позитивну кореляцію з тривожністю. Це означає, що люди, які часто переживають нав'язливі спогади та уникають травматичних стимулів, характеризуються підвищеним рівнем тривожного збудження.

Виявлені кореляції між інтрузіями ( $r = 0.806$ ), униканням ( $r = 0.772$ ) та депресивністю свідчать про поступове виснаження психоемоційних ресурсів під впливом посттравматичних переживань.

Розглянемо зв'язки між PTSD та копінг-стратегіями за методикою BASIC Ph. Шкали BASIC\_Belief і BASIC\_Cognition мають значні негативні кореляції з інтрузіями ( $-0.791$  та  $-0.761$ ) та униканням ( $-0.827$  та  $-0.714$ ). Це вказує на те, що при зростанні симптомів PTSD люди рідше застосовують раціональне переосмислення ситуації.

Позитивна кореляція інтрузій з BASIC\_Affect ( $r = 0.610$ ) свідчить про схильність осіб з вираженим PTSD відреагувати стрес переважно на емоційному рівні.

Позитивні кореляції BASIC\_Social з інтрузіями ( $r = 0.508$ ) та униканням ( $r = 0.492$ ) свідчать про підвищену потребу у підтримці близьких.

Було також виявлено взаємозв'язки між копінг-стратегіями за методикою Сироти–Ялтонського. Виявлено зворотний зв'язок між копінгом уникання та проблемно-орієнтованими стратегіями ( $r = -0.496$ ), що свідчить про домінування дезадаптивних стратегій у частини досліджуваних.

Отже, проведений кореляційний аналіз дозволив комплексно оцінити систему взаємозв'язків між посттравматичною симптоматикою, емоційними станами та копінг-стратегіями досліджуваних. На основі отриманої кореляційної матриці були виявлені численні статистично значущі зв'язки, які відображають глибинні механізми взаємодії між пережитою травмою, тривожно-депресивними проявами та особливостями психологічного реагування у стресових ситуаціях.

Усі основні компоненти посттравматичного стресового розладу (інтрузії, уникання, негативні емоційні зміни, підвищена реактивність) виявили високі прямі кореляції між собою. Це свідчить про їхню здатність утворювати єдиний симптоматичний комплекс, у межах якого посилення одного елемента закономірно призводить до поглиблення інших. Особливо виражені зв'язки між інтрузіями та реактивністю, що підкреслює роль нав'язливих спогадів як чинника емоційної та фізіологічної дезадаптації.

Симптоми ПТСР мають чіткий і статистично значущий зв'язок із тривожністю та депресією. Високі кореляції між інтрузіями, униканням та показниками за шкалами HADS-A і HADS-D свідчать, що емоційний дистрес виступає центральним компонентом травматичного досвіду. Це підтверджує сучасні моделі коморбідності ПТСР і тривожно-депресивних розладів, згідно з якими постійне переживання травматичної події підриває.

Між ПТСР і копінг-стратегіями виявлені як прямі, так і обернені зв'язки. Зокрема, підвищення травматичних симптомів супроводжується зниженням показників когнітивних та переконувальних стратегій (Belief, Cognition), що свідчить про ослаблення раціональних і ціннісних ресурсів подолання. Натомість емоційні та соціально орієнтовані копінги (Affect, Social) набувають більшої виразності, що відображає потребу респондентів у зовнішній підтримці та емоційному розвантаженні. Таким чином, при поглибленні ПТСР особистість частіше вдається до емоційних форм реагування, тоді як конструктивні когнітивні стратегії використовуються меншою мірою.

Аналіз за методикою Сироти–Ялтонського показав, що уникання як копінг-поведінка має зворотний зв'язок із проблемно-орієнтованими стратегіями. Це підтверджує, що унікальна поведінка є дезадаптивною та обмежує здатність особистості активно розв'язувати проблеми. Така стратегія здебільшого формується на тлі посттравматичних переживань, коли внутрішні ресурси є виснаженими, а емоційний стан характеризується гіпервразливістю.

Узагальнюючи результати кореляційного аналізу, можна стверджувати, що рівень посттравматичної симптоматики учасників бойових дій тісно пов'язаний із їхнім емоційним станом та ефективністю застосовуваних копінг-стратегій. Високі значення інтрузій, уникання та реактивності супроводжуються вираженою тривожністю, депресивними проявами та зниженням конструктивних копінгів. У результаті формується комплексна модель дезадаптації, що проявляється переважанням емоційних та уникаючих стратегій над раціональними і проблемно-орієнтованими.

Отримані дані підкреслюють необхідність цілеспрямованої психологічної допомоги, спрямованої на розвиток ресурсних стратегій подолання, відновлення

когнітивної стабільності, зниження тривожності та послаблення емоційної реактивності.

## ВИСНОВКИ

У магістерській роботі було здійснено комплексне теоретичне та емпіричне дослідження особливостей посттравматичних переживань, емоційних станів та копінг-стратегій у учасників бойових дій. Отримані результати дозволили сформулювати цілісне уявлення про психологічні механізми реагування на травматичний досвід та визначити ключові чинники, що впливають на рівень адаптивності та стійкості особистості.

У теоретичному розділі було узагальнено сучасні погляди на феномен посттравматичного стресового розладу, його структуру, симптоматику та фактори розвитку. Окремо були проаналізовані емоційні наслідки травми, зокрема прояви тривожності та депресії, а також роль копінг-поведінки як регуляторного механізму подолання стресу. Теоретичний аналіз показав, що PTSD формується на перетині біопсихосоціальних факторів, а його переживання тісно пов'язане з порушенням когнітивного, емоційного та поведінкового функціонування.

Емпіричне дослідження дозволило встановити особливості прояву посттравматичної симптоматики та її зв'язки з емоційними станами і копінг-стратегіями. Було виявлено, що у більшості досліджуваних прослідковуються високі показники за шкалою PCL-5, що вказує на наявність значної інтенсивності інтрузій, уникання, негативних емоційних переживань та реактивності. Це свідчить про збереженість травматичного досвіду та його вплив на психоемоційний стан.

Аналіз показників HADS продемонстрував наявність підвищеної тривожності та помірних або виражених депресивних проявів у значної частини респондентів. Отримані дані підтвердили високу емоційну напругу, властиву особам, які пережили участь у бойових діях, а також наявність ризику формування коморбідних емоційних порушень.

Вивчення копінг-стратегій за методиками BASIC Ph та індикатором копінг-стратегій показало, що у частини учасників дослідження переважають емоційні та унікальні форми реагування. Водночас когнітивні та раціональні способи подолання стресу використовуються менш активно, що свідчить про виснаження

внутрішніх ресурсів, зниження віри у власні можливості та складність у конструктивному подоланні стресогенних ситуацій.

Кореляційний аналіз підтвердив, що симптоми ПТСР мають прямий і сильний зв'язок із тривожністю та депресивністю, що вказує на емоційно-афективну вразливість людей з травматичним досвідом. Зворотні кореляції з когнітивними копінгами свідчать про те, що посилення посттравматичних проявів супроводжується зменшенням здатності до раціонального осмислення ситуації та зниженням активності у взаємодії з проблемами. Позитивні зв'язки з емоційними копінгами та соціальною підтримкою свідчать про прагнення до емоційного розвантаження та потребу у взаємодії з оточенням.

Узагальнюючи результати дослідження, можна зробити висновок, що учасники бойових дій є групою високого ризику щодо розвитку посттравматичного стресового розладу та пов'язаних з ним емоційних порушень. Їхня копінг-поведінка характеризується неоднорідністю: з одного боку, спостерігається потреба у соціальній підтримці, а з іншого – домінування унікальної та емоційної реактивності, що ускладнює процес адаптації.

Таким чином, результати дослідження поглиблюють розуміння психологічних особливостей переживання травматичного досвіду та визначають важливі напрямки практичної психологічної допомоги ветеранам і учасникам бойових дій з метою збереження та зміцнення їхнього психологічного благополуччя.

*Перспективи подальших досліджень.* Отримані результати вказують на необхідність цілеспрямованої психологічної допомоги, спрямованої на формування адаптивних копінг-стратегій, розвиток навичок когнітивної переробки травматичного досвіду, зниження тривожності та депресивності, а також відновлення особистісних ресурсів. Психокорекційна робота має включати техніки когнітивно-поведінкової терапії, емоційно-фокусованої терапії, навчання навичкам саморегуляції, а також залучення соціальної підтримки.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Безшейко В. Г. Діагностика по стресових розладів: погляд на проблему. Медична психологія. № 1. 2016. С.
2. Вестбрук Д., Кеннерлі Г., Кірк Дж. Вступ у когнітивно – поведінкову терапію. Львів : Свічадо, 2014. 410 с.
3. Втрати силових структур внаслідок російського вторгнення в Україну [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [https://uk.wikipedia.org/wiki/Втрати\\_силових\\_структур\\_внаслідок\\_російського\\_вторгнення\\_в\\_Україну](https://uk.wikipedia.org/wiki/Втрати_силових_структур_внаслідок_російського_вторгнення_в_Україну).
4. Герман Д. Психологічна травма та шлях до видужання. Львів : Видавництво Старого Лева, 2021. 424 с.
5. Гершанов О. Основи роботи з травмою за підтримки Ради Європи у межах проекту «Внутрішнє переміщення в Україні: розробка тривалих рішень», 2014. 26 с.
6. Гоцуляк Н. Є. Психологічна травма : аналіз та шляхи її подолання // Збірник наукових праць. Національна Академія Державної Прикордонної Служби України, 2015. №1 (74). 390 с.
7. Гриб А. Є. Проблеми в родинах військовослужбовців в період миру і АТО. Сучасний стан і тенденції розвитку сучасної європейської науки : матеріали міжнародної науково-практичної конференції (м. Київ, 2 лютого 2016 р.). Київ : ФОП Рогальська І. О., 2016. Т. 1. 85 с.
8. Завалко Ю. М. Структура розладів психіки в учасників АТО (пілотне дослідження на клінічному матеріалі стаціонарних хворих) / Ю. М. Завалко, І. І. Кутько, М. Ф. Андрейко, Н. О. Єрчкова // 57. □ Україна. Здоров'я нації. 2016. № 4/1 (41). С. 54
9. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ: Педагогічна думка, 2016. 219 с.
10. Іваненко Б. Б. Психологічна травма як чинник самодеструктивної поведінки особистості. Науковий вісник Національного університету біоресурсів і природокористування України. Серія : Педагогіка, психологія, філософія. К., 2016. Випуск 239. 95 с.

11. Кокурн О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В. Психологічна робота з військовослужбовцями -учасниками АТО на етапі відновлення: Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с.
12. Колесніченко О. С. Засади бойової психологічної травматизації військовослужбовців : монографія. Х. : НА НГУ, 2018. 488с.
13. Колесніченко О.С., Воробйова І. В., Мацегора Я. В. Модель професійної психологічної готовності до діяльності представників ризиконебезпечних професій. *Проблеми екстремальної та кризової психології. Збірник наукових праць*. Вип.14. Частина 1. Харків : НУЦЗУ, 2013. С.71–93.
14. Климчук В. О. Психологія посттравматичного зростання : монографія. Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2020. 125 с.
15. Кондрюкова В.В. Соціально-психологічна адаптація військовослужбовців силових структур, звільнених у запас : навчально-методичний посібник / В. В. Кондрюкова, І. М. Слюсар. Київ: Гнозіс, 2013. 116 с.
16. Кучманіч І. М. Психологічний механізм виникнення та перебігу психологічної травми в особистості. *Збірник наукових праць*. К – ПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2017. №36. 159 с.
17. Львов О. О., Жабко Н. В. Важливість профілактики та корекції посттравматичних стресових розладів. Арт – терапевтичний підхід. Психологічні та психотерапевтичні аспекти // *Простір арт – терапії : [Зб. наук. праць] / УМО, 2018, ВГО «Арт – терапевтична асоціація», 2018. К. : Золоті ворота, 2018. Спец. вип. 159 с.*
18. МКХ-10 – онлайн-довідник Міжнародна Класифікація Хвороб. МКБ-10. URL: [https:// mkh10.com.ua/](https://mkh10.com.ua/).
19. Мобільна психологічна допомога. Канадсько-українська фундація. URL: [http:// psyservice.org](http://psyservice.org).
20. Монотравми і політравми: класифікація та ознаки. URL: [biomedicina.com.ua/ monotravmy-i-politravmy-klassyfikatsiya-ta-oznaky/](http://biomedicina.com.ua/monotravmy-i-politravmy-klassyfikatsiya-ta-oznaky/)

21. Медсанбат: бойовий стрес. URL: <http://www.medsanbat.info/medsanbat-boyoviy-stres/>
22. Мельник Ю. Б. Психологічне забезпечення і супровід військовослужбовців як засоби профілактики та подолання посттравматичних стресових розладів. Posttraumatic Stress Disorder: adults, children and families in a war situation: International scientific and practical edition. Vol. II. Warsawa. Kyiv: PAN Gnosis, 2018. P. 469–480.
23. Мушкевич М. І. Основи психотерапії : навч. посіб / М. І. Мушкевич, С. Є. Чагарна ; за ред. М. І. Мушкевич. Вид 3-тє. Луцьк : Вежа – Друк, 2017. 420 с.
24. Невидимі наслідки війни. Як розпізнати? Як спілкуватися? Як допомогти подолати? Довідник для широкого кола фахівців / К. Возніцина, Л. Литвиненко. Київ, 2020. 192 с.
25. Олексієнко Б. Реадаптація учасників бойових дій: психологічний аспект. Збірник наукових праць НАДПСУ. Психологічні науки. № 1(121). 2019. С. 204-218
26. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1,2,3. Київ, 2018. 240 с.
27. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій: методичний посібник / О. М. Кокун, Н. А. Агаєв, І. О. Пішко, Н. С. Лозінська. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2015. 170 с.
28. Охорона психічного здоров'я в умовах війни / пер. з англ. Т. Семигіна, І. Павленко, Є. Овсяннікова та ін. К.: Наш формат, 2017. 1068 с.
29. Гуменюк Л.Й., Федчук О.В. Дослідження посттравматичного стресового розладу і напрямків психореабілітації постраждалих від воєнних психотравм. Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. 2016. №1. С. 228-239.
30. Підчасов Є.В., Ломакін Г.І. Аналіз соціально-психологічних проявів ПТСР в осіб, які приймали участь у бойових діях. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2011. Вип. 10 С.86-97

31. Приходько І. І. Засади психологічної безпеки персоналу екстремальних видів діяльності [Текст]: моногр. / І. І. Приходько. Х.: Акад. ВВ МВС України, 2013. 745 с.

32. Прокофєва Л. Психологічна модель ПТСР та особливості корекції в умовах воєнного стану. Науковий вісник Ізмаїльського державного гуманітарного університету Серія: Історичні науки. Випуск 57 2022 С. 110-120

33. Психологічна допомога особам, які беруть участь в антитерористичній операції [Текст]: матеріали міжвідом. наук.-практ. конф. (Київ, 30 березня 2016 р.): 2 ч. /ред. кол.: В. В. Черней, М. В. Костицький, О. І. Кудерміна та ін. Ч.1. К.: Нац. акад. внутр. справ, 2016. 248 с.

34. Психологія травмуючи ситуацій : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл./ О. Л. Туриніна. К. : ДП Вид. дім «Персонал», 2017. 160 с. Бібліогр. : с. 149 - 159.

35. Психосоціальна допомога в роботі з кризовою особистістю : навчальний посібник / наук. ред. та керівник проблем. групи Л. М. Вольнова. Київ, 2012. 275 с.

36. Психологічне супроводження військовослужбовців в діяльності за екстремальних умо: методичні рекомендації / В. І. Воронова, В. Є. Шевченко, Д. О. Коршевнюк, Д. С. Байбаєв, Б. В. Кравченко, С. А. Галкін [та ін.]; за ред. Г. В. Ложкіна. Київ: Національний університет фізичного виховання і спорту України, 2003. 145 с.

37. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти. Методичний посібник / [упор.: Д. Д. Романовська, О. В. Ілащук. – Чернівці: Технодрук, 2014. 133 с.

38. Радченко О. Позитивна психотерапія та її вплив на світогляд українців. Філософські і психологічні науки. : Серія «Психологія», 2019. Вип.22. 110 с.

39. Сафін О. Д. Основні підходи до функціонування системи психологічної реабілітації та реадaptaції учасників антитерористичної операції. Наука і оборона. 2016. № 1. С. 24–30.

40. Соціально – психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій : практичний посібник / [Т. М. Титаренко, М. С. Дворник, В. О. Климчук та ін.] ; за наук. ред. Т. М. Титаренко / Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2019. 220с.

41. Сошенко Т., Габінська А. Ефективність психотерапії та фармакотерапії в лікуванні ПТСР у військовослужбовців і ветеранів. Варшавський університет соціальних і гуманітарних наук, 2018. №96. 62 с.

42. Стасюк В. Психологічна допомога військовослужбовцям у бойовий та післябойовий період. Психологія і суспільство, 2006. № 2. С. 137–140.

43. Стрес-асоційовані розлади здоров'я в умовах збройного конфлікту : монографія / В. С. Гічун, та ін. Дніпро : Акцент ПП, 2019. 324 с.

44. Терещук А. Д. Психологічна травма як чинник афективної поведінки особистості, 2015. 13 с.

45. Царенко Л. Г. Психологічна допомога військовослужбовцям в екстремальних ситуаціях. Перспективні питання психології: зб. наук. праць: за матеріалами Всеукраїнської міжвузівської науково-практичної інтернет-конференції. Актуальні проблеми реалізації адаптаційного потенціалу особистості в сучасних умовах життєздійснення. (Слов'янськ, 21 січня 2016 р.)/ ДВНЗ. Слов'янськ : Вид-во Б. І. Маторіна, 2016. Вип. 1. С. 276–290.

46. Цицей Р. М. Психічна травма як наслідок пережитої людиною надзвичайної ситуації [Електронний ресурс] / Р. М. Цицей / / Проблеми екстремальної та кризової психології. Вип. 13. С. 258 – 265.

47. Шляхи подолання дитячої психотравми в діяльності працівників психологічної служби : [метод. рек.] / Музиченко І. В., Ткачук І. І. Київ : УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2017. 88 с.

48. Banner Thomas Frederick. An Examination of the Lived Experiences of United States Military Veterans who have been Diagnosed with Psychological Inflictions of War who have Utilized Equine Assisted Therapy. LSU Doctoral Dissertations. URL: [http://digitalcommons.lsu.edu/gradschool\\_dissertations/1186](http://digitalcommons.lsu.edu/gradschool_dissertations/1186).

49. Melnyk Yu. Mental Health of a Personality: Diagnostics and Prevention of Mental Disorders / Yu. Melnyk, A. Stadnik // International Journal of Education and Science. 2018. Vol. 1. No. 3-4. P. 50. doi:10.26697/ijes.2018.3-4.37
- Bourne P.G. Men, stress and Vietnam. Boston: Little, Brown, 1970.
50. Lahad M., Shacham M., Ayalon O. The “BASIC Ph” model of coping and resiliency: Theory, research and cross-cultural application. London, England: Jessica Kingsley. 2013.
51. Craig C. D. Psychometric testing of the multi-modal coping inventory: A new measure of general coping styles. Unpublished doctoral dissertation, University of Chapel Hill, Chapel Hill, NC. 2005.
52. Erichsen F.E. On Railway and Other Injuries of the Nervous System. London, 1867. 103 p.
53. Figley Ch. R. (Ed.). Stress disorder among Vietnam Veterans. N.Y.: Brunner / Mosel, 1978. 358 p.
54. Foa E., Rothbaum B. Behavioural psychotherapy for PTSD. Intern. Rev. Psychiatry. 1989. Vol. 1. P .219-226.
55. Frankl V.E. Man’s Search for Meaning: An Introduction to Logotherapy. Boston: Beacon Press, 1959.
56. Horowitz M. J. II Arch. Gen. Psychiatry. 1974. Vol. 31.P. 768-781.

## Додаток А

	ID	CL5_Інтриг	5_Уніка	Негативні	Реактивні	Innamed:	5_Тривожа	DS_Депрес	ASIC_Belief	ASIC_Affe	ASIC_Soci	C_Imagin	IC_Cognit	IC_Physio	Ціальна	Інг_Уніка	в'язання
ID	1																
CL5_Інтриг	-0,131	1															
5_Уніка	-0,098	0,745	1														
Негативні	-0,137	0,811	0,78	1													
Реактивні	-0,145	0,859	0,706	0,842	1												
Innamed:	-0,143	0,933	0,84	0,946	0,941	1											
5_Тривожа	-0,196	0,87	0,748	0,831	0,824	0,893	1										
DS_Депрес	-0,121	0,806	0,772	0,821	0,801	0,868	0,78	1									
ASIC_Belief	0,137	-0,791	-0,827	-0,789	-0,778	-0,853	-0,786	-0,784	1								
ASIC_Affe	-0,134	0,61	0,295	0,566	0,559	0,582	0,606	0,553	-0,342	1							
ASIC_Soci	-0,427	0,508	0,492	0,472	0,438	0,512	0,518	0,52	-0,591	0,299	1						
C_Imagin	-0,082	0,201	0,255	0,358	0,232	0,289	0,207	0,189	-0,205	0,113	0,167	1					
IC_Cognit	0,195	-0,761	-0,714	-0,753	-0,809	-0,826	-0,713	-0,736	0,793	-0,415	-0,55	-0,237	1				
IC_Physio	0,057	0,071	-0,079	-0,114	0,05	-0,016	0,017	-0,147	0,027	0,006	-0,021	-0,057	0,004	1			
Ціальна	-0,168	0,312	0,324	0,286	0,358	0,343	0,34	0,284	-0,323	0,052	0,225	0,051	-0,432	-0,339	1		
Інг_Уніка	-0,051	0,643	0,663	0,717	0,725	0,747	0,688	0,668	-0,678	0,504	0,514	0,252	-0,668	-0,203	0,306	1	
в'язання	0,163	-0,633	-0,559	-0,663	-0,54	-0,655	-0,583	-0,548	0,59	-0,272	-0,511	-0,387	0,61	-0,007	-0,303	-0,496	1