Шифр: «ПТСР»

НАУКОВА РОБОТА

на ІІ тур Всеукраїнського конкурсу студентських наукових робіт

зі спеціальності С4 Психологія

за тематичним напрямом: «Соціальна психологія»

на тему: «КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З УРАХУВАННЯМ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ДЕТЕРМІНАНТ»

2026

Анотація

У науковій роботі здійснено комплексний теоретико-емпіричний аналіз соціально-психологічних аспектів формування ціннісно-смислових орієнтацій старшокласників в умовах євроінтеграційних трансформацій і воєнних викликів сучасного українського суспільства. Об'єктом дослідження є процес формування ціннісно-смислової сфери особистості старшокласників, предметом – соціально-психологічні чинники, механізми та умови формування ціннісно-смислових орієнтацій в умовах євроінтеграції. Метою дослідження визначено теоретичне обґрунтування та емпіричне вивчення зазначеного процесу, а також розробку й апробацію програми їх цілеспрямованого формування. Дослідження проводилося у межах міжнародного освітньо-наукового проєкту «Зміцнення спільних цінностей ЄС через політику багатомовності в освіті та підготовці майбутніх учителів» (101083321 – SEUCV ETT – ERASMUS-JMO-2022-HEI-TCH-RSCH), спрямованого на поширення та інтеріоризацію європейських цінностей в освітньому середовищі. Це забезпечило інтеграцію дослідження у ширший євроінтеграційний контекст.

Теоретично обґрунтовано авторську модель ціннісно-смислових орієнтацій як багаторівневого інтегративного утворення, що включає когнітивно-ціннісний, ієрархічно-мотиваційний, смислово-регулятивний і поведінково-реалізаційний компоненти, які функціонують у взаємодії психологічних механізмів і соціально-психологічних детермінант.

Емпіричне дослідження (n = 98) здійснювалося із застосуванням комплексу валідизованих психодіагностичних методик (Ш. Шварц, М. Рокич, СЖО С. Мадді у адаптації Д. Леонтьєва, шкала самоефективності Р. Шварцера та М. Єрусалема, авторська анкета). Результати констатувального етапу засвідчили домінування цінностей безпеки, доброзичливості та міжособистісної взаємодії при недостатній сформованості цінностей самостійності, досягнення та відкритості до змін, а також дисбаланс смисложиттєвих орієнтацій і знижений рівень самоефективності у значної частини респондентів.

У межах дослідження розроблено та впроваджено авторську програму «ValueSpace: Я і мої цінності в європейському вимірі», структуровану за когнітивно-орієнтаційним, ціннісно-рефлексивним, смислотворчим і діяльнісно-поведінковим блоками.

Порівняльний аналіз результатів до і після формувального етапу засвідчив наявність позитивної динаміки у всіх структурних компонентах ціннісно-смислової сфери. Зафіксовано статистично значущі зміни у напрямі підвищення рівня усвідомленості життєвих цілей, зростання внутрішнього локусу контролю, посилення самоефективності, а також розширення спектра інтеріоризованих цінностей із акцентом на автономію, відповідальність і відкритість до змін. Виявлено посилення узгодженості між ціннісними орієнтаціями, смисложиттєвими показниками та поведінковими індикаторами, що підтверджує ефективність розробленої програми та валідність теоретичної моделі.

Отримані результати можуть бути використані у діяльності закладів загальної середньої освіти, психологічних служб та у програмах соціально-психологічного супроводу учнівської молоді в умовах соціальних трансформацій.

Ключові слова: ціннісно-смислові орієнтації, старшокласники, євроінтеграція, соціально-психологічні детермінанти, смисложиттєві орієнтації, самоефективність

ЗМІСТ

ВСТУП…… 3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПТСР У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ…….. 7
1.1. Психологічна травма та бойовий стрес у системі чинників розвитку посттравматичного стресового розладу…… 7
1.2. Посттравматичний стресовий розлад як клініко-психологічний феномен у сучасних наукових підходах……. 10
1.3. Соціально-психологічні детермінанти розвитку та перебігу посттравматичного стресового розладу…… 13
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВІВ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ…… 16
2.1. Організація дослідження та обґрунтування психодіагностичного інструментарію……..…….. 16
2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження проявів ПТСР у військовослужбовців…….. 18
РОЗДІЛ 3. ОПТИМІЗАЦІЯ КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ПТСР У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ…… 22
3.1. Обґрунтування та побудова алгоритму клініко-психологічної діагностики ПТСР…….…….. 22
3.2. Практичні рекомендації щодо вдосконалення психологічної діагностики ПТСР у військовослужбовців…… 25
ВИСНОВКИ…… 29
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ…….…….... 32
ДОДАТКИ…….. 38

ВСТУП

Сучасна Україна функціонує в умовах тривалої повномасштабної війни, що супроводжується інтенсивним впливом бойового стресу, загрози життю, втрат, поранень і хронічного психоемоційного напруження військовослужбовців. У цих умовах особливої актуальності набуває проблема клініко-психологічної діагностики посттравматичного стресового розладу, оскільки своєчасне виявлення його симптомів є необхідною умовою запобігання хронізації психічних порушень, розвитку коморбідних станів і соціальної дезадаптації. За даними World Health Organization, близько 3,9% населення світу мають досвід ПТСР, тоді як серед осіб, які пережили збройні конфлікти, цей показник зростає до 20-30% [54]. Дослідження National Center for PTSD свідчать, що серед ветеранів бойових дій поширеність ПТСР становить 11-20% [41]. В Україні фіксується значне зростання кількості випадків ПТСР, що підтверджує актуальність проблеми в умовах війни.

У зарубіжній психології ПТСР розглядається як складний багаторівневий розлад, детермінований взаємодією травматичного досвіду та соціального середовища (J. Herman, B. van der Kolk, M. Horowitz, S. Hobfoll, R. Yehuda) [45; 46; 51]. Зокрема, S. Hobfoll у теорії збереження ресурсів доводить, що втрата або загроза втрати ресурсів є ключовим фактором розвитку травматичних розладів [46], тоді як B. van der Kolk підкреслює системний характер впливу травми на психіку [51]. У вітчизняній науці проблему психотравматизації військовослужбовців і ПТСР досліджують О. Кокун, В. Панок, Н. Чепелєва, Т. Титаренко, С. Максименко, які розглядають ПТСР як наслідок екстремального стресу, що супроводжується порушенням емоційної регуляції, когнітивної переробки досвіду та соціального функціонування [16; 17; 32; 33]. Дослідження О. Кокуна акцентують на впливі бойового стресу та умов служби на психічне здоров’я військових [18], а Т. Титаренко – на ролі життєвих криз і травматичного досвіду у трансформації особистості [36]. ПТСР у військовослужбовців формується не лише як наслідок травматичних подій, а й

під впливом соціально-психологічних детермінант: інтенсивності бойового досвіду, втрат, поранень, порушень сну, тривалого відчуття небезпеки, труднощів реінтеграції, рівня соціальної підтримки. Встановлено, що дефіцит соціальних ресурсів і підтримки суттєво підвищує ризик розвитку та хронізації ПТСР [6]. Це зумовлює необхідність комплексного клініко-психологічного підходу до діагностики, який поєднує оцінку симптомів із аналізом соціального контексту функціонування особистості. У сучасних класифікаціях American Psychiatric Association та World Health Organization ПТСР визначається як розлад із симптомами повторного переживання травми, уникнення, негативних когнітивно-емоційних змін і гіперзбудження, включно з його комплексними формами [40]. Попри значну кількість досліджень, недостатньо розробленими залишаються питання інтеграції клінічних і соціально-психологічних підходів у діагностиці ПТСР, критерії добору інструментарію та оцінювання відстрочених і комплексних форм розладу, що зумовлює необхідність системного наукового дослідження цієї проблеми.

Об’єкт дослідження – посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців.

Предмет дослідження – клініко-психологічна діагностика посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців з урахуванням соціально-психологічних детермінант.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити особливості клініко-психологічної діагностики посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців, комбатантів і ветеранів з урахуванням соціально-психологічних детермінант, а також визначити ефективність застосування комплексного діагностичного алгоритму.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретико-методологічний аналіз проблеми посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців та узагальнити сучасні підходи до його розуміння.

2. Розкрити клініко-психологічні особливості ПТСР, зокрема його симптоматику, форми перебігу (у тому числі відстрочений і комплексний ПТСР) та специфіку проявів у військових і ветеранів.

3. Визначити соціально-психологічні детермінанти виникнення, перебігу та діагностичної оцінки ПТСР у військовослужбовців.

4. Обґрунтувати та емпірично перевірити ефективність комплексу методів клініко-психологічної діагностики ПТСР у військовослужбовців різних вікових груп і з різним бойовим досвідом.

5. Розробити практичні рекомендації щодо вдосконалення клініко-психологічної діагностики ПТСР з урахуванням соціально-психологічних чинників.

Методи дослідження. Для досягнення мети дослідження використано комплекс взаємодоповнюючих теоретичних, емпіричних і статистичних методів. До теоретичних методів віднесено аналіз, синтез, порівняння, систематизацію та узагальнення наукових джерел з проблем психотравматизації, бойового стресу, посттравматичного стресового розладу та його клініко-психологічної діагностики. Емпіричну групу методів становили клініко-анамнестичний метод, спостереження, індивідуальні бесіди, контент-аналіз консультаційного матеріалу та психодіагностичне обстеження. У дослідженні застосовано стандартизовані та валідизовані інструменти: структуроване клінічне інтерв'ю CAPS-5, M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview), опитувальник PCL-5 та Міссісіпський опитувальник ПТСР (військовий варіант). Обробка результатів здійснювалася з використанням методів математичної статистики, зокрема описової статистики та елементів порівняльного аналізу.

Емпіричне дослідження проведено за участі військовослужбовців, ветеранів і комбатантів віком від 27 до 75 років ($n = 28$), які мали різний бойовий і травматичний досвід. Дотримано етичних принципів дослідження, зокрема добровільності участі, інформованої згоди та конфіденційності персональних даних.

Наукова новизна роботи полягає в обґрунтуванні комплексного підходу до клініко-психологічної діагностики ПТСР у військовослужбовців з урахуванням не лише симптоматичних проявів розладу, а й соціально-психологічних детермінант його виникнення та перебігу. Уточнено значення бойового досвіду, віку, попередньої травматизації, соціальної підтримки, соматичних наслідків поранень, порушень сну, коморбідних проявів і труднощів адаптації для діагностичної оцінки ПТСР.

Теоретичне значення дослідження полягає в поглибленні наукових уявлень про ПТСР у військовослужбовців як складний клініко-психологічний феномен, детермінований взаємодією травматичного досвіду, індивідуально-психологічних особливостей і соціального контексту. Результати роботи доповнюють наукові підходи до розуміння діагностики бойової психічної травми, відстроченого ПТСР і коморбідних станів у військових та ветеранів.

Практичне значення дослідження полягає у можливості використання його результатів у діяльності психологів, клінічних психологів, фахівців реабілітаційних центрів, військових психологів і спеціалістів, які працюють із військовослужбовцями та ветеранами. Запропонований підхід може бути застосований для раннього виявлення симптомів ПТСР, уточнення діагностичних ризиків, планування індивідуальної та групової психологічної допомоги, психотерапевтичного супроводу й реабілітаційних заходів для осіб, які пережили бойову психотравматизацію.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПТСР У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

1.1. Психологічна травма та бойовий стрес у системі чинників розвитку посттравматичного стресового розладу

У сучасних умовах воєнних конфліктів проблема психотравматизації військовослужбовців набуває системного характеру та виходить за межі суто клінічного дискурсу, інтегруючись у міждисциплінарне поле психології, медицини, нейронаук і соціальних досліджень. Повномасштабна війна в Україні суттєво актуалізує необхідність глибокого аналізу механізмів формування посттравматичних розладів, зокрема у контексті впливу бойового стресу та психологічної травми як базових чинників їх виникнення.

Професійна діяльність військовослужбовців характеризується екстремальністю, невизначеністю та високою ціною помилки, що зумовлює постійне функціонування психіки в умовах перевантаження. Участь у бойових діях супроводжується комплексним впливом факторів, серед яких провідними є загроза життю, втрата побратимів, необхідність застосування насильства, сенсорне перевантаження, дефіцит базових ресурсів (сон, харчування), а також хронічне психоемоційне напруження [1]. У сукупності ці чинники формують специфічне середовище, в якому стрес перестає виконувати виключно адаптаційну функцію і набуває деструктивного характеру.

У науковій традиції поняття стресу розглядається як універсальна неспецифічна реакція організму на вплив подразників, що порушують гомеостаз. Класичне фізіологічне підґрунтя цього феномену було закладене У. Кенноном, який обґрунтував реакцію «fight-or-flight» та визначив роль симпатичної нервової системи у мобілізації ресурсів організму [43]. Подальший розвиток концепції здійснив Г. Сельє, який інтерпретував стрес як загальний адаптаційний синдром і виділив три стадії його перебігу: реакцію тривоги, стадію резистентності та стадію виснаження. Вчений підкреслив, що саме тривале перебування організму у фазі виснаження створює передумови для розвитку патологічних змін, що можуть проявлятися як на соматичному, так і

на психічному рівня [23]. Суттєвим є положення про амбівалентність стресу: з одного боку, він виступає механізмом адаптації, мобілізації та виживання, з іншого – за умов надмірності або тривалості перетворюється на фактор дезорганізації психічної діяльності [28]. У цьому контексті Н. Різві трактує стрес як стан внутрішньої тривоги та напруження, що виникає у відповідь на загрозливі обставини та супроводжується когнітивними, емоційними і поведінковими реакціями [25]. Таким чином, стрес є не лише фізіологічною реакцією, а складним психічним процесом, опосередкованим інтерпретацією ситуації. Особливу форму стресу становить бойовий стрес, який виникає в умовах безпосередньої участі у військових діях. Його специфіка полягає у поєднанні гострих та хронічних стресорів, що діють одночасно і взаємно підсилюють один одного [21]. Бойовий стрес спочатку виконує адаптаційну функцію, забезпечуючи мобілізацію ресурсів для виживання, проте за умов інтенсивного та тривалого впливу призводить до порушення регуляторних механізмів психіки, дезінтеграції поведінки та формування психічної травми.

Психологічна травма у сучасних наукових підходах розглядається як складне інтегративне явище, що виникає внаслідок впливу подій, які перевищують адаптаційні можливості особистості та супроводжуються переживанням інтенсивного страху, безпорадності або жаху [14]. Визначальним у цьому процесі є не лише об’єктивна характеристика події, а її суб’єктивна інтерпретація, що підтверджується у працях Н. Пов’якель, Л. Пергаменщика, С. Гончарової, М. Яковчука.

З позицій клінічної психології психічна травма визначається як порушення цілісності функціонування психіки, спричинене ситуацією, що сприймається як непереборна (Н. Тарабріна, Л. Трубіцина, Н. Саржвеладзе, І. Погодіна). Аналогічно, Л. Заграй підкреслює, що травма формується внаслідок тривалих негативних емоційних переживань, пов’язаних із неможливістю контролю ситуації [38]. У когнітивній парадигмі (F. Bartlett, M. Horowitz, C. Brewin, E. Holmes, R. Janoff-Bulman) травма розглядається як руйнування

базових когнітивних схем і світоглядних уявлень, що забезпечують відчуття безпеки та передбачуваності [42; 46; 47; 48]. Психоаналітичний підхід (З. Фрейд, А. Кардинер) акцентує увагу на механізмах витіснення та формуванні невротичних симптомів як наслідку непропрацьованого травматичного досвіду. Сучасні нейропсихологічні та клінічні дослідження (B. van der Kolk, J. Herman, G. Schmelzer, Y. Yehuda, D. Carlson, Z. Komar, D. Brewin) розширюють розуміння травми, включаючи до її структури нейробіологічні механізми, зокрема порушення функціонування гіпокампу, амігдали та нейроендокринної регуляції. Це дозволяє розглядати травму як процес, що охоплює когнітивний, емоційний, тілесний та соціальний рівні функціонування особистості [43;44; 50; 51]. Вітчизняні дослідники (О. Романчук, З. Кісарчук, Т. Титаренко, В. Климчук, П. Горностай, Г. Лазос, Ю. Омельченко, О. Вознесенська та ін.) акцентують увагу на соціокультурному контексті травматизації, підкреслюючи роль війни як тривалого макростресора, що формує стан пролонгованої психотравматизації [7; 8; 35; 36].

Важливим теоретичним підходом до розуміння механізмів травми є інформаційна модель, представлена у роботах О. Борисової. Згідно з цією моделлю, травматичний досвід не інтегрується у когнітивні структури особистості, а зберігається у вигляді імпліцитної пам’яті, що зумовлює виникнення інтрузій, флешбеків та інших симптомів. Порушення інтеграції пов’язується як із нейробіологічними факторами, так і з психологічними механізмами, зокрема дисоціацією [50]. Узагальнення сучасних наукових підходів до дослідження психологічної травми та бойового стресу як чинників розвитку посттравматичного стресового розладу систематизовано у вигляді аналітичної таблиці (Додаток А). У структурі психотравматичних реакцій важливе місце займає гостра стресова реакція, яка виникає безпосередньо після травматичної події та характеризується дезорієнтацією, звуженням свідомості, афективною нестабільністю та соматовегетативними проявами [4; 5]. Хоча цей стан має транзиторний характер, за відсутності належної психологічної

допомоги він може виступати предиктором розвитку ПТСР. Психологічна травма та бойовий стрес формують складну систему взаємопов'язаних чинників, що визначають розвиток посттравматичного стресового розладу. Бойовий стрес виступає первинним механізмом мобілізації, однак за умов перевищення адаптаційних можливостей трансформується у травматичний досвід. У разі порушення процесів психічної інтеграції цей досвід закріплюється у структурі особистості та проявляється у формі симптомів ПТСР [15]. Розглянуті теоретичні підходи до розуміння психологічної травми та бойового стресу дозволяють констатувати, що посттравматичний стресовий розлад не є ізольованим психічним явищем, а виступає результатом складної взаємодії біологічних, психологічних і соціальних чинників, опосередкованих індивідуальним досвідом особистості. Усвідомлення механізмів формування травматичного досвіду створює підґрунтя для переходу до аналізу ПТСР як цілісного клініко-психологічного феномену, що має чітко визначені діагностичні критерії, симптоматику та закономірності перебігу. У зв'язку з цим виникає необхідність системного розгляду посттравматичного стресового розладу у межах сучасних наукових підходів, що інтегрують клінічні, когнітивні, нейробіологічні та соціально-психологічні інтерпретації.

1.2. Посттравматичний стресовий розлад як клініко-психологічний феномен у сучасних наукових підходах

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) у сучасній науці розглядається як складний мультифакторний клініко-психологічний феномен, що виникає внаслідок переживання екстремальних травматичних подій та характеризується специфічним поєднанням психічних, поведінкових і нейробіологічних порушень. Його вивчення здійснюється в межах інтеграції клінічної психології, психіатрії, нейронаук та психотравматології, що забезпечує комплексне розуміння природи, механізмів формування та проявів цього розладу [26]. Історично становлення концепції ПТСР пов'язане з аналізом наслідків бойового стресу у військових. У науковому дискурсі різних періодів використовувалися терміни «травматичний невроз», «бойовий невроз»,

«синдром солдата», «в'єтнамський синдром», що відображало поступове накопичення емпіричних даних про специфіку психічних порушень після участі у війнах. Офіційне визнання ПТСР як окремого діагностичного розладу відбулося у 1980 році з включенням його до класифікації American Psychiatric Association (DSM-III), що стало важливим етапом у стандартизації його діагностики та дослідження. У сучасних класифікаційних системах – DSM-5-TR та ICD-11 – ПТСР визначається як розлад, що виникає після впливу події або серії подій надзвичайно загрозливого або катастрофічного характеру [40]. Ключовими діагностичними критеріями виступають інтрузії (нав'язливі спогади, флешбеки), уникнення стимулів, пов'язаних із травмою, негативні зміни у когнітивно-емоційній сфері та симптоми гіперактивації.

Сучасні наукові підходи до розуміння ПТСР можна систематизувати у кілька взаємодоповнюючих напрямів. Нейробіологічний підхід акцентує увагу на структурно-функціональних змінах у головному мозку. Дослідження D. Bloom, W. Klemen, G. van Wingen, а також Kuhn демонструють, що у осіб із ПТСР відбуваються зміни в гіпокампі, мигдалеподібному тілі та префронтальній корі [44; 51]. Зокрема, порушується інтеграція травматичного досвіду в автобіографічну пам'ять, що зумовлює феномен «актуалізації минулого як теперішнього». Активізація задньої поясної кори сприяє тому, що травматичні події не сприймаються як завершені, а відтворюються у формі інтрузій та флешбеків. Когнітивно-психологічний підхід (M. Horowitz, C. Brewin, R. Janoff-Bulman) розглядає ПТСР як наслідок руйнування базових когнітивних схем особистості. Травматична подія порушує уявлення про безпеку світу, контрольованість подій і власну ефективність, що призводить до формування дезадаптивних переконань і стійких негативних когнітивних патернів. У цьому контексті травма виступає як інформація, що не інтегрується у вже існуючі когнітивні структури, що спричиняє її повторне нав'язливе відтворення. Психодинамічний та психотравматологічний підходи (З. Фрейд, A. Kardiner, J. Herman, B. van der Kolk) акцентують увагу на ролі несвідомих механізмів, зокрема витіснення, дисоціації та повторного переживання травми.

B. van der Kolk підкреслює, що «тіло пам’ятає» травму, а її наслідки проявляються не лише на психічному, але й на соматичному рівні [43; 46;51]. J. Herman вводить поняття комплексної травми (CPTSD), яка формується в умовах тривалої або повторюваної травматизації, що є особливо релевантним для військових [45]. Інформаційно-процесуальний підхід, представлений у роботах О. Туриніної та інтерпретований О. Борисовою, розглядає ПТСР як результат порушення обробки травматичної інформації [38]. Травматичний досвід зберігається у формі імпліцитної пам’яті та не інтегрується у свідомі наративні структури, що призводить до його постійної актуалізації у вигляді симптомів. Важливу роль у цьому процесі відіграє механізм дисоціації, який блокує інтеграцію травматичного досвіду, але водночас сприяє хронізації розладу. Біопсихосоціальний підхід інтегрує біологічні, психологічні та соціальні чинники розвитку ПТСР. До біологічних належать генетична схильність та нейроендокринні механізми (зокрема роль глюкокортикоїдів), до психологічних – індивідуальні особливості реагування та копінг-стратегії, до соціальних – умови середовища, підтримка та культурний контекст. Такий підхід дозволяє пояснити варіативність проявів ПТСР і різну чутливість до травматичних подій. Важливим аспектом сучасного розуміння ПТСР є його коморбідність. Дослідження свідчать про високу частоту поєднання ПТСР із депресією, тривожними розладами, залежностями та соматичними порушеннями. Це ускладнює діагностику та потребує комплексного підходу до оцінки психічного стану. Особливої уваги заслуговує специфіка ПТСР у військових [19]. Бойовий стрес характеризується інтенсивністю, тривалістю та повторюваністю травматичних впливів, що підвищує ризик розвитку як класичного ПТСР, так і його ускладнених форм. Участь у бойових діях супроводжується постійною загрозою життю, втратою побратимів, моральними дилемами, що формує глибокі зміни в емоційній, когнітивній та ціннісній сферах особистості [12]. Узагальнену структурно-функціональну схему посттравматичного стресового розладу як клініко-психологічного феномену,

що відображає взаємодію нейробіологічного, когнітивного, емоційно-регулятивного, поведінкового та соціально-психологічного рівнів, представлено у Додатку Б. У сучасних наукових підходах ПТСР постає як інтегративний клініко-психологічний феномен, що формується внаслідок взаємодії нейробіологічних, когнітивних, емоційних і соціальних механізмів. Його розуміння потребує системного аналізу, що враховує як універсальні закономірності психотравматизації, так і специфіку контексту, зокрема бойових умов. Це створює підґрунтя для розробки валідних діагностичних інструментів і ефективних стратегій психологічної допомоги військовослужбовцям [13]. Отже, з урахуванням зазначеної багатовимірної природи посттравматичного стресового розладу особливої наукової значущості набуває аналіз соціально-психологічних детермінант його розвитку та перебігу, які визначають індивідуальну варіативність проявів розладу, його динаміку та специфіку функціонування особистості в умовах травматичного досвіду, зокрема бойового середовища.

1.3. Соціально-психологічні детермінанти розвитку та перебігу посттравматичного стресового розладу

У сучасному науковому дискурсі посттравматичний стресовий розлад розглядається як результат взаємодії не лише психотравматичного впливу, але й комплексу соціально-психологічних чинників, які визначають індивідуальну вразливість до травматизації, характер клінічних проявів та динаміку перебігу розладу. Такий підхід ґрунтується на інтеграції положень когнітивної, соціальної та клінічної психології і дозволяє розглядати ПТСР як процесуально зумовлене явище, що формується у контексті життєдіяльності особистості. Ключовим детермінантом виступає суб’єктивно-смислова інтерпретація травматичного досвіду, яка визначає ступінь його психічної інтеграції. У роботах Н. Тарабріної, Л. Трубіциної, Н. Саржвеладзе, І. Погодіної підкреслюється, що травматичний ефект події зумовлений не стільки її об’єктивними характеристиками, скільки сприйняттям як такої, що перевищує адаптаційні можливості особистості. Подібні положення розвивають Н.

Пов’якель, Л. Пергаменщик, С. Гончарова, М. Яковчук, акцентуючи роль когнітивної оцінки та рефлексивного опрацювання події у формуванні травматичного досвіду. У межах когнітивних моделей (M. Horowitz, C. Brewin, R. Janoff-Bulman) показано, що порушення базових переконань про безпечність світу, контрольованість подій і власну ефективність є визначальним механізмом розвитку посттравматичних симптомів [44;45;46;48].

Суттєвим соціально-психологічним чинником є рівень і якість соціальної підтримки, яка виконує як буферну, так і модифікуючу функцію. Дослідження J. Herman, S. Solomon, R. Yehuda свідчать, що наявність підтримуючих міжособистісних зв’язків сприяє зниженню інтенсивності симптоматики та підвищенню здатності до адаптації після травми [45]. Водночас дефіцит підтримки або її негативні форми (заперечення травми, стигматизація, звинувачення) підсилюють дезадаптацію та сприяють хронізації ПТСР [27]. У цьому контексті особливого значення набуває феномен вторинної травматизації, що виникає внаслідок неадекватних соціальних реакцій і посилює первинний травматичний досвід.

Важливим детермінантом є соціально-професійний контекст військової діяльності, який формує специфічні умови психічного функціонування. За даними B. van der Kolk, J. Herman, G. Cardeña, C. Carlson, військове середовище характеризується високим рівнем стресогенності, нормативним обмеженням емоційного реагування та постійною загрозою життю, що ускладнює своєчасну переробку травматичного досвіду [45; 51]. Крім того, переживання морально-етичних конфліктів, пов’язаних із бойовими діями, може призводити до глибоких змін у ціннісно-смисловій сфері особистості, формуючи підґрунтя для тривалих психічних порушень [29].

Серед соціально-психологічних детермінант вагоме місце посідають життєві та соціально-демографічні характеристики, які модифікують ризик розвитку ПТСР. Дослідження Želimir, S. Solomon, R. Yehuda засвідчують, що попередній травматичний досвід, тривалість і інтенсивність участі у бойових

діях, а також умови післятравматичного середовища істотно впливають на перебіг розладу. У роботі також підкреслюється роль хронічних стресогенних факторів – депривації сну, фізичного виснаження, невизначеності та соціальної нестабільності – як чинників, що підвищують імовірність розвитку ПТСР та сприяють його тривалості [51]. Окремим напрямом аналізу виступає процес смислової інтеграції травматичного досвіду, який визначає можливість його включення у життєву історію особистості. У межах сучасних психотравматологічних підходів (B. van der Kolk, J. Herman) доведено, що відсутність умов для наративізації та соціального визнання травматичного досвіду призводить до його фрагментації та підтримання симптоматики [45; 51]. Натомість соціально опосередкована рефлексія пережитого сприяє його інтеграції та зниженню інтенсивності посттравматичних проявів. Важливим проявом дії соціально-психологічних детермінант є феномен відстроченого розвитку ПТСР, що підтверджує пролонгований характер їх впливу. Як показано в емпіричних дослідженнях, симптоми можуть актуалізуватися через тривалий час після завершення травматичної ситуації, що пов’язано з незавершеністю процесів психічної інтеграції та впливом актуального соціального контексту [5]. Структурно-логічну модель впливу соціально-психологічних детермінант на розвиток і перебіг посттравматичного стресового розладу представлено у Додатку В. Таким чином, соціально-психологічні детермінанти розвитку та перебігу посттравматичного стресового розладу утворюють цілісну систему взаємопов’язаних чинників, серед яких провідними є особливості когнітивно-смислової інтерпретації травматичного досвіду, рівень соціальної підтримки, специфіка військового середовища, життєві умови та можливості соціально опосередкованої інтеграції пережитого. Їх комплексний аналіз дозволяє поглибити розуміння механізмів психотравматизації, уточнити прогностичні критерії перебігу ПТСР і обґрунтувати розробку ефективних стратегій клініко-психологічної допомоги військовослужбовцям.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВІВ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

2.1. Організація дослідження та обґрунтування психодіагностичного інструментарію

Емпіричне дослідження проявів посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців було організовано відповідно до мети та завдань наукової роботи, що полягали у виявленні особливостей перебігу ПТСР, оцінюванні ефективності сучасних психодіагностичних інструментів та обґрунтуванні доцільності їх комплексного застосування у клініко-психологічній практиці. Дослідження проводилося у 2025-2026 р.р. на базі відділень КНП «Лікарня святого Мартина» (м. Мукачево), а також ветеранських організацій, що об’єднують учасників бойових дій різних періодів, зокрема Мукачівської міської організації Української Спілки ветеранів Афганістану, Мукачівської районної спілки ветеранів Афганської війни та інших локальних конфліктів і товариства воїнів-ветеранів «Шураві». У дослідженні взяли участь військовослужбовці, ветерани та комбатанти віком від 27 до 75 років, загальна кількість яких становила 28 осіб, що дозволило сформувати гетерогенну вибірку та врахувати відмінності у проявах посттравматичної симптоматики залежно від віку, досвіду участі у бойових діях і часової віддаленості травматичних подій. Формування вибірки здійснювалося з дотриманням етичних принципів психологічного дослідження, зокрема добровільності участі, інформованої згоди та забезпечення конфіденційності отриманих даних. Учасники були поінформовані про мету, процедуру та умови проведення дослідження, а їхні персональні дані не підлягали розголошенню. До складу вибірки увійшли дві групи респондентів: діючі військовослужбовці та мобілізовані учасники сучасної російсько-української війни, а також ветерани локальних військових конфліктів, що дозволило здійснити порівняльний аналіз особливостей проявів ПТСР у різних категорій комбатантів.

Організація емпіричного дослідження передбачала послідовну реалізацію підготовчого, діагностичного та аналітичного етапів. На підготовчому етапі здійснювався відбір респондентів, визначення структури дослідження та підбір психодіагностичного інструментарію. Діагностичний етап включав проведення клінічних інтерв'ю, психодіагностичного тестування, індивідуальних бесід і спостереження. Аналітичний етап був спрямований на обробку, інтерпретацію та узагальнення отриманих результатів із застосуванням методів математичної обробки даних.

Методологічною основою дослідження виступив комплексний підхід, що інтегрує клініко-психологічні та психодіагностичні методи в межах біопсихосоціальної парадигми, яка дозволяє розглядати ПТСР як багатовимірний феномен, зумовлений взаємодією біологічних, психологічних і соціокультурних чинників [9]. У дослідженні застосовано сукупність взаємодоповнюючих методів, зокрема клініко-анамнестичний метод, спостереження, індивідуальні бесіди, контент-аналіз консультаційного матеріалу, а також стандартизовані психодіагностичні процедури. Використання клініко-анамнестичного методу дало змогу здійснити реконструкцію життєвого та травматичного досвіду респондентів, оцінити особливості перебігу травматичних подій, наявність попередніх психічних станів і коморбідних порушень, а також проаналізувати соціально-побутові аспекти їхнього функціонування [3]. Обґрунтування вибору психодіагностичного інструментарію здійснювалося з урахуванням критеріїв валідності, надійності, клінічної чутливості до симптомів ПТСР, можливості диференційної діагностики та відповідності сучасним міжнародним стандартам (DSM-5 та МКХ-11). З огляду на це у дослідженні було використано комплекс інструментів, що забезпечують як скринінгову, так і поглиблену клінічну оцінку посттравматичних проявів. Зокрема, застосовано структуроване клінічне інтерв'ю CAPS-5, яке дозволяє здійснювати діагностику ПТСР відповідно до критеріїв DSM-5 і оцінювати інтенсивність симптомів за основними діагностичними кластерами; методику M.I.N.I. (Mini International

Neuropsychiatric Interview), що забезпечує виявлення супутніх психічних розладів і дозволяє проводити диференційну діагностику; опитувальник PCL-5, спрямований на кількісне визначення вираженості симптомів ПТСР; а також Міссісіпський опитувальник ПТСР (військовий варіант), який є спеціалізованим інструментом для оцінювання посттравматичної симптоматики у військовослужбовців. Комплексне застосування зазначених методик забезпечує реалізацію принципу мультиметодності, що дозволяє підвищити точність діагностики за рахунок поєднання клінічного інтерв'ю та стандартизованих опитувальників. CAPS-5 виступає як базовий інструмент клінічної верифікації діагнозу, M.I.N.I. дозволяє контролювати наявність коморбідних психічних розладів, тоді як PCL-5 і Міссісіпський опитувальник забезпечують кількісну оцінку симптоматики та можливість порівняльного аналізу між різними групами респондентів. Важливою перевагою обраного інструментарію є його спрямованість на виявлення як актуальних, так і відтермінованих форм ПТСР, що є принципово важливим з огляду на специфіку вибірки, до складу якої входять ветерани з різною тривалістю посттравматичного періоду [20; 49; 53]. Психодіагностичний інструментарій представлений у додатку Г. Таким чином, організація емпіричного дослідження характеризується логічною структурованістю, методологічною обґрунтованістю та відповідністю сучасним вимогам клініко-психологічної науки, а використаний психодіагностичний інструментарій забезпечує комплексне, валідне та надійне вивчення проявів посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців, що створює підґрунтя для подальшого аналізу отриманих результатів і формування практичних рекомендацій.

2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження проявів ПТСР у військовослужбовців

Аналіз результатів емпіричного дослідження проявів посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців здійснювався на основі комплексного застосування стандартизованих психодіагностичних методик,

зокрема структурованого клінічного інтерв'ю CAPS-5, методики M.I.N.I., опитувальника PCL-5 та Міссісіпського опитувальника ПТСР (військовий варіант). Обробка емпіричних даних проводилася із використанням методів описової статистики, зокрема частотного аналізу, визначення відсоткових розподілів та узагальнення середніх тенденцій, а також кореляційного аналізу за коефіцієнтом Пірсона з метою виявлення внутрішніх взаємозв'язків між показниками.

За результатами структурованого клінічного інтерв'ю CAPS-5 встановлено, що клінічно верифікований посттравматичний стресовий розлад діагностовано у 18–26% досліджуваних, що відповідає 5-7 особам вибірки (Додаток Ґ). У даної підгрупи виявлено повний симптомокомплекс відповідно до критеріїв DSM-5, включаючи інтрузивні переживання, уникнення травматичних стимулів, негативні зміни у когнітивно-емоційній сфері та симптоми гіперзбудження. Інтенсивність симптоматики характеризується як помірно висока, що свідчить про виражене порушення адаптаційних механізмів та зниження рівня психосоціального функціонування. Водночас у значної частини вибірки, орієнтовно 40-50%, виявлено субклінічні прояви ПТСР. Такі результати дозволяють інтерпретувати стан цих респондентів як пограничний між нормою та патологією, що характеризується частковою дезадаптацією та наявністю окремих симптомів без формування повного клінічного синдрому. Це має принципове значення, оскільки свідчить про високий ризик подальшої маніфестації розладу за умов додаткового психотравматичного впливу.

Якісний аналіз структури симптоматики показав, що домінуючими є інтрузивні симптоми у вигляді флешбеків, нав'язливих спогадів та повторного переживання травматичних подій. Значною мірою представлені також симптоми гіперзбудження, які проявляються у формі порушень сну, підвищеної тривожності, дратівливості та гіпервігілантності. Менш стабільно вираженими є симптоми уникнення, що може свідчити про різний рівень усвідомлення травматичного досвіду та варіативність індивідуальних копінг-стратегій. Результати методики M.I.N.I. дозволили встановити наявність коморбідних

психічних порушень, що суттєво ускладнюють клінічну картину ПТСР (Додаток Д). У групі респондентів із діагностованим ПТСР у 60-70% випадків виявлено супутні тривожні та депресивні розлади. Такий рівень коморбідності свідчить про системний характер психічної дезадаптації та підтверджує мультифакторну природу ПТСР. У психологічному плані це проявляється у поєднанні афективної нестабільності, зниження настрою, емоційного виснаження, соматичних скарг та труднощів соціального функціонування.

Аналіз результатів опитувальника PCL-5 показав, що близько 20-25% досліджуваних мають високий рівень посттравматичної симптоматики, що узгоджується з даними CAPS-5 і підтверджує їх діагностичну узгодженість (Додаток Е). У 35-45% респондентів встановлено середній рівень симптоматики, який відповідає частковим формам ПТСР або станам підвищеного ризику, тоді як решта характеризується низьким рівнем проявів. Структурний аналіз показників підтвердив, що найбільш вираженими є інтрузивні симптоми та симптоми гіперзбудження, що відображає специфіку психотравматичного впливу бойового досвіду. Результати Міссісіпського опитувальника ПТСР підтвердили загальні тенденції, виявлені за іншими методиками (Додаток Є). Високий рівень посттравматичних проявів встановлено приблизно у 25% досліджуваних, середній рівень у 40-50%, тоді як низькі показники зафіксовано у решти респондентів. Особливу увагу привертає наявність відтермінованого ПТСР у ветеранів локальних військових конфліктів, що проявляється у збереженні інтрузивної симптоматики через значний часовий проміжок після травматичних подій. Це дозволяє розглядати ПТСР як розлад із пролонгованим перебігом та тенденцією до хронізації.

З метою встановлення внутрішніх закономірностей функціонування симптомокомплексу проведено кореляційний аналіз, який виявив статистично значущі взаємозв’язки між показниками різних методик (Додаток Ж). Зокрема, встановлено сильний позитивний зв’язок між загальним рівнем посттравматичної симптоматики за шкалою PCL-5 та показниками CAPS-5, коефіцієнт кореляції становить $r = 0,68$ при рівні значущості $p \leq 0,01$. Це

свідчить про високу узгодженість самооцінювальних та клінічних методів і підтверджує їх валідність. Виявлено також сильний зв'язок між інтрузивною симптоматикою та рівнем гіперзбудження, коефіцієнт кореляції становить $r = 0,72$ при $p \leq 0,01$, що дозволяє інтерпретувати ці компоненти як взаємопов'язані елементи єдиного патогенетичного механізму ПТСР. Крім того, встановлено статистично значущий зв'язок між рівнем посттравматичної симптоматики та наявністю тривожно-депресивних розладів, коефіцієнт кореляції становить $r = 0,59$ при $p \leq 0,05$, що підтверджує високий рівень коморбідності та взаємозумовленість афективних порушень і посттравматичних симптомів.

Показники Міссісіпського опитувальника продемонстрували значущий зв'язок із результатами PCL-5, коефіцієнт кореляції становить $r = 0,64$ при $p \leq 0,01$, що свідчить про їх діагностичну узгодженість та надійність у дослідженні військових вибірок. Окремо встановлено помірний зворотний зв'язок між віком досліджуваних і рівнем посттравматичної симптоматики, коефіцієнт кореляції становить $r = -0,41$ при $p \leq 0,05$, що може свідчити про часткову адаптацію у віддаленому посттравматичному періоді. Водночас збереження інтрузивних симптомів у старших респондентів вказує на хронічний характер пережитої травми. Таким чином, результати емпіричного дослідження свідчать про те, що посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців характеризується складною багаторівневою структурою, значною поширеністю як клінічних, так і субклінічних форм, високим рівнем коморбідності та тенденцією до хронізації. Виявлені статистично значущі взаємозв'язки між показниками підтверджують цілісність симптомокомплексу ПТСР та обґрунтовують доцільність використання комплексного психодіагностичного підходу, який поєднує клінічні та опитувальні методи оцінювання.

РОЗДІЛ 3. ОПТИМІЗАЦІЯ КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ПТСР У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

3.1. Обґрунтування та побудова алгоритму клініко-психологічної діагностики ПТСР

У контексті сучасних наукових уявлень про посттравматичний стресовий розлад як складний, багаторівневий і динамічний феномен особливого значення набуває проблема методологічно обґрунтованої організації процесу його клініко-психологічної діагностики. Узагальнення теоретичних підходів та результатів емпіричного дослідження дозволяє констатувати, що ПТСР у військовослужбовців формується як результат взаємодії інтенсивного бойового досвіду, індивідуально-психологічних характеристик та соціально-психологічних детермінант, що обумовлює необхідність переходу від ізольованого використання діагностичних методик до системно організованого алгоритму діагностики [10].

Актуальність розробки такого алгоритму визначається низкою обставин. По-перше, клінічна картина ПТСР у військовослужбовців характеризується значною варіативністю, що проявляється у різних комбінаціях симптомів, ступенях їх вираженості та часових формах перебігу, включаючи відстрочений та комплексний ПТСР. По-друге, результати проведеного дослідження засвідчили наявність ПТСР у межах 18–26% вибірки, а також виявили латентні та відстрочені форми розладу, що не завжди фіксуються у межах традиційного скринінгу . По-третє, встановлено суттєвий вплив соціально-психологічних чинників (зокрема рівня соціальної підтримки, характеру бойового досвіду, труднощів реінтеграції) на як розвиток, так і діагностичну верифікацію ПТСР, що підтверджує необхідність їх інтеграції у структуру діагностичного процесу .

Методологічною основою побудови алгоритму виступає біопсихосоціальна модель, яка дозволяє інтерпретувати ПТСР як результат дезінтеграції психічного функціонування на різних рівнях – від нейробіологічного до соціального. У межах цього підходу діагностика набуває

не лише описового, але й пояснювального характеру, оскільки спрямовується на виявлення не тільки симптомів, але й механізмів їх формування та підтримання. Така позиція узгоджується з сучасними когнітивними, нейропсихологічними та клініко-психологічними концепціями травми, у яких центральним є порушення інтеграції травматичного досвіду, дисрегуляція емоційних процесів і трансформація базових переконань особистості [11].

Побудова алгоритму клініко-психологічної діагностики ПТСР базується на принципах системності, етапності, комплексності, валідності та індивідуалізації. Принцип системності передбачає розгляд діагностичного процесу як цілісної структури, в якій кожен етап виконує специфічну функцію і водночас інтегрується у загальну логіку дослідження. Принцип етапності забезпечує послідовне уточнення діагностичного висновку – від первинного виявлення симптомів до їх глибинної інтерпретації. Принцип комплексності реалізується через поєднання клінічних, психодіагностичних і соціально-психологічних методів. Принцип валідності передбачає використання стандартизованих і надійних інструментів (CAPS-5, M.I.N.I., PCL-5, Міссісіпський опитувальник ПТСР), що забезпечує достовірність результатів . Принцип індивідуалізації орієнтує на врахування унікальності життєвого досвіду військовослужбовця, включаючи специфіку травматичних подій, тривалість їх впливу та особливості соціального функціонування [2].

Відповідно до зазначених принципів алгоритм клініко-психологічної діагностики ПТСР доцільно розглядати як багаторівневу структуру, що включає послідовність взаємопов’язаних етапів.

Початковим є скринінговий етап, основною функцією якого є первинна ідентифікація симптомів ПТСР і визначення групи ризику. Його реалізація передбачає використання стандартизованих опитувальників, що дозволяють оперативно виявити ключові симптоматичні кластери. Значення цього етапу полягає у забезпеченні чутливості діагностичного процесу, тобто здатності виявляти навіть мінімальні прояви розладу, що особливо важливо для діагностики латентних форм ПТСР.

Наступний етап – клініко-анамнестичний – спрямований на глибинний аналіз індивідуального травматичного досвіду. У його межах здійснюється реконструкція життєвого шляху військовослужбовця, аналіз умов служби, характеру бойових дій, попередніх травматичних подій, а також оцінка соматичного та психічного стану. Особливого значення набуває вивчення суб'єктивного значення травматичної події, що відповідає сучасним уявленням про визначальну роль когнітивної оцінки у формуванні ПТСР. Саме на цьому етапі закладається основа для розуміння індивідуальної логіки розвитку розладу.

Центральним етапом алгоритму є клініко-діагностичний, у межах якого здійснюється верифікація діагнозу відповідно до міжнародних класифікаційних критеріїв. Використання структурованого клінічного інтерв'ю CAPS-5 дозволяє стандартизовано оцінити симптоматику, тоді як застосування M.I.N.I. забезпечує можливість диференційної діагностики та виявлення коморбідних розладів. На цьому етапі також визначається тип перебігу ПТСР, включаючи відстрочені та комплексні форми, що були зафіксовані у дослідженні.

Поглиблення діагностичного аналізу здійснюється на психодіагностично-профілюючому етапі, який передбачає кількісну оцінку вираженості симптомів та їх структурну диференціацію. Використання Міссісіпського опитувальника ПТСР дозволяє отримати детальний профіль симптоматики, визначити домінуючі кластери та оцінити їх вплив на функціонування особистості. Важливим аспектом цього етапу є також виявлення супутніх психічних порушень, які можуть модифікувати клінічну картину розладу.

Завершальним є інтегративно-інтерпретаційний етап, який передбачає синтез отриманих даних і формування цілісного клініко-психологічного висновку. На цьому рівні результати різних методів співвідносяться між собою, що дозволяє не лише констатувати наявність ПТСР, але й визначити його місце у структурі психічного функціонування особистості. Особлива увага приділяється аналізу соціально-психологічних детермінант, які можуть виступати як факторами ризику, так і ресурсами відновлення. Це дозволяє

перейти від діагностики до прогнозування та планування психологічної допомоги [22; 24].

Розроблений алгоритм клініко-психологічної діагностики ПТСР у військовослужбовців є логічно структурованою, теоретично обґрунтованою та емпірично підтвердженою моделлю організації діагностичного процесу. Його наукова цінність полягає у забезпеченні інтеграції клінічного та соціально-психологічного підходів, що дозволяє підвищити точність діагностики, виявляти складні та відстрочені форми розладу та враховувати індивідуальну динаміку психотравматичних порушень. Узагальнення структури алгоритму та взаємозв'язків його складових представлено у вигляді інтегративної моделі клініко-психологічної діагностики ПТСР, опис і графічна репрезентація якої подані у Додатку З. Практичне значення алгоритму полягає у можливості його використання як універсального інструменту в діяльності клінічних психологів і фахівців, які працюють із військовослужбовцями, що зазнали бойової психотравматизації.

3.2. Практичні рекомендації щодо вдосконалення психологічної діагностики ПТСР у військовослужбовців

Результати проведеного теоретико-емпіричного дослідження дозволяють обґрунтувати систему практичних рекомендацій щодо вдосконалення психологічної діагностики посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців, які відрізняються від традиційних підходів акцентом на динамічності, контекстуальності та інтегративності діагностичного процесу.

Наукова новизна запропонованих рекомендацій полягає у переорієнтації діагностики з переважно симптомоцентричного підходу на системно-процесуальний підхід, у межах якого ПТСР розглядається не як статичний стан, а як динамічний психопатологічний процес, що формується під впливом взаємодії травматичного досвіду, індивідуально-психологічних особливостей та соціально-психологічних умов функціонування особистості.

У цьому контексті першочергового значення набуває впровадження принципу часової динаміки діагностики, який передбачає диференціацію

діагностичних процедур залежно від етапу перебігу посттравматичного процесу. Отримані результати свідчать про наявність у військовослужбовців не лише актуальних, але й відстрочених форм ПТСР, що проявляються через значний проміжок часу після травматичної події у вигляді інтрузій, флешбеків та емоційної реактивності. Це обумовлює необхідність переходу від одноразового діагностичного обстеження до системи повторних оцінювань, що дозволяє відстежувати трансформацію симптоматики та своєчасно виявляти латентні форми розладу [30; 31].

Другим напрямом удосконалення виступає впровадження контекстуально чутливої діагностики, яка передбачає обов'язкове врахування специфіки бойового досвіду. У межах дослідження встановлено, що характер травматичних подій, зокрема безпосередня участь у бойових діях, переживання втрати, поранення, тривале перебування в умовах загрози життю, детермінує відмінності у структурі симптомів ПТСР. У зв'язку з цим діагностичний процес має передбачати аналіз типу травматичного досвіду як змінної, що модифікує клінічну картину розладу.

Інноваційним компонентом запропонованих рекомендацій є обґрунтування принципу інтегративної поліметодичності, який полягає не лише у використанні декількох діагностичних інструментів, а у їх функціональному поєднанні в межах єдиного алгоритму. У цьому підході кожен метод виконує чітко визначену діагностичну функцію, а саме клінічну верифікацію, диференційну діагностику, скринінг або профілювання симптомів. Така структурована взаємодія методів дозволяє підвищити валідність діагностичних висновків і знизити ризик редукції складних психічних станів до окремих симптомів.

Важливим напрямом вдосконалення діагностики є також впровадження наративно-аналітичного підходу, який передбачає систематичне використання контент-аналізу клінічних бесід як доповнення до стандартизованих методик. У межах дослідження встановлено, що вербалізація травматичного досвіду дозволяє виявити приховані аспекти психотравматизації, зокрема механізми

уникнення, фрагментарність пам’яті та порушення інтеграції травматичного досвіду. Це дозволяє розширити діагностичне поле за межі формалізованих показників і забезпечити більш глибоке розуміння внутрішньої структури розладу.

Окрему увагу доцільно приділити впровадженню принципу діагностичної чутливості до коморбідних станів, що обумовлено високою частотою поєднання ПТСР із депресивними, тривожними та поведінковими порушеннями у військовослужбовців. У зв’язку з цим діагностика має передбачати розширення спектра оцінюваних показників та включення процедур диференційної діагностики з метою уникнення клінічних помилок.

На основі отриманих результатів також обґрунтовано доцільність впровадження ресурсно-орієнтованого підходу до діагностики, який передбачає оцінювання не лише патологічних проявів, але й адаптаційного потенціалу особистості. Визначення рівня соціальної підтримки, ефективності копінг-стратегій та здатності до саморегуляції дозволяє не лише уточнити діагностичний висновок, але й сформувати основу для подальшого прогнозування перебігу розладу [34; 37].

Удосконалення діагностики також пов’язане з необхідністю впровадження мультидисциплінарного підходу, що передбачає інтеграцію даних клініко-психологічного, психіатричного та соціального аналізу [39]. Така взаємодія дозволяє забезпечити більш повну оцінку стану військовослужбовця та врахувати взаємозв’язок психічних і соматичних порушень.

Перспективним напрямом є впровадження цифрових технологій у процес діагностики, зокрема використання електронних форм скринінгу, VR-технологій, дистанційного оцінювання та автоматизованої обробки результатів. Це сприяє підвищенню доступності діагностичної допомоги та забезпечує оперативність отримання результатів, що є особливо актуальним в умовах воєнного часу. Практична реалізація та операціоналізація запропонованих рекомендацій щодо вдосконалення психологічної діагностики ПТСР у

військовослужбовців, включаючи конкретні процедури, алгоритми та приклади їх застосування, детально представлена у Додатку К.

Таким чином, запропоновані рекомендації відображають перехід до якісно нового рівня організації психологічної діагностики ПТСР у військовослужбовців, який базується на інтеграції часової динаміки, контекстуальної чутливості, поліметодичності, наративного аналізу та ресурсного підходу. Їх впровадження дозволяє підвищити точність і глибину діагностичного висновку, своєчасно виявляти різні форми ПТСР, включаючи відстрочені та латентні, та створює науково обґрунтоване підґрунтя для подальшої психологічної допомоги і реабілітації військовослужбовців.

ВИСНОВКИ

У результаті виконання наукової роботи, спрямованої на дослідження клініко-психологічних особливостей посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців та обґрунтування підходів до його діагностики з урахуванням соціально-психологічних детермінант, досягнуто поставленої мети та розв’язано визначені завдання.

Проведений теоретико-методологічний аналіз наукових джерел дозволив уточнити сутність посттравматичного стресового розладу як складного інтегративного клініко-психологічного феномену, що формується внаслідок впливу екстремальних стресогенних чинників та проявляється у порушенні емоційної регуляції, когнітивної переробки травматичного досвіду та поведінкової адаптації. Встановлено, що ПТСР має системний характер і розвивається у взаємодії індивідуально-психологічних і соціально-психологічних чинників, що визначає необхідність його комплексного дослідження.

Узагальнення результатів емпіричного дослідження засвідчило, що клінічна картина ПТСР у військовослужбовців характеризується варіативністю та поліморфністю проявів. Найбільш вираженими є інтрузивні симптоми та симптоми гіперзбудження, тоді як прояви уникнення мають менш стабільний характер. Виявлено наявність як клінічно виражених, так і субклінічних форм розладу, що підтверджує континуальний характер посттравматичних порушень та ускладнює їх своєчасну діагностику.

Емпірично встановлено високий рівень поширеності посттравматичних проявів у досліджуваній вибірці, що свідчить про значну психотравматизацію військовослужбовців. Виявлено, що поряд із клінічно верифікованими випадками ПТСР значна частина респондентів демонструє субклінічні прояви, які не завжди фіксуються у межах стандартних діагностичних процедур, але можуть трансформуватися у більш виражені форми розладу в динаміці.

Отримані результати підтверджують значущу роль соціально-психологічних детермінант у розвитку та перебігу ПТСР. Встановлено, що

характер бойового досвіду, рівень соціальної підтримки, наявність попередньої травматизації, труднощі соціальної реадаптації та коморбідні психоемоційні стани виступають чинниками, які модифікують клінічну картину розладу та впливають на результати його діагностичної оцінки.

Результати кореляційного аналізу засвідчили наявність статистично значущих взаємозв'язків між показниками симптомокомплексу ПТСР та психоемоційними характеристиками особистості. Зокрема, встановлено тісні зв'язки між інтрузивною симптоматикою та гіперзбудженням, а також між загальним рівнем посттравматичних проявів і тривожно-депресивними станами, що підтверджує їх патогенетичну взаємозумовленість і системний характер психічних порушень.

У процесі дослідження обґрунтовано доцільність використання комплексного підходу до клініко-психологічної діагностики ПТСР, який передбачає інтеграцію стандартизованих психодіагностичних методик із клінічним інтерв'ю, аналізом анамнестичних даних і врахуванням соціально-психологічного контексту функціонування особистості. Доведено, що ізольоване застосування окремих діагностичних інструментів не забезпечує достатньої точності виявлення розладу.

Результатом наукового пошуку стало розроблення алгоритму клініко-психологічної діагностики ПТСР у військовослужбовців, який характеризується логічною структурованістю, поетапністю та інтегративністю. Запропонований алгоритм забезпечує послідовне поєднання скринінгового, клініко-діагностичного, психодіагностичного та інтерпретаційного етапів і дозволяє підвищити точність виявлення як маніфестних, так і латентних форм посттравматичного стресового розладу.

Наукова новизна дослідження полягає у розвитку інтегративного підходу до діагностики ПТСР, який передбачає перехід від симптомоцентричної моделі до системно-процесуальної, що враховує динамічний характер розладу, контекстуальні умови його формування та індивідуальну варіативність проявів. Обґрунтовано необхідність включення принципу часової динаміки,

наративного аналізу та оцінки ресурсного потенціалу особистості у структуру діагностичного процесу.

Практичне значення роботи полягає у розробленні системи рекомендацій щодо вдосконалення психологічної діагностики ПТСР у військовослужбовців, яка передбачає впровадження повторюваної діагностики, контекстуально чутливого аналізу травматичного досвіду, поліметодичного підходу, оцінки коморбідних станів і ресурсного потенціалу особистості. Додатково обґрунтовано доцільність використання цифрових технологій, зокрема VR, як інноваційного інструменту підвищення чутливості діагностики та виявлення латентних форм розладу.

Результати дослідження підтверджують необхідність впровадження системного, комплексного та технологічно розширеного підходу до клініко-психологічної діагностики посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців, що забезпечує підвищення точності діагностичних висновків, своєчасне виявлення різних форм розладу та створює науково обґрунтовану основу для подальшої психологічної допомоги і реабілітації.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаєв Н.А., Кокун О.М., Герасименко М.В., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Досвід роботи в армії США та арміях інших країн щодо недопущення втрат особового складу з причин, не пов'язаних із виконанням завдань за призначенням: метод. посіб. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2018. 156 с.

2. Агаєв Н.А., Скрипкін О.Г., Дейко А.Б., Поливанюк В.В., Еверт О.В. Алгоритм роботи військового психолога щодо психологічного забезпечення професійної діяльності особового складу Збройних Сил України: метод. рек. Київ: НДЦ ГП ЗС України, 2016. 147 с.

3. Агаєв Н.А., Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В., Ткаченко В.В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: метод. посіб. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.

4. Блінов О.А. Психологія бойової психічної травми. Київ: НУОУ, 2016. 183 с.

5. Блінов О.А. Бойова психічна травма: монографія. Київ: Талком, 2019. 700 с.

6. Бондарев Г.В., Круть П.П. Основи військової психології: навч. посіб. Харків: ХНУВС, 2020. 272 с.

7. Вознесенська О.Л., Сидоркіна М. Арт-терапія у подоланні психічної травми: практ. посіб. Київ: Золоті ворота, 2015. 148 с.

8. Возніцина К., Литвиненко Л. Невидимі наслідки війни. Як розпізнати? Як спілкуватись? Як допомогти подолати?: довідник для широкого кола фахівців. Київ, 2020. 192 с.

9. Волошин П.В., Марута Н.О., Шестопалова Л.Ф. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах: метод. рек. Харків, 2014. 79 с.

10. Голик М.М., Ляшенко В.М., Романишин А.М., Романовський Я.Я. Морально-психологічне забезпечення діяльності військ. Ч. 2: курс лекцій. Львів: ЛІСВ, 2009. 224 с.

11. Горбунова В.В., Карачевський А.Б., Климчук В.О., Нетлюх Г.С., Романчук О.І. Соціально-психологічна підтримка адаптації ветеранів АТО: посібник для ведучих груп. Львів: Інститут психічного здоров'я Українського католицького університету, 2016. 96 с.

12. Горбунова В.В. Соціально-психологічна підтримка адаптації ветеранів АТО: основні підходи та технології. Український психологічний журнал. 2019. № 1(11). С. 29–54.

13. Дикун В.Г., Мороз В.М., Стасюк В.В. Методологія дослідження морально-психологічного стану особового складу військ (сил): навч.-метод. посіб. Київ: ФОП Маслаков, 2023. 383 с.

14. Кісарчук З.Г., Омельченко Я.М., Лазос Г.П., Литвиненко Л.І., Царенко Л.Г. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: метод. посіб. / за ред. З.Г. Кісарчук. Київ: Логос, 2015. 207 с.

15. Климчук В.О. Психологія посттравматичного зростання: монографія. Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2020. 125 с.

16. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій: метод. посіб. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2015. 170 с.

17. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В. Психологічна робота з військовослужбовцями – учасниками АТО на етапі відновлення: метод. посіб. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с.

18. Кокун О.М., Мороз В.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Формування психологічної готовності військовослужбовців військової служби за контрактом до виконання завдань за призначенням під час бойового злагодження: метод. посіб. Київ: 7БЦ, 2021. 170 с.

19. Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Олійник В.О., Хоружий С.М., Ларіонов С.О., Сириця М.В. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами: метод. посіб. Київ: 7БЦ, 2023. 175 с.

20. Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Копаниця О.В., Малхазов О.Р. Збірник методик для діагностики психологічної готовності військовослужбовців військової служби за контрактом до діяльності у складі миротворчих підрозділів: метод. посіб. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2011. 281 с.

21. Корольчук О. Посттравматичний стресовий розлад як новий виклик сучасній Україні. Державне управління. 2016. Вип. 17. С. 104–111.

22. Кучеренко С.М., Хоменко Н.М. Організація психологічної реабілітації учасників бойових дій: метод. рек. Київ: ДП «Інформаційно-аналітичне агентство», 2019. 84 с.

23. Лазоренко Б.П. Психотравмівні чинники ураження особистості в умовах надзвичайної ситуації в Україні: стратегії упередження коронавірусного синдрому. Особистість у життєвих ситуаціях: світові тенденції та національні особливості: матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. Київ: Ліра-К, 2020. С. 66–69.

24. Лесков В.О. Соціально-психологічна реабілітація учасників бойових дій: теорія та практика: монографія. Київ: Кондор, 2020. 412 с.

25. Макаревич О. Особливості психологічної підготовки армій країн НАТО. Соціальна психологія. 2005. № 1(9). С. 140–148.

26. Матяш М.М., Худенко Л.І. Особливості посттравматичного стресового розладу в учасників антитерористичної операції – український синдром. Лікарська справа. 2014. № 12. С. 105–112.

27. Маенера Я.В., Воробйова І.В., Колесніченко О.С. Психологічний супровід військовослужбовців, які виконують службово-бойові завдання в екстремальних умовах: метод. рек. Харків: НАНГУ, 2015. 68 с.

28. Мельник А.П. Психологічна допомога особистості в кризових та екстремальних ситуаціях: навч. посіб. Львів: Вид-во Львівської політехніки, 2020. 240 с.

29. Мирончак К.В. Психологічний вплив страху смерті на особистість. Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна. 2012. Вип. 2(2). С. 361–370.

30. Петренко В.М., Ляпа М.М., Леганьков І.В. Організація та методика роботи з особовим складом: підручник. Суми: Сумський державний університет, 2020. 414 с.

31. Романовська Д.Д., Ілащук О.В. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти: метод. посіб. Чернівці: Технодрук, 2014. 133 с.

32. Титаренко Т.М. Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій: зб. статей / за наук. ред. Т.М. Титаренко. Київ: Міленіум, 2015. 150 с.

33. Титаренко Т.М., Дворник М.С., Климчук В.О. Соціально-психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій: практ. посіб. / за наук. ред. Т.М. Титаренко. Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2019. 220 с.

34. Степаненко Л.В. Психологічний супровід процесу реабілітації ветеранів АТО/ООС: практ. посіб. Київ: Талком, 2021. 180 с.

35. Кісарчук З.Г., Омельченко Я.М., Лазос Г.П. Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу: монографія / за ред. З.Г. Кісарчук. Київ: Слово, 2020. 178 с.

36. Титаренко Т.М. Посттравматичне життєтворення: способи досягнення психологічного благополуччя: монографія. Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2020. 160 с.

37. Тополь О.В. Соціально-психологічна реабілітація учасників антитерористичної операції. Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Педагогічні науки. 2015. Вип. 124. С. 230–233.

38. Туриніна О.Л. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. Київ: ДП «Вид. дім “Персонал”», 2017. 160 с.

39. Міністерство охорони здоров’я України. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної спеціалізованої та третинної

високоспеціалізованої медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад»: наказ МОЗ України від 23.02.2016 № 121.

40. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR. 5th ed., text rev. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing, 2022. 1120 p.

41. Bisson J.I., Cosgrove S., Lewis C., Roberts N.P. Post-traumatic stress disorder. BMJ. 2015. Vol. 351. h6161. DOI: 10.1136/bmj.h6161.

42. Blanchard E.B., Jones-Alexander J., Buckley T.C., Forneris C.A. Psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL). Behaviour Research and Therapy. 1996. Vol. 34. № 8. P. 669–673.

43. Brewin C.R., Dalgleish T., Joseph S. A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. Psychological Review. 1996. Vol. 103. № 4. P. 670–686.

44. Cusack K., Jonas D.E., Forneris C.A., Wines C., Sonis J., Middleton J.C., Feltner C., Brownley K.A., Olmsted K.R., Greenblatt A., Weil A., Gaynes B.N. Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. Clinical Psychology Review. 2016. Vol. 43. P. 128–141. DOI: 10.1016/j.cpr.2015.10.003.

45. Herman J.L. Trauma and recovery: The aftermath of violence – from domestic abuse to political terror. New York: Basic Books, 1992. 276 p.

46. Hobfoll S.E. Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. American Psychologist. 1989. Vol. 44. № 3. P. 513–524.

47. Janoff-Bulman R. Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma. New York: Free Press, 1992. 256 p.

48. Keane T.M., Caddell J.M., Taylor K.L. Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: three studies in reliability and validity. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1988. Vol. 56. № 1. P. 85–90.

49. Sheehan D.V., Lecrubier Y., Sheehan K.H., Amorim P., Janavs J., Weiller E., Hergueta T., Baker R., Dunbar G.C. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic

psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. Journal of Clinical Psychiatry. 1998. Vol. 59. Suppl. 20. P. 22–33.

50. Shin L.M., Liberzon I. The neurocircuitry of fear, stress, and anxiety disorders. Neuropsychopharmacology. 2010. Vol. 35. № 1. P. 169–191. DOI: 10.1038/npp.2009.83.

51. van der Kolk B.A. The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma. New York: Viking, 2014. 464 p.

52. Weathers F.W., Bovin M.J., Lee D.J., Sloan D.M., Schnurr P.P., Kaloupek D.G., Keane T.M., Marx B.P. The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5): development and initial psychometric evaluation in military veterans. Psychological Assessment. 2018. Vol. 30. № 3. P. 383–395. DOI: 10.1037/pas0000486.

53. Weathers F.W., Litz B.T., Keane T.M., Palmieri P.A., Marx B.P., Schnurr P.P. The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). Washington, DC: National Center for PTSD, 2013.

54. World Health Organization. ICD-11: International Classification of Diseases 11th Revision. Geneva: World Health Organization, 2019.

Додаток А

Сучасні наукові підходи до дослідження психологічної травми та бойового стресу як чинників розвитку посттравматичного стресового розладу

Дослідник	Науковий напрям дослідження	Науковий внесок у розуміння психологічної травми, бойового стресу та ПТСР
У. Кеннон	Фізіологія стресу, нейрогуморальна регуляція	Обґрунтував універсальний механізм реакції «fight-or-flight» як первинну адаптивну відповідь організму на загрозу, що супроводжується активацією симпатичної нервової системи та викидом адреналіну. Його концепція дозволила закласти підґрунтя для розуміння біологічної основи бойового стресу як механізму виживання, що за умов тривалого впливу може призводити до дисрегуляції психофізіологічних процесів.
Г. Сельє	Теорія стресу, адаптаційні процеси	Розробив концепцію загального адаптаційного синдрому, визначивши три стадії реагування організму на стресор: тривоги, резистентності та виснаження. Довів, що тривалий або надмірний стрес призводить до виснаження адаптаційних ресурсів, що створює передумови для формування психосоматичних і психічних розладів, зокрема ПТСР у військових.
А. Кардинер	Психіатрія війни, травматичні неврози	Один із перших системно описав бойову психічну травму як специфічний клінічний феномен. Визначив ключові симптоми посттравматичних розладів: гіперпильність, підвищену збудливість, інтрузії, порушення сну та емоційної регуляції. Обґрунтував довготривалий характер впливу бойового досвіду на психіку.
М. Горовіц	Когнітивна психологія травми	Запропонував інформаційно-процесуальну модель травматичного досвіду, згідно з якою ПТСР виникає внаслідок незавершеної когнітивної переробки травматичної інформації. Описав механізм чергування інтрузій і уникнення як спроб психіки інтегрувати травму, що є центральним у підтриманні симптомів.
Р. Янофф-Бульман	Когнітивна психологія, теорія переконань	Дослідила вплив травми на базові когнітивні схеми особистості. Показала, що травматичний досвід руйнує фундаментальні уявлення про безпечність світу, справедливість і контроль, що призводить до формування стійкого відчуття небезпеки та втрати довіри до реальності.
Е. Фоа	Когнітивно-поведінкова терапія	Розробила теорію емоційної переробки страху, у межах якої ПТСР розглядається як наслідок неадекватного опрацювання травматичного досвіду. Обґрунтувала роль уникнення як механізму підтримання симптомів та запропонувала експозиційні методи терапії для їх подолання.

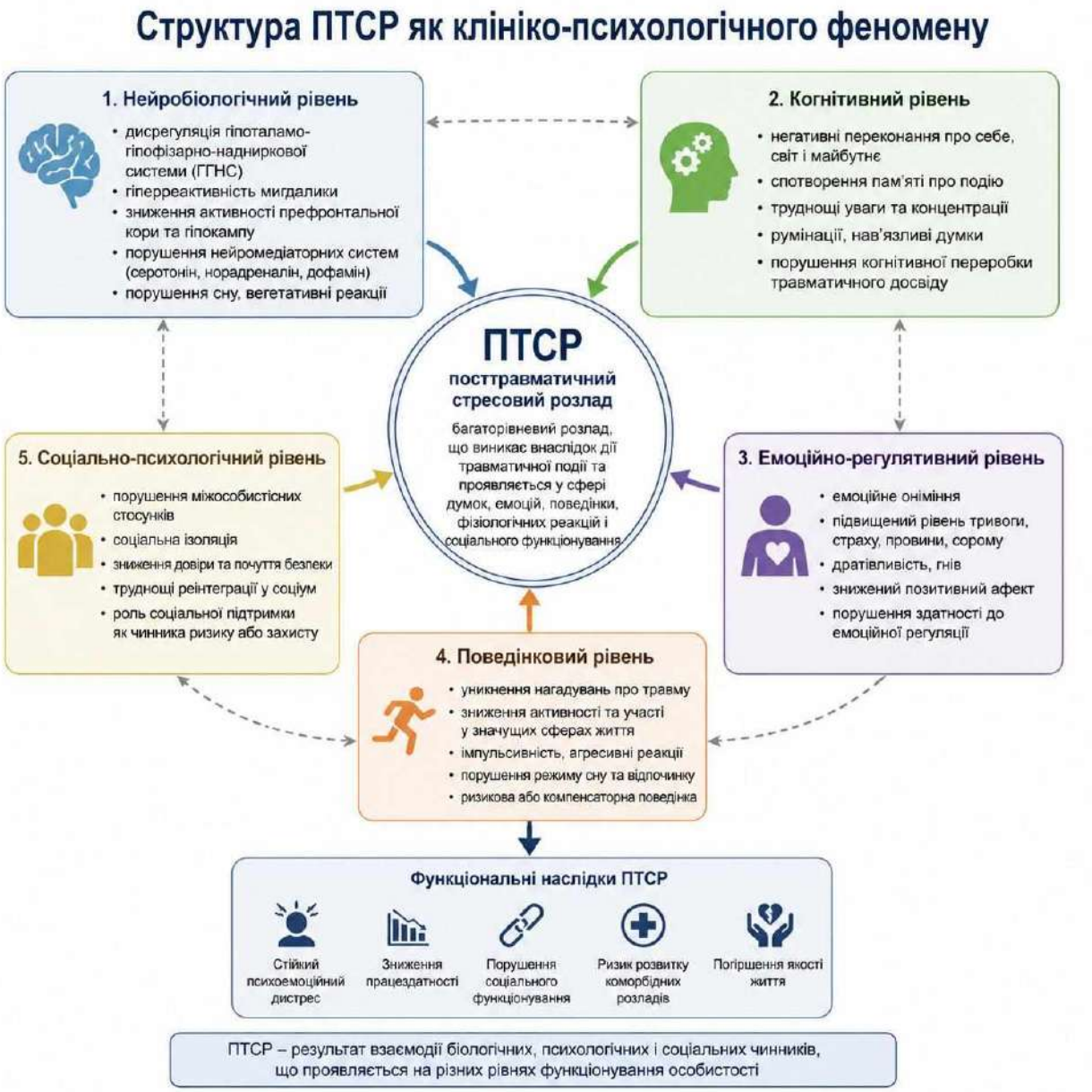
А. Елерс, Д. Кларк	Когнітивна модель ПТСР	Сформулювали сучасну когнітивну модель ПТСР, згідно з якою ключовим є відчуття постійної актуальної загрози, що виникає через негативні інтерпретації травматичної події та порушення інтеграції спогадів у автобіографічну пам'ять.
К. Брюїн	Психологія пам'яті	Розробив теорію подвійної репрезентації травматичної пам'яті, яка пояснює виникнення флешбеків через домінування сенсорно-афективних компонентів над когнітивно-структурованими спогадами, що ускладнює інтеграцію травматичного досвіду.
Б. ван дер Колк	Нейропсихологія травми	Дослідив нейробіологічні та тілесні аспекти травми, довів, що травматичний досвід зберігається не лише у пам'яті, а й у фізіологічних реакціях організму. Показав роль дисрегуляції нервової системи та тілесних проявів у розвитку ПТСР.
Дж. Герман	Клінічна психологія травми	Обґрунтувала концепцію комплексної травми, яка виникає в умовах тривалого впливу насильства чи війни. Визначила етапи відновлення після травми та підкреслила роль соціального контексту у процесі одужання.
Е. Єгуда	Психобіологія стресу	Дослідила нейроендокринні механізми ПТСР, зокрема роль кортизолу, гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі та генетичних факторів. Довела, що ПТСР має виражену біологічну основу та може передаватися між поколіннями.
С. Соломон	Військова психологія	Дослідив довготривалі наслідки бойового стресу у військовослужбовців, встановив зв'язок між первинною бойовою стресовою реакцією та розвитком хронічного ПТСР, а також вплив травми на фізичне здоров'я.
Р. Браянт	Психологія гострого стресу	Вивчав гострий стресовий розлад як ранній предиктор ПТСР, обґрунтував значення первинних реакцій на травму у формуванні хронічних посттравматичних симптомів.
О. Кокун	Психологія військової діяльності	Дослідив психофізіологічні особливості військовослужбовців у стані бойового стресу, визначив типові прояви травматизації та розробив підходи до профілактики та психологічного супроводу військових.
Н. Павлик	Психологічна реабілітація	Аналізувала механізми психотравматизації військових, роль екстремальних умов діяльності у формуванні ПТСР, а також психологічні чинники відновлення після травматичного досвіду.
В. Зливков	Психологія травми, психотерапія	Досліджував психологічну допомогу військовослужбовцям, адаптацію після бойового досвіду та інтеграцію міжнародних підходів до лікування ПТСР.
М. Логачев	Військова психіатрія	Вивчав бойову психічну патологію, механізми формування травматичних розладів у військових,

		наголошував на необхідності сучасної діагностики ПТСР.
О. Блінов	Психологія бойового стресу	Розглядав бойовий стрес як системне явище, що впливає на всі рівні психічного функціонування: когнітивний, емоційний і поведінковий.
В. Вінтоняк	Теорія психотравматизації	Обґрунтував структурно-функціональні характеристики бойової психічної травми, її чинники, механізми та наслідки для психічного здоров'я військових.
Л. Філоненко	Психофізіологія стресу	Дослідила вплив бойового стресу на психічні та фізіологічні процеси, включаючи ризики розвитку тривожних, депресивних і посттравматичних розладів.
М. Клюєв	Психологія наслідків війни	Аналізував сучасні форми постстресових розладів (ПТСР, вторинна травматизація, вигорання), їхній вплив на соціальну адаптацію військових.
О. Ступницька	Психологія стресу	Досліджувала вплив бойового стресу на когнітивні процеси, емоційну регуляцію та поведінкові реакції військовослужбовців.
К. Аймедов	Клінічна психологія	Аналізував ПТСР як наслідок воєнної травматизації, визначав фактори ризику та напрями психологічної профілактики і реабілітації.

Сучасні наукові дослідження свідчать, що психологічна травма та бойовий стрес виступають системоутворювальними чинниками розвитку посттравматичного стресового розладу. У межах фізіологічного підходу стрес розглядається як адаптаційний механізм, що забезпечує мобілізацію ресурсів організму, проте за умов тривалого впливу призводить до їх виснаження. Когнітивні моделі підкреслюють роль порушення інтеграції травматичного досвіду та трансформації базових переконань особистості, тоді як нейропсихологічні підходи доводять біологічну основу посттравматичних розладів. У дослідженнях військової психології бойовий стрес визначається як специфічна форма екстремального впливу, що поєднує інтенсивність, тривалість і повторюваність травматичних подій. Саме ці характеристики обумовлюють його трансформацію з адаптивного механізму у чинник дезадаптації та формування ПТСР. Вітчизняні дослідження доповнюють ці підходи, акцентуючи увагу на соціокультурному контексті війни, тривалості травматизації та необхідності комплексної психологічної допомоги.

Таким чином, психологічна травма і бойовий стрес слід розглядати як взаємопов'язані компоненти єдиної системи факторів, що детермінують виникнення, перебіг і хронізацію посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців.

Додаток Б



Наведена структурна модель посттравматичного стресового розладу (ПТСР) як клініко-психологічного феномену відображає його багаторівневу, системну природу та дозволяє розглядати цей розлад не як сукупність ізольованих симптомів, а як інтегративне порушення функціонування психіки, що охоплює нейробіологічний, когнітивний, емоційно-регулятивний, поведінковий і соціально-психологічний рівні. Такий підхід узгоджується з сучасними біопсихосоціальними моделями психічних розладів і відповідає уявленням про ПТСР як результат дезінтеграції психічного досвіду під впливом травматичних подій .

На **нейробіологічному рівні** ПТСР характеризується дисфункцією ключових структур центральної нервової системи, відповідальних за обробку стресу, емоцій і пам'яті. Зокрема, спостерігається гіперактивація мигдалеподібного тіла, що зумовлює підвищену реактивність на загрозу, а також зниження активності префронтальної кори, яка відповідає за когнітивний контроль і регуляцію емоцій. Важливу роль відіграє гіпокамп,

порушення функціонування якого призводить до дефіциту інтеграції травматичного досвіду в автобіографічну пам'ять. Крім того, дисрегуляція гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи спричиняє хронічне підвищення рівня стресових гормонів, що підтримує стан гіперзбудження. Сукупність цих змін формує біологічну основу симптомів ПТСР і визначає їхню стійкість.

На **когнітивному рівні** ключовим є порушення процесів переробки інформації та трансформація базових переконань особистості. Травматична подія руйнує уявлення про безпечність світу, передбачуваність подій і власну ефективність, що призводить до формування стійких негативних когнітивних схем. Це проявляється у вигляді нав'язливих спогадів, румінацій, викривленого сприйняття події, труднощів концентрації уваги та порушення когнітивної інтеграції досвіду. Важливим є те, що травматичний матеріал не інтегрується у свідомі наративні структури, а зберігається у фрагментованій формі, що зумовлює його повторне мимовільне відтворення.

Емоційно-регулятивний рівень відображає порушення здатності до адекватної обробки та регуляції емоційних станів. У структурі ПТСР спостерігається поєднання гіперактивації (тривога, страх, дратівливість, гнів) та гіпореактивності (емоційне оніміння, зниження позитивного афекту). Це свідчить про дисбаланс у функціонуванні емоційної сфери. Порушення регуляції емоцій проявляється у труднощах контролю афективних реакцій, підвищеній чутливості до стресорів і зниженні здатності до відновлення емоційної рівноваги. Такий стан підтримує замкнене коло психотравматизації, оскільки емоційні реакції не інтегруються, а відтворюються у вигляді симптомів.

На **поведінковому рівні** ПТСР проявляється у формуванні дезадаптивних моделей поведінки, спрямованих на уникнення травматичних стимулів і зниження внутрішнього напруження. До них належать уникнення ситуацій, що нагадують про травму, соціальна ізоляція, зниження активності у значущих сферах життя, імпульсивні або агресивні реакції, а також порушення режиму сну та відпочинку. Часто спостерігається формування компенсаторних або ризикованих стратегій поведінки, включаючи вживання психоактивних речовин. Поведінкові прояви виступають не лише наслідком внутрішніх порушень, але й фактором їх підтримки, оскільки уникнення перешкоджає інтеграції травматичного досвіду.

Соціально-психологічний рівень відображає порушення функціонування особистості у системі соціальних взаємин. У осіб із ПТСР спостерігається зниження довіри до оточення, відчуття небезпеки, труднощі у встановленні та підтримці міжособистісних контактів, соціальна ізоляція. Важливим чинником є рівень соціальної підтримки, який може виконувати як захисну, так і ризикогенну функцію. Недостатність підтримки, стигматизація або негативні реакції оточення сприяють хронізації симптомів і поглибленню дезадаптації. У військових цей рівень особливо ускладнений труднощами реінтеграції у цивільне життя та трансформацією ціннісно-смислової сфери.

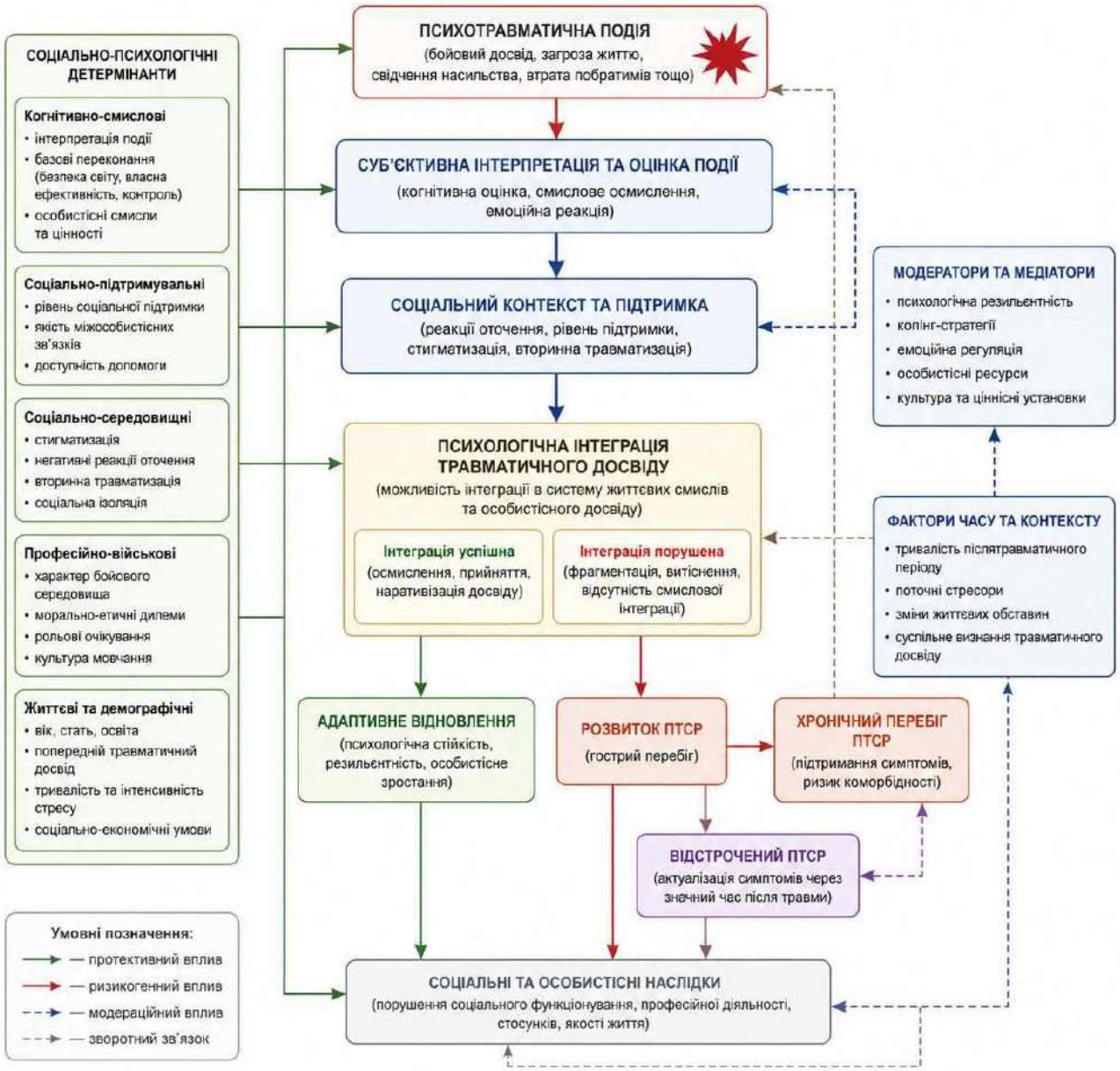
Взаємодія зазначених рівнів формує **функціональні наслідки ПТСР**, серед яких провідними є стійкий психоемоційний дистрес, зниження

працездатності, порушення соціального функціонування, підвищений ризик розвитку коморбідних психічних і соматичних розладів, а також загальне погіршення якості життя. Ці наслідки мають системний характер і відображають глибину порушень, що виникають унаслідок травматичного досвіду.

Таким чином, представлена структура дозволяє інтерпретувати ПТСР як багатовимірний клініко-психологічний феномен, у якому взаємодіють біологічні, психологічні та соціальні механізми. Його сутність полягає у порушенні цілісності психічного функціонування, дезінтеграції досвіду та формуванні стійких дезадаптивних патернів на різних рівнях організації особистості. Такий підхід є методологічною основою для побудови комплексної системи клініко-психологічної діагностики та подальшого психотерапевтичного втручання.

Додаток В

Модель впливу соціально-психологічних детермінант на розвиток і перебіг посттравматичного стресового розладу



Примітка: модель відображає динамічний, взаємопов'язаний характер впливу соціально-психологічних детермінант на розвиток і перебіг ПТСР. Стрілки зворотного зв'язку вказують на можливість змін під впливом втручань та змін контексту.

Наведена модель відображає посттравматичний стресовий розлад як результат багаторівневої та динамічної взаємодії соціально-психологічних детермінант, які опосередковують як виникнення, так і перебіг і наслідки розладу. Її теоретико-методологічна цінність полягає в інтеграції когнітивно-процесуальних, соціально-психологічних та клініко-психологічних підходів до розуміння психотравматизації, що дозволяє перейти від редукціоністського пояснення ПТСР до системного аналізу механізмів його формування.

Вихідною точкою моделі є **психотравматична подія**, яка у випадку військовослужбовців набуває специфічного змісту через інтенсивність, повторюваність та екзистенційний характер загроз. Однак сама подія виступає

лише необхідною, але недостатньою умовою розвитку ПТСР. Її вплив реалізується через складну систему опосередковуючих змінних, які визначають характер психічної відповіді.

Першим ключовим механізмом є **суб'єктивна когнітивно-смислова оцінка травматичної події**, яка формує первинну репрезентацію досвіду. У межах когнітивних моделей травми (M. Horowitz, C. Brewin, R. Janoff-Bulman) доведено, що травматична подія набуває патологічного значення тоді, коли вона порушує базові когнітивні схеми – уявлення про безпечність світу, контрольованість подій і власну ефективність. Вітчизняні дослідники (Н. Тарабріна, Л. Трубіцина, Н. Саржвеладзе, І. Погодіна) також підкреслюють, що ключовим є суб'єктивне переживання події як такої, що перевищує адаптаційні ресурси особистості. У цьому контексті когнітивна оцінка виступає як центральний механізм, що визначає подальшу траєкторію розвитку психотравматичних реакцій.

Наступним рівнем є **соціальний контекст і підтримка**, які виконують функцію зовнішньої регуляції психічного стану. У дослідженнях J. Herman, S. Solomon, R. Yehuda показано, що якість соціальної підтримки є одним із найпотужніших предикторів перебігу ПТСР. Підтримка сприяє нормалізації емоційного стану, зниженню рівня тривоги та створює умови для символізації і вербалізації травматичного досвіду. Натомість соціальна ізоляція, стигматизація або заперечення травматичного досвіду з боку оточення виступають чинниками, що порушують процеси інтеграції та сприяють хронізації симптомів. Особливим проявом деструктивного соціального впливу є **вторинна травматизація**, коли негативні реакції соціального середовища відтворюють або підсилюють первинну травму .

Центральною ланкою моделі є **процес психологічної інтеграції травматичного досвіду**, який визначає якісно різні варіанти подальшого розвитку. У межах сучасних психотравматологічних концепцій (B. van der Kolk, J. Herman) інтеграція розглядається як процес включення травматичного досвіду у систему автобіографічної пам'яті та особистісних смислів. У разі успішної інтеграції відбувається наративізація досвіду, зниження його емоційної інтенсивності та відновлення цілісності особистості. У разі порушеної інтеграції травматичний матеріал залишається фрагментованим, несимволізованим і продовжує функціонувати на рівні імпліцитної пам'яті, що зумовлює виникнення інтрузій, флешбеків і реакцій гіперзбудження.

Подальша динаміка моделі представлена двома основними траєкторіями. Перша – **адаптивне відновлення**, яке характеризується поступовим зниженням симптоматики, відновленням соціального функціонування та формуванням нових адаптивних стратегій. У ряді випадків цей процес супроводжується явищем посттравматичного зростання, що проявляється у переосмисленні життєвих цінностей і підвищенні рівня особистісної зрілості.

Друга траєкторія – **розвиток ПТСР**, який формується за умов поєднання ризикогенних чинників: інтенсивної травматизації, негативної когнітивної оцінки, дефіциту соціальної підтримки та обмежених ресурсів подолання. У

цьому випадку відбувається закріплення патологічних реакцій, що з часом можуть переходити у **хронічний перебіг**, який характеризується стійкістю симптомів, розвитком коморбідних розладів та поглибленням соціальної дезадаптації.

Окремим елементом моделі є **відстрочений ПТСР**, що відображає часову нелінійність психотравматичних процесів. Його виникнення пояснюється тим, що травматичний досвід може тривалий час залишатися частково інтегрованим, але під впливом нових стресорів або змін життєвого контексту активізуватися. Це свідчить про те, що ПТСР є не статичним станом, а процесом, який розгортається у часі під впливом змінних умов.

Лівий блок моделі систематизує **групи соціально-психологічних детермінант**. Когнітивно-смислові чинники визначають спосіб осмислення травматичного досвіду; соціально-підтримувальні – рівень і якість міжособистісної взаємодії; соціально-середовищні – характеристики ширшого соціального контексту, включаючи стигматизацію та ізоляцію; професійно-військові – специфіку бойового середовища, морально-етичні дилеми та рольові очікування; життєві й демографічні – індивідуальні та соціальні умови існування особистості. Сукупність цих чинників формує індивідуальний профіль вразливості або резильєнтності.

Правий блок відображає **модератори та медіатори**, які пояснюють варіативність реакцій на травму. До них належать психологічна резильєнтність, копінг-стратегії, здатність до емоційної регуляції, особистісні ресурси та культурно-ціннісні установки. Вони визначають інтенсивність впливу травматичної події та можуть як послаблювати, так і підсилювати її наслідки.

Блок **часових і контекстуальних факторів** підкреслює, що перебіг ПТСР залежить від тривалості післятравматичного періоду, наявності додаткових стресорів, змін життєвих обставин і рівня суспільного визнання травматичного досвіду. Ці фактори визначають не лише початкову реакцію, але й довгострокову динаміку розладу.

Структура взаємозв’язків у моделі відображає її системний характер. Прямі зв’язки демонструють причинно-наслідкові відношення між чинниками, модераційні – зміну сили впливу під дією ресурсів, а зворотні зв’язки – вплив наслідків ПТСР на подальші соціальні умови. Зокрема, порушення соціального функціонування може призводити до ізоляції, що, у свою чергу, підсилює симптоматику, формуючи замкнене коло дезадаптації.

Таким чином, запропонована модель репрезентує ПТСР як результат складної багаторівневої взаємодії соціально-психологічних детермінант, що функціонують у динамічному часовому та контекстуальному полі. Її використання у науковому аналізі дозволяє не лише пояснити механізми розвитку та перебігу розладу, але й обґрунтувати необхідність комплексного підходу до його діагностики та психологічної допомоги, орієнтованого на врахування як індивідуальних, так і соціальних чинників психотравматизації.

Додаток Г

CAPS-5 РЕЗЮМЕ ЛИСТ

Ім’я: _____ID #: _____ Інтерв'юер: _____Дослідження:_____Дата:_____

A. Безпосередній вплив або загроза смерті, травмування або сексуального насильства		
Чи зустрічався критерій А?	0 = НІ 1 = ТАК	
Симптоми «вторгнення» (необхіден 1 для постановки діагнозу)	Минулий тиждень	
	Sev	Sx (Sev > 2)?
(1) B1 - Інтрузивні спогади		0 = НІ 1 = ТАК
(2) B2 – Кошмарні сновидіння		0 = НІ 1 = ТАК
(3) B3 - Дисоціативнареакції		0 = НІ 1 = ТАК
(4) B4 - Психологічний дистрес		0 = НІ 1 = ТАК
(5) B5 - Фізіологічні реакції		0 = НІ 1 = ТАК
B Проміжні підсумки	B Sev =	# B Sx =
C. Симптоми уникнення (необхіден 1 для постановки діагнозу)	Минулий тиждень	
	Sev	Sx (Sev > 2)?
(6) C1 - Уникнення спогадів, думок, почуттів		0 = НІ 1 = ТАК
(7) C2 - Уникнення зовнішніх нагадувань		0 = НІ 1 = ТАК
C Проміжні підсумки	C Sev =	# C Sx =
D. Когнітивні та емоційні симптоми (необхідно 2 для постановки діагнозу)	Минулий тиждень	
	Sev	Sx (Sev > 2)?
(8) D1 - Нездатність згадати важливий аспект події		0 = НІ 1 = ТАК
(9) D2 - Перебільшені негативні переконання або очікування		0 = НІ 1 = ТАК
(10) D3 – Когнітивне викривлення щодо провини		0 = НІ 1 = ТАК
(11) D4 - Стійкийнегативний емоційний стан		0 = НІ 1 = ТАК
(12) D5 - Зниженняінтересу або участі в діяльності		0 = НІ 1 = ТАК
(13) D6 - Відокремленняабо відчуження від інших		0 = НІ 1 = ТАК

(14) D7 - Стійканездатність відчувати позитивні емоції		0 = НІ 1 = ТАК
D Проміжні підсумки	D Sev =	# D Sx =
E. Симптоми порушення і гіпертактивації (необхідно 2 для постановки діагнозу)	Минулий тиждень	
	Sev	Sx (Sev > 2)?
(15) E1 - Дратівливість і спалахи гніву		0 = НІ 1 = ТАК
(16) E2 - Відчайдушна або саморуйнівна поведінка		0 = НІ 1 = ТАК
(17) E3 - Наднастороженість		0 = НІ 1 = ТАК
(18) E4 - Гіпертрофована реакція переляку		0 = НІ 1 = ТАК
(19) E5 - Проблеми з концентрацією		0 = НІ 1 = ТАК
(20) E6 - Порушення сну		0 = НІ 1 = ТАК
E Проміжні підсумки	E Sev =	# E Sx =
ПТСР Підсумок	Минулий тиждень	
	Сума Sev	Сума #Sx
Сума проміжних висновків (B + C + D + E)		
F. Тривалість порушення	Нинішнього	
(22)	НЕ ЗАСТОСОВУЄТЬСЯ	
G. Дистрес або погіршення (необхіден 1 для постановки діагнозу)	Минулий тиждень	
	Sev	Sx (Sev > 2)?
(23) Суб'єктивний дистрес		0 = НІ 1 = ТАК
(24) Порушення в соціальному функціонуванні		0 = НІ 1 = ТАК
(25) Порушення у професійній діяльності		0 = НІ 1 = ТАК
G Проміжні підсумки	G Sev =	# G Sx =
Загальний рейтинг минулого тижня	Минулий тиждень	
(26) Загальна валідність		
(27) Загальна тяжкість		
(28) Загальне поліпшення		

Дисоціативні симптоми (необхіден 1 для підтипу)	Минулий тиждень	
	Sev	Sx (Sev > 2)?
(29) 1 - Деперсоналізація		0 = НІ 1 = ТАК
(30) 2 - Дереалізація		0 = НІ 1 = ТАК
Дисоціативні симптоми Проміжні підсумки	Diss Sev =	# Diss Sx =

Інтерпретація CAPS-5

Структуроване клінічне інтерв'ю *CAPS-5* зазвичай використовується для постановки діагнозу ПТСР. CAPS-5 оцінює основні критерії цього розладу, ступінь функціональних порушень та клінічну оцінку тяжкості розладу та зміну тяжкості у процесі лікування. Пункти, які використовуються у цій шкалі, відповідають діагностичним критеріям ПТСР згідно із настановою DSM-5:

- Критерій A – наявність травматичної події.
- Критерій B – 5 запитань стосовно симптомів інтрузії.
- Критерій C – 2 запитання щодо симптомів уникнення.
- Критерій D – 7 запитань стосовно негативних думок та емоцій.
- Критерій E – 6 запитань щодо надмірної реактивності/збудливості.
- Критерій F – тривалість симптомів (має бути >1 місяця).
- Критерій G – Порушення спричиняє клінічно значущий дистрес або погіршення в соціальній, професійній або іншій важливій сфері функціонування.

Для констатації ПТСР пацієнт повинен мати експозицію до травмуючої події, набрати 2 або більше балів хоча б по одному із запитань критеріїв B та C, а також 2 або більше балів хоча б по двом запитанням критеріїв D та E. Тривалість симптомів має складати >1 місяця. «Загальні рейтинги» є допоміжними для визначення ступеню функціональних порушень, тяжкості розладу, змін під час лікування, рівня деперсоналізації/дереалізації та валідності результатів.

Опитувальник PCL-5

№	**Протягом останнього місяця, як сильно вас турбували**	**Зовсім ні**	**Трохи**	**Помірно**	**Відчутно**	**Дуже**
1	Повторювані, хвилюючі та небажані спогади стресового досвіду?	0	1	2	3	4
2	Повторювані, хвилюючі сновидіння про стресовий досвід?	0	1	2	3	4

3	Раптове почуття або події, ніби стресовий досвід знову трапляється?	0	1	2	3	4
4	Почуття засмученості, коли щось нагадує про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
5	Сильні фізичні реакції, коли щось нагадувало про стресовий досвід (наприклад, серцебиття, утруднене дихання, потіння)?	0	1	2	3	4
6	Уникання спогадів, думок або почуттів, пов'язаних із стресовим досвідом?	0	1	2	3	4
7	Уникання зовнішніх стимулів (людей, предметів, місць…), які нагадують про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
8	Проблеми згадування важливих моментів стресового досвіду?	0	1	2	3	4
9	Сильні негативні переконання про себе, інших людей або навколишній світ (наприклад, «я поганий», «зі мною щось дуже не так», «нікому не можна довіряти», «світ – небезпечне місце»)?	0	1	2	3	4
10	Самозвинувачення або звинувачення інших на рахунок стресового досвіду, або того, що сталося після нього?	0	1	2	3	4
11	Сильні негативні емоції, такі як страх,	0	1	2	3	4

	жах, злість, почуття провини або сором?					
12	Втрата інтересу до тієї активності (діяльності), яка раніше приносила задоволення?	0	1	2	3	4
13	Відчуття віддаленості або відокремленості від інших?	0	1	2	3	4
14	Проблеми у переживанні позитивних емоцій (наприклад, незмога у відчутті радості або любові по відношенні до близької людини)	0	1	2	3	4
15	Роздратування, спалахи гніву, агресивна поведінка?	0	1	2	3	4
16	Те, що ви дуже ризикуєте або робите речі, які можуть зашкодити?	0	1	2	3	4
17	Бути «на взводі» або «на сторожі»?	0	1	2	3	4
18	Відчуття постійної напруги?	0	1	2	3	4
19	Труднощі із зосередженістю?	0	1	2	3	4
20	Проблеми із засинанням або нічні прокидання?	0	1	2	3	4

Інтерпретація PCL-5

Опитувальник PCL-5 складається із 20 питань, кожне з яких оцінюється від 0 до 4 балів в залежності від вираженості симптому. Цей опитувальник зазвичай використовується для скринінгу ПТСР. Питання по цій шкалі відображаються відповідні кластери симптомів ПТСР згідно із класифікацією DSM-5:

Критерій А – опис травматичної події.

Критерій В, симптоми інтрузії – від 1 по 5-те запитання.

Критерій С, симптоми уникнення – 6 та 7 запитання.

Критерій D, негативні думки та емоцій – від 8 по 14 запитання.

Критерій Е, симптоми надмірної реактивності – від 15 по 20 запитання.

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

Є 2 підходи щодо інтерпретації результатів. Клінічно значущими симптоми вважаються, якщо:

Підрахунок по кластерах симптомів. Пацієнт відповідає на 2+ балів по одному запитанню із критеріїв В та С, та на два запитання – критеріїв D та Е.

Підрахунок загальної кількості балів. Пацієнт загалом набирає 33 або більше балів.

M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview)
Ж. ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД

Ім'я пацієнта:_____Номер пацієнта:_____
Дата народження:_____
Час початку опитування:_____
Ім'я опитувача:_____
Час закінчення опитування:_____
Дата опитування:_____
Загальний час:_____

Ж1 Чи Ви коли-небудь пережили самі або стали свідком, або, може, Вам довелося мати справу з надзвичайно болісною подією, яка несла в собі фактичну смерть або загрозу смерті, чи серйозне поранення Вас чи когось іншого?
ПРИКЛАДАМИ ТАКИХ ПОДІЙ Є: НЕЩАСНІ ВИПАДКИ З ТЯЖКИМИ НАСЛІДКАМИ, СЕКСУАЛЬНЕ ЧИ ФІЗИЧНЕ НАСИЛЬСТВО, НАПАД ТЕРОРИСТІВ, УТРИМАННЯ В ЗАРУЧНИКАХ, ВИКРАДЕННЯ ЛЮДЕЙ, ПОЖЕЖА, ВИЯВЛЕННЯ МЕРТВОГО ТІЛА, РАПТОВА СМЕРТЬ БЛИЗЬКОЇ ЛЮДИНИ, ВІЙНА, ПРИРОДНА КАТАСТРОФА.
Ж2 Як реакція на це у Вас з'явився сильний страх, безпорадність, жах?
Ж3 За минулий місяць, чи довелося Вам знову пережити цю жахливу подію у гнітючий спосіб (наприклад, у снах, глибоких роздумах, спогадах, фізичних реакціях)?
Ж4 **За останній місяць Ви:**
а) Намагалися не думати або не розмовляти про цю подію? НІ ТАК
б) Уникали тих видів діяльності, місць чи людей, які нагадували Вам про цю подію? НІ ТАК
в) Не могли пригадати деякої важливої інформації про те, що трапилося? НІ ТАК
г) Стали менше цікавитися улюбленими заняттями чи соціальною діяльністю? НІ ТАК
г) Почували себе відірваними, віддаленими від інших людей? НІ ТАК

д) Помітили, що Ваші почуття заніміли? НІ ТАК
е) Відчули, що Ваше життя буде коротше, Ви помрете скоріше, ніж інші люди? НІ ТАК
ЧИ ПОЗНАЧЕНІ 3 АБО БІЛЬШЕ ЗАПИТАНЬ Ж4 ВІДПОВІДДЮ ТАК? → НІ ТА
Ж5 **За останній місяць Ви:**
а) Мали проблеми зі сном? НІ ТАК
б) Були надзвичайно роздратовані або мали спалахи гніву? НІ ТАК
в) Не могли зосередитися? НІ ТАК
г) Були стурбовані, постійно остерігалися? НІ ТАК
г) Легко лякалися? НІ ТАК
ЧИ ПОЗНАЧЕНІ 2 АБО БІЛЬШЕ ЗАПИТАНЬ Ж5 ВІДПОВІДДЮ ТАК? → НІ ТАК
Ж6 Впродовж останнього місяця ці проблеми значно перешкоджали Вашій роботі, соціальній діяльності; викликали суттєву тривогу?

Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу (військовий варіант)

Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу (англ. Mississippi Scale) – клінічна тестова методика, розроблена в 1987 році Кеапе Т.М. зі співавторами для діагностики посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців, які виконували завдання в зоні бойових дій. Створена на основі ММРІ. Тридцять питань утворюють три основні шкали, які співвідносяться з трьома групами симптомів посттравматичних стресових розладів: 11 питань першої шкали описують симптоми групи “вторгнення”, 11 симптомів другої шкали описують симптоми групи “уникнення”, 8 питань третьої шкали описують симптоми “збудливості”. У п’яти питаннях, що залишилися, описуються симптоми, пов’язані з почуттям провини, та суїцидальної схильності.

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю)_____
Дата обстеження _____ Вік _____ Стать _____
Посада (підрозділ) _____
Спеціальність _____ Військове звання _____

Інструкція: “Нижче наводяться твердження, що узагальнюють різний досвід людей, які брали участь у бойових діях. У кожного твердження є шкала від “1” до “5”. Користуючись даною шкалою, вкажіть, в якій мірі Ви згодні або не згодні з даним твердженням. Оберіть тільки один варіант відповіді на кожне твердження, взявши в кружечок цифру у відповідній клітинці”.

Твердження	Абсолютно невірно	Іноді невірно	У деякій мірі вірно	Вірно	Абсолютно вірно
	1	**2**	**3**	**4**	**5**

1. До служби в армії у мене було більше друзів ніж зараз.	1	2	3	4	5
2. У мене немає почуття провини за те, що я робив під час служби в армії.	1	2	3	4	5
3. Якщо хтось виведе мене з терпіння, я швидше за все не стримаюся (застосую фізичну силу).	1	2	3	4	5
4. Якщо трапляється щось, що нагадує мені про минуле, це виводить мене з рівноваги і завдає мені болю.	1	2	3	4	5
5. Люди, які дуже добре мене знають, мене бояться.	1	2	3	4	5
6. Я здатний вступати в емоційно близькі стосунки з іншими людьми.	1	2	3	4	5
7. Мені сняться ночами кошмари про те, що було насправді на війні.	1	2	3	4	5
8. Коли я думаю про деякі речі, які я робив в армії, мені просто не хочеться жити.	1	2	3	4	5
9. Зовні я виглядаю бездушним.	1	2	3	4	5
10. Останнім часом я відчуваю що хочу покінчити з собою.	1	2	3	4	5
11. Я добре засинаю, нормально сплю і прокидаюся тільки тоді, коли треба вставати.	1	2	3	4	5
12. Я весь час задаю собі питання, чому я ще живий, в той час як інші загинули на війні.	1	2	3	4	5
13. У певних ситуаціях я відчуваю себе так, ніби я знову в армії.	1	2	3	4	5
14. Мої сни настільки реальні, що я прокидаюся в холодному поту і змушую себе більше не спати.	1	2	3	4	5
15. Я відчуваю,що більше не можу.	1	2	3	4	5
16. Речі, які викликають у інших людей сміх чи сльози, мене не зачіпають.	1	2	3	4	5

17. Мене досі радують ті самі речі, що й раніше.	1	2	3	4	5
18. Мої фантазії реалістичні і викликають страх.	1	2	3	4	5
19. Я виявив, що мені працювати неважко після демобілізації.	1	2	3	4	5
20. Мені важко зосередитися.	1	2	3	4	5
21. Я без причини плачу.	1	2	3	4	5
22.Мені подобається бути в товаристві інших людей.	1	2	3	4	5
23. Мене лякають мої прагнення і бажання.	1	2	3	4	5
24. Я легко засинаю.	1	2	3	4	5
25. Від несподіваного шуму я легко здригаюся.	1	2	3	4	5
26. Ніхто, навіть члени моєї родини, не розуміють, що я відчуваю.	1	2	3	4	5
27. Я легка, спокійна, врівноважена людина.	1	2	3	4	5
28. Я відчуваю, що про якісь речі, які я робив в армії, я не зможу розповісти кому- небудь, тому що цього нікому не зрозуміти.	1	2	3	4	5
29. Часом я вживаю алкоголь або снодійне, щоб допомогти собі заснути або забути про ті речі, які трапилися зі мною, коли я служив в армії.	1	2	3	4	5
30. Я не відчуваю дискомфорт, коли перебуваю в натовпі.	1	2	3	4	5
31. Я втрачаю самовладання і вибухаю через дрібниці.	1	2	3	4	5
32. Я боюся засинати.	1	2	3	4	5
33. Я намагаюся уникати всього, що могло б нагадати мені про те, що трапилося зі мною в армії.	1	2	3	4	5
34. Моя пам’ять така ж хороша, як і раніше.	1	2	3	4	5

35. Я відчуваю труднощі в прояві своїх почуттів, навіть по відношенню до близьких людей.	1	2	3	4	5

"Ключ"

Відповідь	Номери тверджень
Сума пунктів, які рахуються в прямих значеннях (Σ1):	1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 23, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 35
Сума пунктів, які рахуються у зворотних значеннях (Σ2):	2, 6, 11, 17, 19, 22, 24, 27, 30, 34

Обробка результатів

Загальний бал: Σ1+Σ2. Оцінка за кожним пунктом – від одного до п’яти балів. Підраховується сума відповідей на твердження (сумуються відповіді респондента на “прямі” твердження і відповіді за “зворотними” твердженнями, перекодовані таким чином: відповіді респондента – 1, 2, 3, 4, 5; перекодовані відповіді – 5, 4, 3, 2, 1).

Інтерпретація результатів

Отримана сума дозволяє поділити досліджуваних на тих, які мають посттравматичних стресових розладів і тих, які не мають посттравматичних стресових розладів. За даними Шаніна В.Ю.: –добре адаптовані – 76 ± 18; – психічні розлади – 86 ± 26; – ПТСР – 130 ± 18.

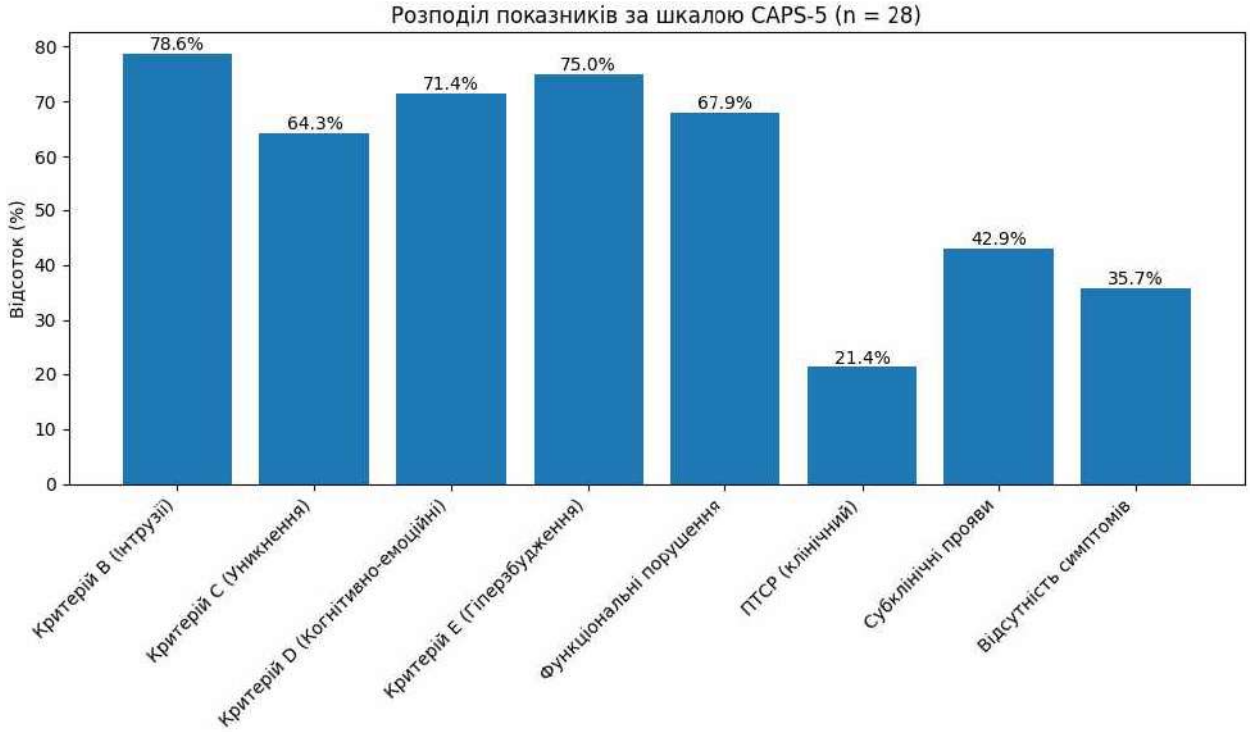
Середні значення для Міссісіпської шкали (військовий варіант) за даними Тарабріної Н.В.

Співробітники Міністерства внутрішніх справ України	64,65±16,13
Військовослужбовці	73,76±19,64
Ветерани Афганістану, “норма”	70,18±11,76
Ветерани Афганістану, посттравматичні стресові розлади	92,00±15,55

Додаток Ґ

Результати дослідження за шкалою CAPS-5 (n = 28)

Показники CAPS-5	**Кількість осіб (n)**	**% від вибірки**	**Інтерпретація**
Відповідають критерію A (наявність травматичної події)	28	100%	Усі респонденти мали досвід психотравматичних подій
Наявність інтрузивних симптомів (критерій B ≥1)	22	78,6%	Висока поширеність симптомів повторного переживання
Наявність симптомів уникнення (критерій C ≥1)	18	64,3%	Уникнення як поширена, але варіативна стратегія
Когнітивно-емоційні порушення (критерій D ≥2)	20	71,4%	Значні зміни у когнітивній та емоційній сфері
Симптоми гіперзбудження (критерій E ≥2)	21	75,0%	Домінування гіперактивації нервової системи
Клінічно значущий дистрес/порушення функціонування (критерій G ≥1)	19	67,9%	Виражене порушення соціального та професійного функціонування
Відповідають повним критеріям ПТСР (DSM-5)	6	21,4%	Клінічно підтверджений ПТСР
Субклінічні прояви ПТСР	12	42,9%	Часткова симптоматика, ризик розвитку розладу
Відсутність значущої симптоматики	10	35,7%	Відносна психічна адаптація



Аналіз результатів, отриманих за шкалою CAPS-5, дозволяє здійснити комплексну оцінку структури та поширеності посттравматичної симптоматики у вибірці військовослужбовців. Узагальнені дані свідчать про те, що всі досліджувані (100%) відповідають критерію А, що підтверджує наявність у

них досвіду психотравматичних подій та забезпечує валідність подальшої діагностичної оцінки ПТСР.

Найбільш поширеними у структурі симптомокомплексу є прояви інтрузивної симптоматики (критерій B), які виявлено у 78,6% респондентів. Це свідчить про домінування механізмів повторного переживання травматичного досвіду, що проявляється у вигляді нав'язливих спогадів, флешбеків і сновидінь травматичного змісту. Висока частота інтрузій вказує на незавершеність процесів когнітивної та емоційної інтеграції травматичного досвіду та його збереження у фрагментованій формі.

Симптоми гіперзбудження (критерій E) також мають високий рівень представленості та виявлені у 75,0% досліджуваних. Це дозволяє констатувати стійкий стан підвищеної психофізіологічної активації, що проявляється у формі порушень сну, підвищеної тривожності, гіпервігілантності та дратівливості. Поєднання високих показників за критеріями B і E свідчить про взаємопідсилюючий характер цих симптомів та їх центральну роль у патогенезі ПТСР.

Когнітивно-емоційні порушення (критерій D) виявлено у 71,4% респондентів, що свідчить про значні зміни у сфері базових переконань, емоційних реакцій та самооцінки. Це проявляється у формуванні стійких негативних уявлень про себе та світ, почутті провини, емоційному онімінні та зниженні інтересу до життєво значущих видів діяльності. Високий рівень даного критерію вказує на глибину особистісних трансформацій, спричинених травматичним досвідом.

Симптоми уникнення (критерій C) зафіксовано у 64,3% досліджуваних, що є дещо нижчим показником порівняно з іншими кластерами. Це може свідчити про варіативність поведінкових стратегій подолання травматичного досвіду. Уникнення виступає як захисний механізм, спрямований на зниження емоційного напруження, однак водночас перешкоджає інтеграції травматичного досвіду та сприяє підтриманню симптоматики.

Особливо значущим є показник функціональних порушень (критерій G), який зафіксовано у 67,9% респондентів. Це свідчить про те, що посттравматична симптоматика має не лише внутрішньопсихічний, але й виражений поведінковий та соціальний вимір, що проявляється у зниженні ефективності професійної діяльності, труднощах міжособистісної взаємодії та загальному погіршенні якості життя.

Узагальнення результатів за діагностичними критеріями дозволило встановити, що клінічно верифікований посттравматичний стресовий розлад наявний у 21,4% досліджуваних. Водночас у 42,9% респондентів виявлено субклінічні прояви ПТСР, що характеризуються наявністю окремих симптомів без формування повного діагностичного синдрому. Такий розподіл свідчить про значну частку осіб із підвищеним ризиком розвитку розладу. Відсутність вираженої симптоматики зафіксовано у 35,7% респондентів, що може бути пов'язано з індивідуальними особливостями резильєнтності, ефективними копінг-стратегіями або меншою інтенсивністю психотравматичного впливу.

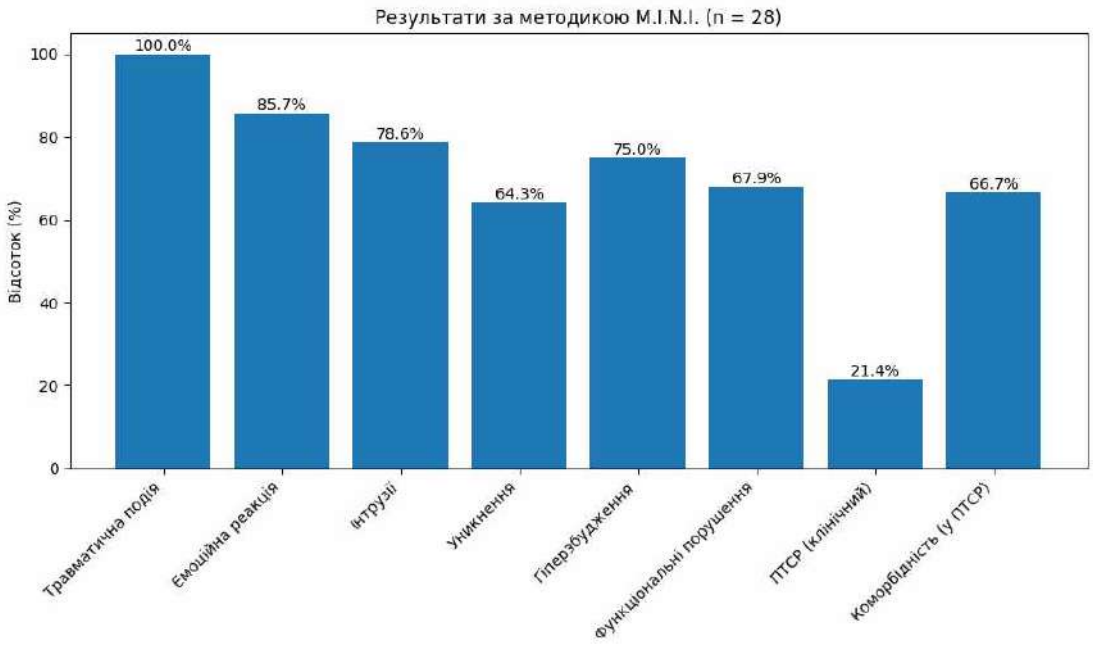
Структурний аналіз отриманих результатів дозволяє констатувати, що посттравматична симптоматика у військовослужбовців має системний характер і формується як інтегративне утворення, у якому провідну роль відіграють інтрузивні процеси та гіперзбудження, тоді як когнітивно-емоційні зміни та поведінкові стратегії уникнення виступають як механізми підтримання розладу. Високий рівень функціональних порушень підтверджує дезадаптивний вплив ПТСР на основні сфери життєдіяльності особистості.

Таким чином, результати за шкалою CAPS-5 свідчать про значну поширеність посттравматичних проявів у досліджуваній вибірці, їхню структурну складність та тенденцію до хронізації. Отримані дані обґрунтовують необхідність ранньої діагностики, комплексного психодіагностичного підходу та розроблення цілеспрямованих програм психологічної допомоги військовослужбовцям.

Додаток Д

Результати дослідження за методикою M.I.N.I. у вибірці військовослужбовців (n = 28)

Діагностичний показник за M.I.N.I.	Кількість осіб (n)	% від вибірки	Інтерпретація
Наявність досвіду травматичної події, пов'язаної із загрозою смерті, серйозного поранення або безпосереднім зіткненням із наслідками бойових дій	28	100,0%	Усі респонденти мали досвід потенційно травматичної події
Виражена емоційна реакція на травматичну подію у вигляді страху, безпорадності або жаху	24	85,7%	У більшості респондентів травматична подія супроводжувалася інтенсивною афективною реакцією
Повторне переживання травматичної події протягом останнього місяця	22	78,6%	Висока поширеність інтрузивних симптомів
Наявність щонайменше трьох симптомів уникнення або емоційного оніміння	18	64,3%	Уникнення та емоційне відсторонення виступають поширеними проявами посттравматичної симптоматики
Наявність щонайменше двох симптомів підвищеного збудження	21	75,0%	Виявлено значну представленість порушень сну, дратівливості, настороженості та труднощів концентрації
Клінічно значущий дистрес або порушення соціального чи професійного функціонування	19	67,9%	Посттравматична симптоматика має виражений дезадаптивний вплив
Відповідність повним діагностичним критеріям ПТСР за M.I.N.I.	6	21,4%	Клінічно підтверджений ПТСР
Наявність тривожно-депресивних коморбідних проявів серед осіб із підтвердженим ПТСР	4 із 6	66,7%	ПТСР у більшості випадків поєднується з тривожно-депресивною симптоматикою
Відсутність повного діагностичного комплексу ПТСР за M.I.N.I.	22	78,6%	У частини респондентів наявні окремі симптоми без повної відповідності критеріям ПТСР



Результати, отримані за допомогою структурованого клінічного інтерв'ю M.I.N.I., дозволяють здійснити поглиблений аналіз посттравматичної симптоматики у військовослужбовців у межах нозологічно орієнтованого підходу, що забезпечує відповідність діагностичних висновків критеріям міжнародних класифікацій психічних розладів. Використання даної методики надало можливість не лише верифікувати наявність посттравматичного стресового розладу, але й виявити його структурні компоненти, а також супутні психічні порушення, що формують складну клінічну картину.

Емпіричні дані свідчать про те, що у всіх досліджуваних (100%) зафіксовано наявність психотравматичного досвіду, що відповідає критерію травматичної події. Даний показник є методологічно значущим, оскільки підтверджує релевантність вибірки та створює необхідне підґрунтя для аналізу посттравматичних реакцій. Водночас у 85,7% респондентів встановлено наявність інтенсивної первинної афективної реакції у вигляді страху, безпорадності або жаху, що свідчить про високу суб'єктивну значущість травматичних подій та їх психотравмуючий потенціал.

Аналіз симптомів повторного переживання травматичної події дозволив встановити, що інтрузивна симптоматика є однією з провідних у структурі ПТСР і виявлена у 78,6% досліджуваних. Такий рівень поширеності свідчить про порушення процесів переробки та інтеграції травматичної інформації, внаслідок чого травматичний досвід зберігається у вигляді фрагментованих когнітивно-емоційних слідів і актуалізується у формі нав'язливих спогадів, флешбеків і сновидінь. Це дозволяє інтерпретувати інтрузії як центральний механізм підтримання посттравматичної симптоматики. Симптоми уникнення та емоційного оніміння виявлено у 64,3% респондентів, що свідчить про активізацію психологічних захисних механізмів, спрямованих на мінімізацію контакту з травматичними стимулами. У контексті клініко-психологічного аналізу уникнення можна розглядати як форму дезадаптивного копінгу, яка забезпечує короткочасне зниження емоційного напруження, проте водночас

перешкоджає когнітивній переробці травматичного досвіду та сприяє хронізації розладу. Симптоми підвищеного психофізіологічного збудження зафіксовано у 75,0% досліджуваних, що свідчить про порушення регуляторних механізмів нервової системи. Висока частота цих проявів, які включають гіпервігілантність, порушення сну, дратівливість і труднощі концентрації, вказує на тривале функціонування організму в стані підвищеної мобілізації. У поєднанні з інтрузивною симптоматикою це формує патофізіологічне ядро ПТСР, що забезпечує підтримання розладу на нейропсихологічному рівні.

Значущим є показник клінічно вираженого дистресу або порушення функціонування, який встановлено у 67,9% респондентів. Це свідчить про те, що посттравматична симптоматика має виражений дезадаптивний характер і проявляється не лише у внутрішньопсихічній сфері, але й у порушенні соціального, професійного та міжособистісного функціонування. Таким чином, ПТСР у даній вибірці виступає як розлад, що має системний вплив на життєдіяльність особистості. Узагальнення діагностичних показників дозволило встановити, що повним критеріям посттравматичного стресового розладу відповідають 21,4% досліджуваних. Водночас у переважної частини вибірки відсутня повна відповідність діагностичним критеріям, проте наявні окремі симптоми, що дозволяє розглядати їх як субклінічні прояви або предиктори розвитку ПТСР. Така структура результатів свідчить про значну поширеність латентних форм посттравматичної симптоматики. Особливої уваги потребує аналіз коморбідності. Встановлено, що у 66,7% респондентів із діагностованим ПТСР наявні супутні тривожно-депресивні розлади. Це дозволяє інтерпретувати ПТСР як частину ширшого спектра психічних порушень, що взаємопов’язані між собою та взаємно підсилюють клінічні прояви. Коморбідні стани ускладнюють перебіг ПТСР, сприяють його хронізації та знижують ефективність адаптаційних механізмів. Структурний аналіз отриманих результатів дозволяє констатувати, що посттравматична симптоматика у військовослужбовців має інтегративний характер і формується як система взаємопов’язаних когнітивних, емоційних та поведінкових порушень. Провідними компонентами цієї системи є інтрузивні процеси та гіперзбудження, які забезпечують підтримання травматичного досвіду у психічній сфері, тоді як уникнення та емоційне оніміння виконують функцію психологічного захисту, що, однак, має дезадаптивний характер. Наявність функціональних порушень підтверджує, що симптоматика виходить за межі внутрішньопсихічних процесів і набуває соціально значущого виміру.

Таким чином, результати дослідження за методикою M.I.N.I. дозволяють зробити висновок про те, що посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців характеризується високим рівнем поширеності окремих симптомів, значною часткою субклінічних форм, вираженою коморбідністю та системним впливом на функціонування особистості.

Додаток Е

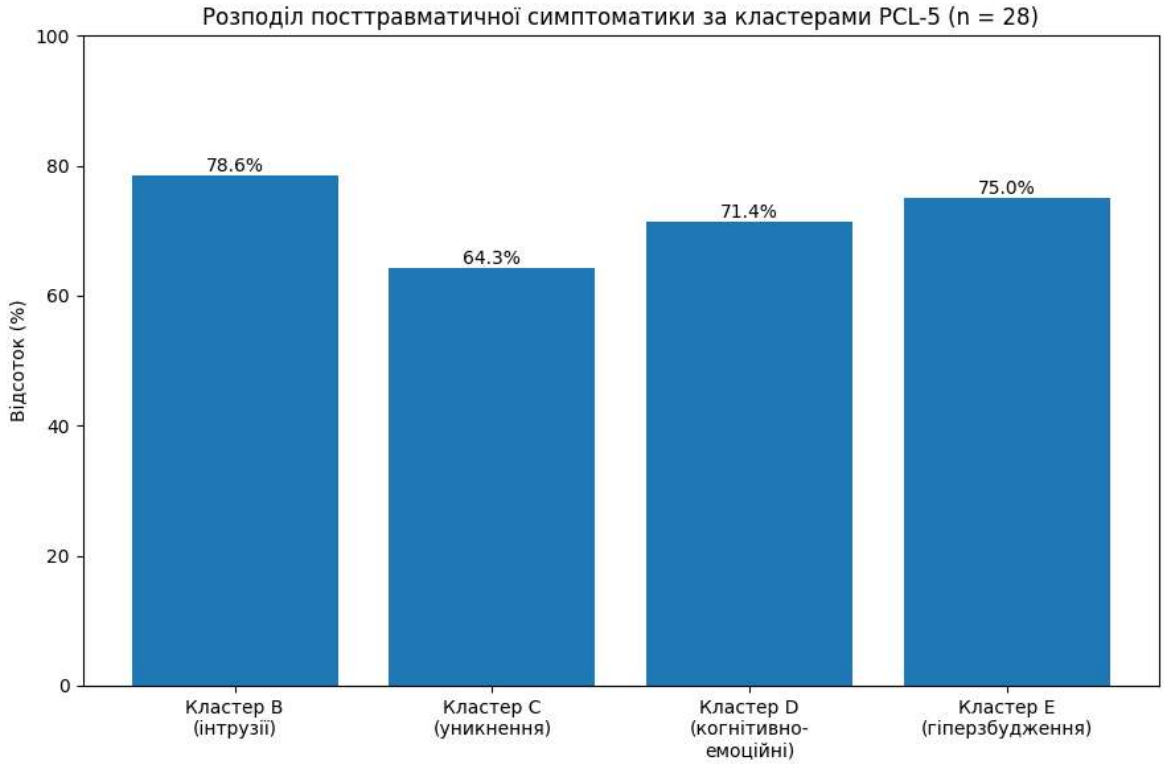
Результати дослідження посттравматичної симптоматики за опитувальником PCL-5 у військовослужбовців (n = 28)

Показник	Кількість осіб (n)	% від вибірки	Наукова інтерпретація
Високий рівень посттравматичної симптоматики (клінічно значущі прояви ПТСР)	6	21,4%	Відповідає ймовірному ПТСР та узгоджується з клінічними результатами CAPS-5
Середній рівень посттравматичної симптоматики (субклінічні прояви)	11	39,3%	Характеризується частковою представленістю симптомів, що свідчить про підвищений ризик розвитку ПТСР
Низький рівень посттравматичної симптоматики	11	39,3%	Відсутність виражених симптомів або їх незначна інтенсивність
Інтрузивні симптоми (кластер B)	22	78,6%	Домінування повторного переживання травматичного досвіду
Симптоми уникнення (кластер C)	18	64,3%	Використання уникнення як психологічного захисного механізму
Когнітивно-емоційні порушення (кластер D)	20	71,4%	Наявність негативних переконань, емоційної дестабілізації
Симптоми гіперзбудження (кластер E)	21	75,0%	Порушення регуляції психофізіологічного стану
Загальна кількість	28	100%	–

Середні значення вираженості посттравматичної симптоматики за кластерами опитувальника PCL-5 (n = 28)

Симптоматичний кластер (DSM-5)	Кількість пунктів у кластері	Середній бал (M)	Стандартне відхилення (SD)	Рівень вираженості	Наукова інтерпретація
Кластер B (інтрузії)	5	2,6	0,8	Помірно високий	Домінування симптомів повторного переживання травматичного досвіду
Кластер C (уникнення)	2	2,2	0,7	Помірний	Уникнення як стабільна, але варіативна копінг-стратегія
Кластер D (когнітивно-емоційні порушення)	7	2,4	0,9	Помірний	Значні зміни у когнітивній сфері та емоційній регуляції
Кластер E (гіперзбудження)	6	2,7	0,8	Помірно високий	Стійке порушення

					психофізіологічної регуляції
Загальний показник (PCL-5)	20	2,5	0,8	Помірно високий	Узагальнена інтенсивність посттравматичної симптоматики



Аналіз результатів, отриманих за опитувальником PCL-5, дозволяє деталізувати кількісну та структурну представленість посттравматичної симптоматики у вибірці військовослужбовців. PCL-5 у межах дослідження виконував функцію стандартизованого скринінгового інструменту, спрямованого на оцінку суб'єктивної інтенсивності симптомів ПТСР відповідно до кластерів DSM-5, що забезпечило можливість зіставлення отриманих результатів із даними CAPS-5 та M.I.N.I.

За результатами розподілу рівнів посттравматичної симптоматики встановлено, що високий рівень проявів ПТСР виявлено у 6 респондентів, що становить 21,4% вибірки. Ця група характеризується клінічно значущою інтенсивністю симптомів, яка узгоджується з результатами клінічного інтерв'ю CAPS-5 та структурованого інтерв'ю M.I.N.I. Отже, дані PCL-5 підтверджують наявність у частини військовослужбовців сформованого симптомокомплексу ПТСР, який має не лише суб'єктивну, але й клініко-діагностичну значущість.

Середній рівень посттравматичної симптоматики зафіксовано в 11 осіб, що становить 39,3% вибірки. Цей показник є особливо важливим для клініко-психологічної інтерпретації, оскільки він відображає наявність субклінічних проявів ПТСР. У таких респондентів симптоми ще не формують повного діагностичного синдрому, однак свідчать про порушення психічної адаптації

та підвищений ризик подальшої маніфестації розладу. Саме ця група потребує особливої уваги в межах ранньої психологічної профілактики, оскільки за умов повторної травматизації, недостатньої соціальної підтримки або відсутності психологічного супроводу субклінічні прояви можуть трансформуватися у клінічно виражений ПТСР.

Низький рівень симптоматики також виявлено в 11 респондентів, що становить 39,3% вибірки. Цей результат не означає повної відсутності травматичного досвіду, оскільки всі учасники дослідження мали досвід бойової або пов'язаної з війною психотравматизації. Його доцільно інтерпретувати як відносну збереженість адаптаційних механізмів, наявність ефективніших копінг-стратегій або меншу інтенсивність актуальної симптоматичної відповіді на момент обстеження. Водночас у контексті військової вибірки низькі показники за PCL-5 не виключають можливості відстроченого розвитку симптомів, що потребує динамічного моніторингу психічного стану.

Структурний аналіз симптоматики за кластерами PCL-5 показав, що найбільш вираженим є кластер B, який відображає інтрузивні симптоми. Його прояви виявлено у 22 респондентів, що становить 78,6% вибірки. Такий результат свідчить про домінування повторного переживання травматичного досвіду у формі нав'язливих спогадів, емоційно забарвлених образів, сновидінь або флешбеків. У клініко-психологічному вимірі це вказує на недостатню інтеграцію травматичного матеріалу в автобіографічну пам'ять та збереження травматичного досвіду у фрагментованій, емоційно насиченій формі.

Другим за рівнем вираженості є кластер E, що охоплює симптоми гіперзбудження. Його прояви зафіксовано у 21 респондента, що становить 75,0% вибірки. Такий показник свідчить про стійку активацію психофізіологічних механізмів реагування на небезпеку. У практичному вимірі це може проявлятися порушеннями сну, дратівливістю, надмірною настороженістю, труднощами концентрації уваги та підвищеною реакцією переляку. Поєднання високих показників інтрузій і гіперзбудження дає підстави розглядати ці кластери як центральні у структурі посттравматичної симптоматики військовослужбовців.

Кластер D, що відображає негативні когнітивно-емоційні зміни, виявлено у 20 респондентів, що становить 71,4% вибірки. Його висока представленість свідчить про те, що бойовий травматичний досвід впливає не лише на рівень емоційного реагування, а й на систему переконань, самооцінку, ставлення до інших людей і світу. До цієї групи проявів належать стійкі негативні переконання, почуття провини, сорому, емоційне оніміння, зниження інтересу до значущої діяльності та труднощі переживання позитивних емоцій. Отримані дані вказують на глибші особистісні наслідки психотравматизації, які можуть підтримувати дезадаптацію навіть після зменшення гострих симптомів.

Найнижчий, хоча також значущий, показник зафіксовано за кластером C, що відображає симптоми уникнення. Його прояви встановлено у 18

респондентів, що становить 64,3% вибірки. Уникнення є типовим механізмом психологічного захисту, спрямованим на зменшення контакту з травматичними спогадами, думками, емоціями або зовнішніми нагадуваннями про подію. Водночас нижча представленість цього кластера порівняно з інтрузіями та гіперзбудженням може свідчити про більшу індивідуальну варіативність поведінкових стратегій подолання. У дисертаційному аналізі це доцільно трактувати як ознаку того, що уникнення не завжди є провідним симптомом у військових, однак воно відіграє важливу роль у підтриманні розладу, оскільки перешкоджає повній когнітивно-емоційній переробці травматичного досвіду.

Порівняння результатів двох таблиць дає можливість встановити важливу закономірність: частка респондентів із високим рівнем ПТСР є меншою, ніж частка осіб із вираженими окремими симптоматичними кластерами. Це означає, що посттравматична симптоматика у вибірці має ширше поширення, ніж клінічно завершений синдром ПТСР. Така структура результатів є типовою для військових вибірок, оскільки значна частина осіб може демонструвати окремі симптоми інтрузій, гіперзбудження або когнітивно-емоційних змін без повної відповідності всім діагностичним критеріям.

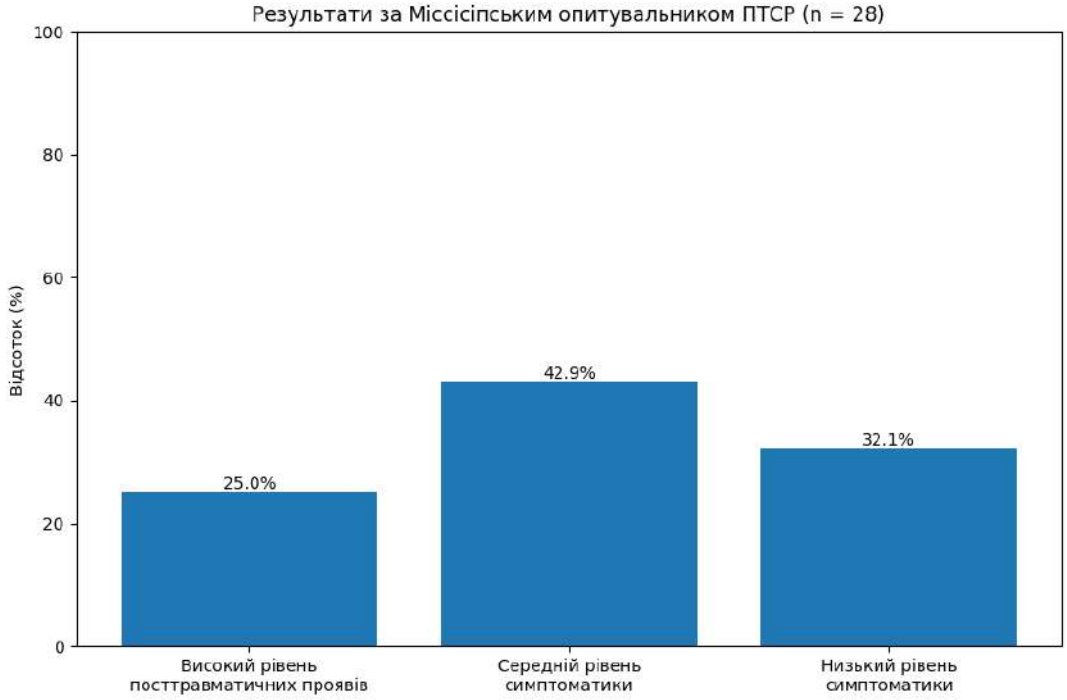
Отже, результати PCL-5 підтверджують наявність трьох умовних груп у вибірці: респондентів із клінічно значущою симптоматикою, осіб із субклінічними проявами та респондентів із відносно збереженим рівнем психічної адаптації. Найбільш діагностично значущими у структурі симптоматики виявилися інтрузії та гіперзбудження, що відображає специфіку бойової психотравматизації. Когнітивно-емоційні порушення засвідчують глибину особистісних змін, тоді як уникнення виступає як захисний, але потенційно дезадаптивний механізм.

Узагальнюючи результати, можна констатувати, що опитувальник PCL-5 дозволив не лише кількісно оцінити рівень посттравматичних проявів, але й визначити їхню внутрішню структуру. Отримані дані підтверджують доцільність використання PCL-5 як скринінгового інструменту в комплексній діагностиці ПТСР у військовослужбовців, особливо у поєднанні з клінічними інтерв’ю CAPS-5 та M.I.N.I. Такий підхід забезпечує більш точне розмежування клінічних і субклінічних форм ПТСР, а також створює підґрунтя для визначення напрямів подальшої психологічної допомоги та реабілітації.

Додаток Є

Результати дослідження за Міссісіпським опитувальником ПТСР (військовий варіант) у вибірці військовослужбовців (n = 28)

Рівень посттравматичної симптоматики	**Кількість осіб (n)**	**% від вибірки**	**Наукова інтерпретація**
Високий рівень посттравматичних проявів	7	25,0%	Відповідає вираженій симптоматиці ПТСР, потребує клінічної уваги
Середній рівень посттравматичної симптоматики	12	42,9%	Характеризується субклінічними проявами та ризиком розвитку ПТСР
Низький рівень посттравматичної симптоматики	9	32,1%	Свідчить про відносну психічну адаптацію
Загальна кількість	28	100%	–



Результати, отримані за Міссісіпським опитувальником ПТСР у військовому варіанті, дозволяють уточнити рівень вираженості посттравматичної симптоматики у досліджуваній вибірці військовослужбовців, ветеранів і комбатантів. Застосування цієї методики є доцільним у межах даного дослідження, оскільки вона орієнтована саме на оцінювання посттравматичних проявів у осіб із досвідом бойових дій та дає змогу виявити як виражені, так і помірні форми психотравматизації.

За результатами дослідження високий рівень посттравматичних проявів встановлено у 7 респондентів, що становить 25,0% вибірки. Ця група характеризується найбільш вираженою інтенсивністю симптоматики та може розглядатися як така, що потребує поглибленої клініко-психологічної оцінки й цілеспрямованого психологічного супроводу. Високі показники за Міссісіпським опитувальником свідчать про наявність стійких проявів

повторного переживання травматичного досвіду, емоційного напруження, підвищеної збудливості, труднощів саморегуляції та соціальної адаптації.

Середній рівень посттравматичної симптоматики виявлено у 12 досліджуваних, що становить 42,9% вибірки. Саме ця група є найбільш чисельною, що має важливе діагностичне значення. Помірна вираженість симптомів свідчить про наявність субклінічних або частково компенсованих проявів ПТСР. У таких респондентів симптоматика може не досягати повного клінічного рівня, однак відображає порушення адаптаційних механізмів, емоційну напруженість і потенційний ризик посилення розладу за умов повторної травматизації, хронічного стресу або недостатньої соціальної підтримки.

Низький рівень посттравматичної симптоматики зафіксовано у 9 респондентів, що становить 32,1% вибірки. Цей результат може свідчити про відносно збережені адаптаційні ресурси, ефективніші копінг-стратегії або меншу актуальну інтенсивність посттравматичних проявів на момент обстеження. Водночас низькі показники не слід трактувати як повну відсутність травматичного досвіду, оскільки всі учасники дослідження належали до категорії осіб із бойовим або пов’язаним із війною досвідом.

Порівняння рівнів показує, що у 67,9% респондентів виявлено середній або високий рівень посттравматичної симптоматики. Це свідчить про значну поширеність психотравматичних проявів у досліджуваній вибірці та підтверджує необхідність системного психологічного моніторингу військовослужбовців і ветеранів. Особливо важливим є те, що частка осіб із середнім рівнем симптоматики перевищує частку респондентів із високим рівнем. Це вказує на значну представленість латентних або субклінічних форм ПТСР, які можуть залишатися недостатньо помітними без спеціалізованої психодіагностики.

Отримані результати узгоджуються з даними інших використаних методик. Зокрема, частка респондентів із високим рівнем посттравматичних проявів за Міссісіпським опитувальником близька до частки осіб із клінічно верифікованим ПТСР за CAPS-5 та високим рівнем симптоматики за PCL-5. Це підтверджує конвергентну узгодженість психодіагностичного комплексу та доцільність використання Міссісіпського опитувальника як додаткового інструменту оцінювання бойової психотравматизації.

Таким чином, результати за Міссісіпським опитувальником ПТСР свідчать про неоднорідність психічного стану досліджуваних військовослужбовців. Найбільшу частку становлять особи із середнім рівнем посттравматичної симптоматики, що вказує на потребу в ранньому виявленні субклінічних проявів і профілактиці їх подальшої хронізації. Наявність чверті вибірки з високим рівнем посттравматичних проявів підтверджує клінічну значущість проблеми та обґрунтовує необхідність розроблення диференційованих програм психологічної допомоги, спрямованих на зниження симптомів ПТСР, відновлення емоційної регуляції та покращення соціального функціонування військовослужбовців.

Додаток Ж

Кореляційні зв'язки між структурними компонентами посттравматичної симптоматики у військовослужбовців (n = 28)

Показники	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
1. Загальний рівень ПТСР	1,00						
2. Інтрузивні симптоми	0,71**	1,00					
3. Уникнення	0,58*	0,62**	1,00				
4. Когнітивно-емоційні порушення	0,66**	0,59*	0,57*	1,00			
5. Гіперзбудження	0,69**	0,72**	0,60**	0,63**	1,00		
6. Тривожно-депресивні прояви	0,55*	0,49*	0,46*	0,61**	0,57*	1,00	
7. Функціональні порушення	0,67**	0,60**	0,52*	0,64**	0,66**	0,58*	1,00

Примітка. $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$. Кореляційний аналіз здійснено за коефіцієнтом Пірсона.

З метою поглибленого аналізу внутрішньої структури посттравматичної симптоматики у військовослужбовців було проведено кореляційний аналіз між основними діагностичними показниками, що відображають різні рівні прояву ПТСР. Ураховуючи зміст роботи, доцільно подавати кореляції не лише між окремими методиками, а між узагальненими клініко-психологічними показниками: загальним рівнем ПТСР, інтрузивною симптоматикою, гіперзбудженням, тривожно-депресивними проявами, результатами опитувальних шкал, віком досліджуваних та функціональними порушеннями. Такий підхід відповідає логіці дослідження, оскільки ПТСР у роботі розглядається як багаторівневий феномен, що поєднує клінічні, когнітивно-емоційні, поведінкові та соціально-функціональні прояви.

У роботі зазначено, що емпіричне дослідження проводилося за участі 28 військовослужбовців, ветеранів і комбатантів віком від 27 до 75 років, а діагностичний комплекс включав CAPS-5, M.I.N.I., PCL-5 та Міссісіпський опитувальник ПТСР. Також у тексті вже подано ключові коефіцієнти кореляції: зв'язок між PCL-5 і CAPS-5, між інтрузіями та гіперзбудженням, між ПТСР і тривожно-депресивними проявами, між Міссісіпським опитувальником і PCL-5, а також між віком і рівнем симптоматики.

Кореляційні зв'язки між клініко-психологічними показниками посттравматичної симптоматики у військовослужбовців (n = 28)

№	**Корельовані показники**	**r**	**p**	**Характер зв'язку**	**Клініко-психологічна інтерпретація**
1	Загальний рівень посттравматичної симптоматики за PCL-5 та клінічна вираженість ПТСР за CAPS-5	0,68	≤ 0,01	Прямий, виражений	Зростання самооцінюваної інтенсивності симптомів супроводжується підвищенням клінічно підтвердженої вираженості ПТСР

2	Інтрузивна симптоматика та гіперзбудження	0,72	≤ 0,01	Прямий, сильний	Повторне переживання травматичного досвіду пов’язане зі стійкою психофізіологічною активацією
3	Рівень посттравматичної симптоматики та тривожно-депресивні прояви за M.I.N.I.	0,59	≤ 0,05	Прямий, помірно виражений	Підвищення інтенсивності ПТСР супроводжується зростанням коморбідних афективних проявів
4	Показники Міссісіпського опитувальника ПТСР та загальний показник PCL-5	0,64	≤ 0,01	Прямий, виражений	Дві опитувальні методики узгоджено відображають рівень посттравматичних проявів
5	Вік досліджуваних та загальний рівень посттравматичної симптоматики	-0,41	≤ 0,05	Зворотний, помірний	Зі збільшенням віку спостерігається тенденція до зниження загальної інтенсивності симптоматики при можливому збереженні окремих хронізованих проявів
6	Загальна вираженість ПТСР та функціональні порушення	0,67	≤ 0,01	Прямий, виражений	Вища інтенсивність симптоматики пов’язана з більшими труднощами соціального та професійного функціонування
7	Гіперзбудження та функціональні порушення	0,66	≤ 0,01	Прямий, виражений	Підвищена психофізіологічна активація негативно позначається на повсякденному, професійному й міжособистісному функціонуванні

Примітка. Кореляційний аналіз здійснено за коефіцієнтом Пірсона. Статистично значущими вважалися зв’язки при $p \leq 0,05$ та $p \leq 0,01$. Позитивні коефіцієнти свідчать про прямий зв’язок між показниками, негативний коефіцієнт вказує на зворотний зв’язок.

За результатами кореляційного аналізу встановлено виражений прямий зв’язок між загальним рівнем посттравматичної симптоматики за PCL-5 та клінічною вираженістю ПТСР за CAPS-5 ($r = 0,68$; $p \leq 0,01$). Це свідчить про те, що суб’єктивна оцінка симптомів респондентами узгоджується з результатами клінічного інтерв’ю. Отже, PCL-5 може розглядатися як інформативний скринінговий інструмент, однак його результати потребують клінічного уточнення за допомогою CAPS-5.

Найсильніший кореляційний зв’язок виявлено між інтрузивною симптоматикою та гіперзбудженням ($r = 0,72$; $p \leq 0,01$). Це має важливе патогенетичне значення, оскільки повторне переживання травматичного досвіду активізує стан підвищеної настороженості, тривоги, порушення сну та психофізіологічної напруги. У структурі ПТСР ці компоненти не функціонують ізольовано, а взаємно підтримують один одного.

Статистично значущий прямий зв’язок між рівнем посттравматичної симптоматики та тривожно-депресивними проявами за M.I.N.I. ($r = 0,59$; $p \leq$

0,05) підтверджує коморбідний характер ПТСР. Це означає, що в міру зростання інтенсивності посттравматичних симптомів підвищується ймовірність афективних порушень, зокрема тривожності, зниженого настрою, емоційного виснаження та соматизованих скарг.

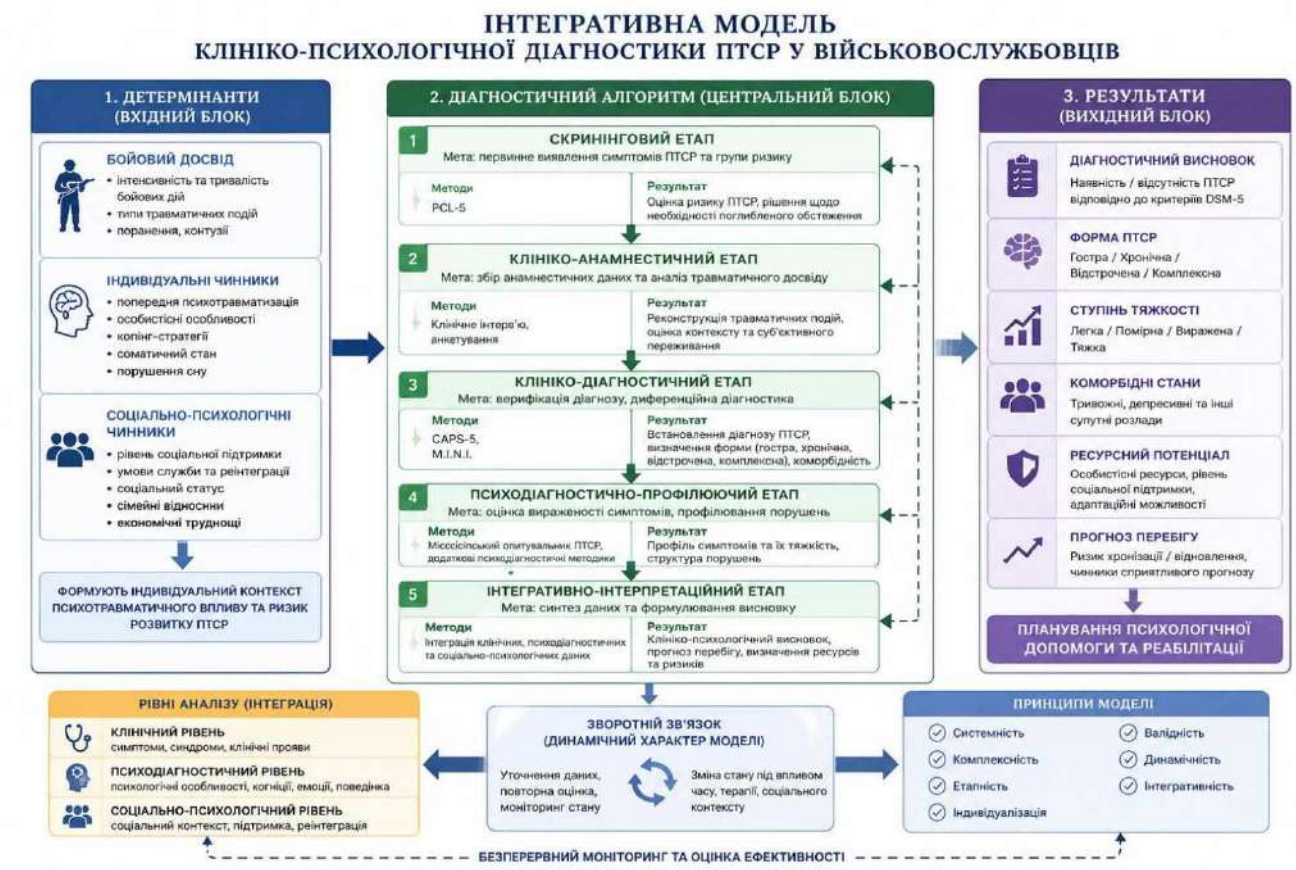
Зв'язок між Міссісіпським опитувальником ПТСР та PCL-5 ($r = 0,64$; $p \leq 0,01$) підтверджує діагностичну узгодженість двох опитувальних методик. Це свідчить про те, що обидва інструменти чутливі до виявлення бойової посттравматичної симптоматики, хоча PCL-5 є більш структурованим відповідно до кластерів DSM-5, а Міссісіпський опитувальник краще відображає специфіку бойового досвіду.

Помірний зворотний зв'язок між віком досліджуваних і загальним рівнем посттравматичної симптоматики ($r = -0,41$; $p \leq 0,05$) може вказувати на часткове зниження інтенсивності симптомів у віддаленому посттравматичному періоді. Водночас цей результат не слід інтерпретувати як повне подолання травматичного досвіду, оскільки в роботі зазначено наявність відтермінованого ПТСР у ветеранів локальних конфліктів, зокрема збереження інтрузій і флешбеків через значний часовий проміжок після травми .

Додатково значущими є зв'язки між загальною вираженістю ПТСР і функціональними порушеннями ($r = 0,67$; $p \leq 0,01$), а також між гіперзбудженням і функціональними порушеннями ($r = 0,66$; $p \leq 0,01$). Це підтверджує, що ПТСР має не лише симптоматичний, але й соціально-функціональний вимір. Чим інтенсивнішими є симптоми, тим більше порушуються професійна діяльність, міжособистісні контакти, повсякденна активність і загальна якість життя.

Таким чином, кореляційний аналіз підтверджує системний характер посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. Найбільш значущими у структурі взаємозв'язків є інтрузії, гіперзбудження, загальна вираженість ПТСР та функціональні порушення. Отримані результати обґрунтовують доцільність комплексної діагностики, яка поєднує клінічні інтерв'ю, скринінгові опитувальники та оцінку соціального функціонування.

Додаток З



Інтегративна модель клініко-психологічної діагностики посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців відображає системну організацію діагностичного процесу як багаторівневої, динамічної та функціонально цілісної структури, в якій взаємодіють детермінанти психотравматизації, діагностичні процедури та результати клініко-психологічного оцінювання. Її побудова ґрунтується на узагальненні теоретико-методологічних підходів до розуміння ПТСР та результатах емпіричного дослідження, які засвідчили варіативність клінічних проявів розладу, наявність відстрочених форм і суттєвий вплив соціально-психологічних чинників на перебіг і діагностику ПТСР .

Методологічною основою моделі виступає біопсихосоціальний підхід, відповідно до якого посттравматичний стресовий розлад розглядається як наслідок порушення інтеграції психічного функціонування на різних рівнях – нейробіологічному, когнітивному, емоційно-регулятивному, поведінковому та соціальному . У цьому контексті діагностика інтерпретується не як фіксація окремих симптомів, а як процес системного аналізу механізмів їх формування, взаємозв’язків і динаміки.

Структурно модель організована за принципом трирівневої системи, яка включає детермінантний, процесуальний та результативний блоки, між якими встановлюються прямі, опосередковані та зворотні зв’язки.

Детермінантний блок виконує функцію вхідного рівня системи та визначає індивідуальний контекст психотравматичного впливу. Його зміст охоплює три взаємопов’язані групи чинників: характеристики бойового

досвіду, індивідуально-психологічні особливості та соціально-психологічні умови функціонування військовослужбовця. Важливою аналітичною ознакою цього блоку є те, що зазначені чинники взаємодіють між собою за принципом взаємного підсилення або компенсації. Так, інтенсивність бойових подій, наявність втрат чи поранень у поєднанні з попередньою психотравматизацією та соматичними порушеннями формують підвищений рівень вразливості, тоді як високий рівень соціальної підтримки може виконувати буферну функцію. У результаті формується індивідуалізована конфігурація ризику, яка безпосередньо впливає на вираженість симптоматики, специфіку клінічної картини та чутливість діагностичних процедур.

Центральний блок моделі представлений алгоритмом клініко-психологічної діагностики, який виступає процесуальним ядром системи. Його структура відображає поетапну організацію діагностичного процесу, що включає скринінговий, клініко-анамнестичний, клініко-діагностичний, психодіагностично-профілюючий та інтегративно-інтерпретаційний етапи. Між цими етапами встановлюються послідовні вертикальні зв’язки, які забезпечують поступовий перехід від первинного виявлення симптомів до їх глибинного аналізу та узагальнення. Скринінговий етап виконує функцію первинної ідентифікації ризику, клініко-анамнестичний – контекстуалізації симптомів через аналіз травматичного досвіду, клініко-діагностичний – верифікації діагнозу відповідно до міжнародних критеріїв, психодіагностичний – деталізації структури симптомів, а інтегративний – їх системного узгодження.

Поряд із вертикальними зв’язками модель передбачає горизонтальну інтеграцію різних рівнів аналізу в межах кожного етапу. Це означає, що діагностика реалізується одночасно на клінічному, психодіагностичному та соціально-психологічному рівнях, що забезпечує багатовимірність оцінки. Клінічний рівень спрямований на виявлення симптомів і синдромів, психодіагностичний – на їх кількісне вимірювання та структурну диференціацію, тоді як соціально-психологічний – на аналіз умов функціонування особистості. Така інтеграція дозволяє уникнути редукції ПТСР до суто симптоматичного рівня та забезпечує більш глибоке розуміння розладу.

Принципово важливою характеристикою центрального блоку є наявність зворотних зв’язків між етапами, що відображає нелінійний і динамічний характер діагностичного процесу. У разі виявлення нових або суперечливих даних можливе повернення до попередніх етапів, уточнення анамнестичної інформації або повторна клінічна оцінка. Це забезпечує гнучкість алгоритму, підвищує його діагностичну точність і дозволяє враховувати змінність психічного стану у часі.

Результативний блок моделі виконує функцію вихідного рівня та відображає узагальнені результати діагностики. Його структура включає встановлення факту наявності або відсутності ПТСР, визначення форми розладу, оцінку ступеня тяжкості, виявлення коморбідних станів, а також визначення ресурсного потенціалу особистості та прогнозу перебігу. Важливо,

що результати діагностики інтерпретуються не ізольовано, а у зв’язку з детермінантним блоком, що дозволяє пояснити індивідуальні відмінності у клінічній картині та перебігу розладу.

Між результативним і процесуальним блоками встановлюється зворотний динамічний зв’язок, який відображає необхідність повторної діагностики та моніторингу стану. Зміни у психічному функціонуванні військовослужбовця під впливом часу, терапевтичних втручань або соціальних умов можуть зумовлювати перегляд діагностичних висновків, що підтверджує процесуальний характер ПТСР як розладу, що розгортається у часі.

Інтегративна модель клініко-психологічної діагностики ПТСР у військовослужбовців репрезентує складну систему взаємозв’язків між чинниками ризику, діагностичними процедурами та результатами оцінювання. Її аналітична значущість полягає у тому, що вона дозволяє розглядати діагностику як багатовимірний, динамічний і системно організований процес, що забезпечує підвищення точності діагностичних висновків, врахування індивідуальної варіативності проявів ПТСР та створює методологічне підґрунтя для планування ефективних стратегій психологічної допомоги та реабілітації військовослужбовців.

Додаток К

Практичні рекомендації щодо вдосконалення психологічної діагностики ПТСР у військовослужбовців

З метою підвищення ефективності клініко-психологічної діагностики посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців доцільно впроваджувати наступну систему практичних рекомендацій, що конкретизують організацію, зміст і процедури діагностичного процесу.

1. Організація поетапної та повторюваної діагностики

1.1. Забезпечити проведення первинного скринінгового обстеження з використанням стандартизованих інструментів у найближчий період після травматичної події або демобілізації.

1.2. Передбачити обов'язкове повторне обстеження військовослужбовців у динаміці, зокрема через 3, 6 та 12 місяців, незалежно від результатів первинної діагностики.

1.3. Включати до групи підвищеного ризику осіб із субклінічними проявами, навіть за відсутності формального підтвердження ПТСР.

1.4. Використовувати результати повторних обстежень для виявлення відстрочених форм ПТСР та уточнення клінічної картини.

2. Врахування специфіки травматичного досвіду

2.1. Включати до структури клінічного інтерв'ю окремий блок, спрямований на деталізований аналіз травматичного досвіду.

2.2. Класифікувати травматичний досвід за типами:

- безпосередня участь у бойових діях;
- переживання втрати;
- поранення;
- тривале перебування у зоні бойових дій.

2.3. Співвідносити тип травматичного досвіду зі структурою симптомів при інтерпретації результатів діагностики.

2.4. У випадку складного або комбінованого досвіду здійснювати поглиблений клінічний аналіз із урахуванням накопичувального ефекту травматизації.

3. Забезпечення функціональної інтеграції психодіагностичних методів

3.1. Організовувати діагностику за принципом функціонального розподілу методик:

- скринінг;
- клінічна верифікація;
- диференційна діагностика;
- профілювання симптомів.

3.2. Інтерпретувати результати кожної методики виключно у взаємозв'язку з іншими даними.

3.3. У випадку суперечливих результатів надавати пріоритет клінічному інтерв'ю та комплексному аналізу.

3.4. Уникати встановлення діагнозу на основі одного інструменту.

4. Використання наративного аналізу у структурі діагностики

4.1. Проводити напівструктуровані клінічні бесіди з орієнтацією на опис травматичного досвіду.

4.2. Здійснювати контент-аналіз відповідей за такими показниками:
- фрагментарність спогадів;
- уникнення змісту;
- повторюваність травматичних сюжетів;
- емоційна нейтралізація або гіперреактивність.

4.3. Використовувати наративні дані для уточнення результатів тестування.
4.4. Виявляти латентні прояви ПТСР, які не відображаються у стандартизованих шкалах.

5. Розширення діагностики за рахунок оцінки коморбідних станів

5.1. Включати до діагностичного процесу обов'язкову оцінку:
- депресивних станів;
- тривожних розладів;
- поведінкових та адиктивних порушень.

5.2. Використовувати стандартизовані інструменти диференційної діагностики.
5.3. Розмежовувати симптоми ПТСР та супутніх розладів при формуванні висновку.
5.4. У складних випадках рекомендувати міждисциплінарну консультацію.

6. Включення ресурсного аналізу до структури діагностики

6.1. Оцінювати рівень соціальної підтримки, зокрема сімейної та професійної.
6.2. Аналізувати ефективність копінг-стратегій.
6.3. Визначати рівень саморегуляції та психологічної стійкості.
6.4. Використовувати отримані дані для прогнозування перебігу ПТСР.

7. Впровадження VR-технологій у діагностичний процес

7.1. Використовувати VR-технології як додатковий інструмент у випадках:
- діагностичної невизначеності;
- підозри на латентний ПТСР;
- розбіжностей між результатами тестів і клінічними даними.

7.2. Застосовувати стандартизовані сценарії, що моделюють бойові або тригерні ситуації.
7.3. Фіксувати:
- поведінкові реакції;
- емоційні прояви;
- ознаки уникнення або гіперзбудження.

7.4. Забезпечувати етичний супровід, зокрема контроль інтенсивності стимулів та психологічну підтримку після процедури.

8. Використання цифрових технологій у діагностиці

8.1. Впроваджувати електронні версії психодіагностичних методик.
8.2. Використовувати дистанційні форми скринінгу.
8.3. Забезпечувати автоматизовану обробку результатів для підвищення точності та оперативності.
8.4. Формувати бази даних для моніторингу динаміки психічного стану.

Запропонована система практичних рекомендацій забезпечує операціоналізацію інтегративного підходу до діагностики ПТСР та орієнтована на підвищення її чутливості, валідності та прогностичної цінності.

Її впровадження дозволяє забезпечити більш точне виявлення як маніфестних, так і латентних форм посттравматичного стресового розладу, а також підвищити ефективність подальших психокорекційних і реабілітаційних заходів.