

КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ТАРАСА ШЕВЧЕНКА

Факультет психології
Кафедра психодіагностики та клінічної психології

**ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ АГРЕСІЇ У ВЕТЕРАНІВ З
СИМПТОМАМИ ПТСР**

Кваліфікаційна робота

Студентки 4 курсу ОР Магістр
(спеціальність 053 «Психологія»,
освітня програма «Психологія»)
Коваленко Юлії Ігорівни

Науковий керівник:
доктор психологічних наук, доцент
Кравчук Світлана Леонтіївна

Роботу рекомендовано до захисту на ЕК №2

Протокол №_____ від_____ року

Завідувач кафедри психодіагностики та клінічної психології

_____ **Людмила КРУПЕЛЬНИЦЬКА**

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ АГРЕСІЇ У ВЕТЕРАНІВ З СИМПТОМАМИ ПТСР	9
1.1. Поняття агресії та її видів у вітчизняній та зарубіжній літературі.....	9
1.2. Особливості та діагностика посттравматичного стресового розладу ...	15
1.3. Особливості агресивних проявів у ветеранів з симптомами ПТСР	22
Висновки до першого розділу	28
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ТА ПРОЦЕДУРА ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ АГРЕСІЇ У ВЕТЕРАНІВ З СИМПТОМАМИ ПТСР	29
2.1. Методи емпіричного дослідження	29
2.2. Етапи проведення емпіричного дослідження	38
2.3. Характеристика вибірки учасників дослідження	41
Висновки до другого розділу.....	48
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ АГРЕСІЇ У ВЕТЕРАНІВ З СИМПТОМАМИ ПТСР	50
3.1. Математико-статистичний огляд психологічних показників.....	50
3.2. Специфіка вираження симптомів ПТСР в двох групах респондентів...	56
3.3. Особливості агресивної поведінки в двох групах респондентів	60
3.4. Огляд індивідуально-психологічних показників в двох групах респондентів.....	63
3.5. Аналіз копінг-стратегій для подолання стресових ситуацій серед двох груп.....	65
3.6. Регресійна модель агресивності в двох групах ветеранів	68
3.7. Практичні рекомендації щодо зниження агресивних проявів у ветеранів з симптомами ПТСР.....	74

Висновки до третього розділу	80
ВИСНОВКИ	81
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	84
ДОДАТКИ.....	99

ВСТУП

Актуальність теми. Сучасний соціально-політичний контекст України, ознаменований триваючими військовими конфліктами та політичною нестабільністю, має глибокий вплив на психічне здоров'я ветеранів. Військові дії, що відбуваються на території України, призводять до значного зростання числа ветеранів, які страждають від посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та інших психологічних труднощів. Це створює нагальну потребу у дослідженні психологічних наслідків війни для тих, хто повертається з фронту.

Зіткнення з бойовими діями, втрата побратимів, а також складність адаптації до мирного життя після повернення з військових зон – все це сприяє розвитку ПТСР та агресивної поведінки серед ветеранів. Ці психологічні стани не лише впливають на самопочуття ветеранів, але й мають далекосяжні наслідки для їхніх сімей та суспільства в цілому.

На жаль, питання психічного здоров'я ветеранів часто залишається недостатньо висвітленим у суспільному дискурсі, що призводить до недооцінки проблеми та відсутності адекватної підтримки з боку держави. Враховуючи це, дослідження психологічних чинників агресії у ветеранів з ПТСР набуває особливої актуальності, оскільки воно спрямоване на розуміння глибинних механізмів цього явища та розробку ефективних підходів до його корекції та профілактики.

Агресія, як частий симптом у ветеранів з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), вимагає глибокого розуміння та вивчення з боку психологічної науки. Це явище не тільки впливає на якість життя самих ветеранів, але й має значні соціальні наслідки. Дослідження психологічних чинників агресії у ветеранів з ПТСР дозволяє розробити більш ефективні методи лікування та реабілітації, спрямовані на зниження рівня агресивної поведінки та покращення загального психічного стану.

Вивчення агресії у контексті ПТСР допомагає краще зрозуміти взаємозв'язки між травматичними подіями, психологічними реакціями на

них та поведінковими наслідками. Це знання є ключовим для розробки нових підходів у психотерапії та психологічній підтримці ветеранів.

Соціальна значущість дослідження психологічних чинників агресії у ветеранів з ПТСР для українського суспільства не може бути переоцінена. Агресивна поведінка ветеранів, обумовлена ПТСР, впливає не тільки на їхні особисті життя, але й на благополуччя їхніх сімей, а також на соціальну гармонію в цілому. Вивчення цих чинників та розробка ефективних стратегій їх корекції є критично важливими для забезпечення психологічної підтримки ветеранів та сприяння їх успішній соціальній адаптації.

Важливим аспектом є також необхідність соціальної підтримки та інтеграції ветеранів у суспільство. Результати дослідження можуть бути використані для розробки програм соціальної реабілітації, які враховують психологічні особливості ветеранів з ПТСР. Це сприятиме підвищенню рівня їхньої соціальної інтеграції та зменшенню стигматизації ветеранів у суспільстві.

Дослідження сприяє формуванню громадської свідомості щодо проблем ветеранів та важливості психологічної допомоги в їхньому житті. Воно може вплинути на формування державної політики у сфері психічного здоров'я та соціальної підтримки ветеранів, сприяючи розробці та впровадженню ефективних програм допомоги. Таким чином, дослідження не тільки вносить вклад у наукове розуміння психологічних чинників агресії у ветеранів з ПТСР, але й має велике практичне значення для українського суспільства.

Вивчення психологічних чинників агресії у ветеранів з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) займає важливе місце в наукових дослідженнях, як у межах України, так і на міжнародному рівні. Значний внесок у розуміння ПТСР та пов'язаних з ним поведінкових реакцій зробили такі вчені, як Б. Ван дер Колк, Е. Блейх, Д. Шеперд та інші. Їхні роботи допомогли виявити зв'язок між травматичними подіями та розвитком

агресивної поведінки, а також визначити ключові фактори, що впливають на цей процес.

У вітчизняній психології ця тема також знаходить своє відображення в роботах вчених, таких як О. В. Засекіна, І. М. Кондратюк, Л. В. Судин, які досліджують психологічні аспекти ПТСР серед ветеранів, а також вивчають механізми розвитку агресії та її вплив на поведінку. Їхні дослідження вносять вагомий вклад у розуміння специфіки ПТСР у ветеранів, що є особливо актуальним у контексті сучасних військових конфліктів в Україні.

Проте, незважаючи на значний обсяг досліджень, проблема психологічних чинників агресії у ветеранів з ПТСР залишається недостатньо дослідженою. Існує потреба у подальшому вивченні цього феномену з метою розробки ефективних методів психологічної допомоги та соціальної адаптації ветеранів. Таким чином, обрана тема дослідження є актуальною та важливою для подальшого розвитку психологічної науки та практики.

Об'єктом дослідження є агресивні прояви особистості.

Предметом дослідження є психологічні чинники агресії у ветеранів з симптомами ПТСР.

Мета дослідження полягає у визначенні психологічних чинників агресії у ветеранів з симптомами ПТСР.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати теоретичні підходи до визначення понять «агресія» та «ПТСР».
2. Визначити відмінності в психічному здоров'ї у ветеранів з наявністю та відсутністю симптомів ПТСР.
3. Виявити відмінності в агресивних проявах у ветеранів з наявністю та відсутністю симптомів ПТСР.
4. Визначити взаємозв'язки індивідуально-психологічних характеристик, психічного здоров'я, симптомів ПТСР з агресивними проявами ветеранів.

5. Визначити психологічні чинники агресії у ветеранів з симптомами ПТСР.

6. Розробити практичні рекомендації щодо зниження агресивних проявів у ветеранів з симптомами ПТСР.

Методи дослідження включають теоретичні, емпіричні, математико-статистичні та інтерпретаційні методи.

Теоретичні методи: аналіз, синтез та узагальнення сучасних знань про агресію та її взаємозв'язок з симптоматикою ПТСР серед ветеранів.

Емпіричні методи: авторська дослідницька анкета, методика Басса-Даркі «Діагностика агресивних проявів особистості», методика Р. Лазаруса і С. Фолкман «Діагностика копінг-стратегій», міжнародний опитувальник Шкала-сприйманого стресу PSS-10 (Perceived Stress Scale-10, автор: Ш. Коен), опитувальник симптомів ПТСР-5 (автор: F.W. Weathers), опитувальник оцінки психічного здоров'я КМА-УДХ (автори: С. Богданов, Л. Мюррей), особистісний опитувальник ТІРІ-УКР (автори: М. Кліманська, І. Галецька).

Математико-статистичні методи: описова статистика, порівняння середніх значень за U-критерієм Манна-Уїтні, кореляційний аналіз за коефіцієнтом кореляції Ч. Спірмена, регресійний аналізи.

Інтерпретаційні методи: системний і комплексний.

Наукова новизна дослідження полягає в тому, що поглиблено уявлення про особливості взаємозв'язку між симптомами ПТСР та агресивними проявами ветеранів з урахуванням специфіки українського контексту.

Практичне значення отриманих результатів. Отримані емпіричні дані про особливості зв'язку між симптомами ПТСР та агресивними проявами ветеранів та розроблені практичні рекомендації щодо зниження агресивних проявів у ветеранів з симптомами ПТСР можуть бути корисними при читанні лекційних курсів з загальної психології, диференціальної психології та психофізіології, психології розвитку, соціальної психології, а

також при проведенні реабілітаційної та психокорекційної роботи з ветеранами.

Структура роботи. Дипломна робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (130 найменувань), додатків (2). Дипломна робота ілюстрована 28 таблицями і 3 рисунками. Основний обсяг дипломної роботи – 80 сторінок. Повний обсяг дипломної роботи – 106 сторінки.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ АГРЕСІЇ У ВЕТЕРАНІВ З СИМПТОМАМИ ПТСР

1.1. Поняття агресії та її видів у вітчизняній та зарубіжній літературі

Означення та загальне розуміння агресії, а також історичний розвиток концепції агресії в психології, є ключовими аспектами для розуміння цього складного явища. Агресія, як зазначає А. Archer, може бути розглянута з різних перспектив, включаючи її адаптивну цінність, філогенетичне походження, розвиток і мотиваційні механізми [20]. Ця багатогранність підходів відображає складність агресії як феномену, що включає біологічні, психологічні та соціальні компоненти.

R. Nelson і B. Trainor вказують на значення нейронних механізмів у формуванні агресивної поведінки, підкреслюючи, що агресія є результатом складної взаємодії генетичних, біологічних та навколишніх факторів [75]. Це допомагає зрозуміти, чому агресія може проявлятися різними способами в залежності від індивідуальних та ситуативних чинників.

Розвиток агресивної поведінки протягом дитинства був детально досліджений R. Tremblay, який вказує на зміну парадигм у вивченні агресії від інстинктивного до соціального навчання [120]. Важливість раннього дитинства в розвитку агресії підкреслюється також у роботі R. Tremblay, W. Hartup та J. Archer, де розглядаються різні аспекти розвитку агресії, включаючи генетичні та навколишні фактори.

Концепція агресії в гештальт-терапії, як зазначають T. Araujo та A. Holanda, має глибокі корені в психоаналітичній теорії, вказуючи на вплив S. Freud, W. Reich та інших на розуміння агресії [18]. Це підкреслює важливість історичного контексту в розвитку теорій агресії.

W. Warburton і C. Anderson в своїй роботі розглядають соціально-психологічні теорії агресії, підкреслюючи важливість таких моделей, як Загальна модель агресії (GAM), для інтеграції попередніх теорій та охоплення широкого спектру агресивних явищ [127].

N. Drndarević надає короткий огляд основних теорій агресії, включаючи психоаналітичну, етологічну, поведінкову та інші, вказуючи на історичний розвиток та зростаючу складність теорій агресії з часом [41].

M. Flanigan і S. Russo в своїй роботі акцентують увагу на сучасних дослідженнях агресії, включаючи нейробіологічні та психіатричні аспекти, що вказує на необхідність подальшого вивчення цього феномену для розробки нових методів лікування [47].

Історичний розвиток концепції агресії в психології відображає її багатогранність та складність, включаючи різні теоретичні підходи та дослідження, які допомагають краще зрозуміти це явище.

Психоаналітичний погляд на агресію, її біологічні основи та соціально-психологічні аспекти є ключовими для розуміння цього складного феномену. В контексті психоаналітичного підходу, T. Giacolini і U. Sabatello висвітлюють еволюційно-біологічні корені агресії, зокрема в контексті теорії S. Freud, вказуючи на важливість мотиваційно-емоційних систем у розумінні агресивної поведінки [50].

З біологічної точки зору, R. Nelson і B. Trainor досліджують нейронні механізми агресії, підкреслюючи роль генетичних, біологічних сигналів та нейронних мереж у розвитку та вираженні агресивної поведінки [75]. Це доповнюється роботою N. Drndarević, яка надає огляд основних теорій агресії, включаючи психоаналітичну теорію S. Freude та етологічну теорію A. Lourence [41].

J. Archer розглядає агресію з чотирьох перспектив, включаючи її адаптивну цінність та філогенетичне походження, що допомагає зрозуміти різні аспекти агресивної поведінки [20]. Важливість соціально-психологічних аспектів агресії підкреслюється у роботі W. Warburton і C. Anderson, яка

розглядає вплив особистісних, когнітивних та розвиткових факторів на агресію [127].

Дослідження генетичних аспектів агресії, як показано R. Anholt і T. Maskau, вказує на важливість генетичної архітектури у схильності до агресивної поведінки [17]. U. Krämer et al. досліджують нейронні кореляти реактивної агресії, використовуючи функціональну магнітно-резонансну томографію [62].

P. Asherson і B. Cormand в своїй роботі розглядають генетичні та нейробиологічні основи агресії, підкреслюючи необхідність розуміння різних шляхів до агресії для кращого цілеспрямованого лікування [22]. M. Flanigan і S. Russo підкреслюють важливість нових відкриттів у вивченні нейронних мереж, що лежать в основі агресії [47].

I. Neumann, A. Veenema і D. Weiderbeck розглядають зв'язок між агресією та тривогою, вказуючи на перетин між мозковими схемами та нейрохімічними системами, що регулюють агресію та тривогу [76]. Ці дослідження разом формують комплексне розуміння агресії, від психоаналітичних теорій до біологічних та соціально-психологічних аспектів, що є важливими для глибокого аналізу цього феномену.

Розрізнення між фізичною та вербальною агресією, а також між прямою та непрямую агресією, є важливим для розуміння різних форм агресивної поведінки. Фізична агресія включає в себе використання фізичної сили, тоді як вербальна агресія виражається через слова, які можуть бути образливими або загрозливими. K. Tapper і M. Boulton виявили, що діти різного віку та статі мають різні соціальні репрезентації фізичної, вербальної та непрямой агресії [113].

Пряма агресія відбувається відкрито та безпосередньо, тоді як непряма агресія включає в себе більш приховані форми, такі як плітки або ігнорування. J. Archer виявив, що чоловіки мають більшу схильність до прямої, особливо фізичної, агресії, тоді як жінки можуть використовувати більше непрямих форм агресії [19].

Щодо реактивної та інструментальної агресії, реактивна агресія є відповіддю на сприйняту загрозу або провокацію, тоді як інструментальна агресія є більш обдуманною та спрямованою на досягнення певної мети. К. Björkqvist вказує на генетичні детермінанти як фізичної, так і непрямой агресії, підкреслюючи, що обидва типи агресії можуть надавати еволюційні переваги [27].

Дослідження С. Kiewitz і J. Weaver з використанням опитувальника агресії демонструє, як різні форми агресії можуть бути виміряні та оцінені [57]. N. Hess і E. Hagen виявили, що жінки мають сильніше бажання до непрямой агресії, ніж чоловіки, навіть після контролю за сприйняттям соціальних норм та схвалення [54].

N. Card et al. провели мета-аналітичний огляд, який підтвердив наявність статевих відмінностей у прямій агресії та незначні статеві відмінності у непрямій агресії [34]. J. Archer і S. Coyne вказують на те, що пряма, реляційна та соціальна агресія є суттєво схожими формами агресії [21].

К. Tapper і M. Boulton виявили, що хоча хлопці виявляють більше фізичної агресії, дівчата використовують більше непрямой агресії [114]. С. Salmivalli, А. Kaukiainen і К. Lagerspetz виявили, що використання непрямой агресії може сприяти соціальному прийняттю серед однолітків, особливо серед хлопців [93].

N. Thomson et al. дослідили, як різні грані психопатії можуть передбачати агресивну поведінку у чоловіків та жінок, контролюючи важливі фактори ризику, такі як розлад антисоціальної особистості [118].

Ці дослідження разом формують комплексне розуміння різних форм агресії, включаючи фізичну, вербальну, пряму, пряму, реактивну та інструментальну агресію, з особливим акцентом на гендерні відмінності та вікові особливості.

Українські дослідження агресії та їх міжнародний контекст відіграють важливу роль у розумінні цього феномену. В науковій практиці

досліджується дискурс агресивності в українському щоденному дискурсі, підкреслюючи, що вербальна агресія є найбільш помітною в контексті повсякденного дискурсу. Це дослідження вказує на значення мовних засобів у реалізації агресивної поведінки.

М. Lunov et al. аналізують вплив російської військової агресії на психологічне здоров'я української молоді, вказуючи на важливість адаптаційного потенціалу та соціально-психологічної безпеки молодих людей у контексті військових дій [65].

Е. Pollman розглядає злочин агресії та випадок України, аналізуючи міжнародні кризи та захист прав людини в контексті міжнародного кримінального правосуддя [87]. Це дослідження підкреслює важливість міжнародного права у регулюванні агресії.

К. O'Leary et al. проводять описову епідеміологію агресії між партнерами в Україні, виявляючи ризикові фактори та вплив на сімейні відносини [80]. Це дослідження вказує на значення сімейного контексту в розумінні агресії.

В. Коцур та інші аналізують питання безпеки на європейському континенті в умовах російської агресії проти України, розглядаючи політичне значення цих дій [9].

О. Руденко та інші оцінюють вплив російської військової агресії проти України на сферу освіти та науки, пропонуючи стратегії та тактики для розвитку освіти та науки в країні після завершення агресії [68].

Досліджується широкий спектр підходів до вивчення агресії, від мовного аналізу до впливу військових конфліктів на різні аспекти суспільного життя, підкреслюючи важливість комплексного підходу до розуміння цього феномену.

Синтез основних теоретичних підходів до агресії та їх важливість для дослідження ветеранів з ПТСР є ключовим для розуміння цього складного феномену. Дослідження С. Taft et al. підкреслює, що агресивна поведінка серед ветеранів часто пов'язана з впливом бойового досвіду та симптомами

ПТСР, дисфорії та тривоги [109]. Це демонструє, як військовий досвід може впливати на психологічне здоров'я та поведінку.

H. Shin et al. виявили, що зміни у важкості симптомів ПТСР значно пов'язані зі змінами в агресивній поведінці серед ветеранів, що підкреслює важливість моніторингу та лікування ПТСР для запобігання агресії [99]. J. Hellmuth et al. вказують на прямі та непрямі зв'язки між симптомами ПТСР та суїцидальними думками та загальною агресією, з акцентом на депресію, зловживання алкоголем та гнів як медіатори [53].

L. Crocker et al. досліджують роль сорому та пов'язаної з травмою провини як медіаторів між симптомами ПТСР та агресією, підкреслюючи складність емоційних реакцій, які можуть впливати на поведінку ветеранів [38]. S. Taft et al. виявили, що симптоми ПТСР та депресії пов'язані з агресією у різних формах, зокрема у відносинах з партнерами та у загальній поведінці [112].

J. Teten et al. виявили, що імпульсивна агресія, а не гнів чи ворожість, значно передбачає діагноз ПТСР, що вказує на важливість розрізнення між різними типами агресії [117]. S. Miles et al. розглядають дисрегуляцію емоцій як основний механізм імпульсивної агресії, пропонуючи, що навчання навичкам регуляції емоцій може зменшити агресію серед ветеранів [72].

Від фізичної до вербальної, від прямої до непрямой, агресія має численні обличчя, кожне з яких має свої особливості та контекстуальні детермінанти. Розуміння цих різних аспектів агресії є критично важливим для глибокого аналізу поведінкових реакцій, особливо серед ветеранів з ПТСР.

Сучасні дослідження вказують на те, що агресія не є однорідним явищем, а скоріше комплексною взаємодією біологічних, психологічних та соціальних факторів. У контексті ветеранів з ПТСР, агресія часто пов'язана з травматичними переживаннями, емоційною дисрегуляцією та психологічними розладами, такими як депресія та тривога. Це вимагає інтегрованого підходу до лікування та підтримки, який враховує як психологічні, так і соціальні аспекти агресії.

Огляд літератури також підкреслює важливість культурного та контекстуального розуміння агресії. Різні суспільства та культури можуть мати різні норми та уявлення про агресивну поведінку, що впливає на її сприйняття та оцінку. Врахування цих аспектів є важливим для розробки ефективних стратегій втручання та підтримки.

Глибоке розуміння агресії та її різних форм є ключовим для розробки ефективних підходів до діагностики, лікування та підтримки осіб, які страждають від ПТСР, особливо серед ветеранів. Це вимагає комплексного підходу, який включає як теоретичне розуміння, так і практичне застосування знань для поліпшення якості життя та благополуччя цих осіб.

1.2. Особливості та діагностика посттравматичного стресового розладу

Історичний огляд та розвиток концепції посттравматичного стресового розладу (ПТСР) відображає еволюцію розуміння цього стану від ранніх описів до сучасної діагностики. Р. McHugh і J. Treisman розглядають ПТСР як проблематичну діагностичну категорію, яка з часу введення в DSM-III стала домінуючою темою в психічному здоров'ї [69]. Цей розвиток було підтримано офіційним припущенням про існування ПТСР у різних формах, включаючи гострі, хронічні, затримані, складні та навіть «масковані» форми.

А. Maercker et al. описують пропозиції щодо класифікації та групування розладів, пов'язаних із стресом, у майбутньому 11-му перегляді Міжнародної класифікації хвороб (ICD-11) [68]. Ці пропозиції включають вузьке розуміння ПТСР, нову категорію складного ПТСР, новий діагноз тривалого розладу горя, значну ревізію «розладу адаптації» та концептуалізацію «гострої стресової реакції».

S. Schestatsky et al. розглядають історичну еволюцію концепції ПТСР, у зв'язок між травматичними подіями та симптомами істерії [95, с.8–11]. Вони

також описують внесок S. Freud у інтеграцію внутрішньопсихічних та навколишніх вимірів.

R. Pitman et al. досліджують біологічні дослідження ПТСР, підкреслюючи, що ПТСР є єдиним великим психічним розладом, для якого вважається відомою причина: подія, що включає загрозу фізичній цілісності себе чи інших [86].

M. Olf, W. Langeland та B. Gersons досліджують психобіологію ПТСР як потенційну допомогу у розумінні адаптації до психосоціальних стресорів та підтримці зусиль щодо лікування психологічних та біологічних наслідків [81].

A. Shalev, I. Liberzon та C. Marmar розглядають ПТСР як серйозний психологічний стан, що виникає в результаті переживання травматичної події [96]. Вони вказують на значний вплив ПТСР на кримінальне та цивільне правосуддя.

G. Bonanno та A. Mancini розглядають обмеження існуючих підходів до вивчення ПТСР та закликають до ширшого теоретичного підходу, який враховує природну гетерогенність реакцій на травму [30].

A. Simonelli описує ПТСР у ранньому дитинстві, підкреслюючи необхідність врахування кількох факторів для розуміння симптомів дитини, організації діагностичного процесу та реалізації клінічних втручань [101].

D. Lee, P. Scragg та S. Turner висвітлюють потребу врахування інших емоційних відповідей, зокрема сорому та провини, при оцінці та лікуванні ПТСР [64].

A. Ehlers та D. Clark пропонують когнітивну модель ПТСР, яка вказує, що ПТСР стає стійким, коли особи обробляють травму таким чином, що виникає відчуття серйозної, поточної загрози [44].

Психологічні аспекти етіології посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та його біологічні механізми є ключовими для розуміння цього складного розладу. Дослідження R. Pitman et al. підкреслює, що ПТСР є єдиним великим психічним розладом, для якого вважається відомою

причина: подія, що включає загрозу фізичній цілісності себе чи інших [86]. Вчені вказують на необхідність розуміння впливу психологічної травми на органічному, клітинному та молекулярному рівнях.

M. Olf et al. досліджують психобіологію ПТСР, вказуючи на важливість когнітивної оцінки та справляння зі стресом як потенційних джерел індивідуальних відмінностей у нейроендокринологічній відповіді на стрес, а також у психічному здоров'ї [81].

R. Sripada et al. аналізують психологічні механізми ПТСР та його лікування, фокусуючись на чотирьох потенційних механізмах: емоційному залученні, екстинкції та контекстуалізації, толерантності до стресу та негативних посттравматичних когніціях [105].

J. Vomyea et al. розглядають різні біологічні та когнітивні фактори, які можуть бути вразливостями до ПТСР до фактичного переживання травми, включаючи генетичні дослідження систем, що регулюють серотонін, катехоламіни та глюкокортикоїди, а також аспекти нейроендокринної системи [29].

T. Jovanović та K. Ressler зосереджуються на тому, як нейроциркуїт та генетика інгібування страху можуть інформувати наше розуміння ПТСР, вказуючи на генетичні та нейробіологічні фактори, що впливають на вразливість та стійкість після травми [56].

C. Xue et al. провели мета-аналіз ризикових факторів для бойового ПТСР серед військових та ветеранів, виявивши значну кількість предикторів ПТСР [130].

R. McNally досліджує психологічні механізми в гострій реакції на травму, вказуючи на важливість розуміння індивідуальних відмінностей, що впливають на розвиток ПТСР [70].

D. Trickey et al. провели мета-аналіз ризикових факторів для ПТСР у дітей та підлітків, підкреслюючи важливість суб'єктивних факторів перед та після травми [122].

Проаналізовані дослідження вказують на складність взаємодії психологічних та біологічних факторів у розвитку ПТСР, підкреслюючи важливість комплексного підходу до розуміння та лікування цього розладу.

Основні симптоматичні кластери посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та індивідуальні варіації у їх проявах є ключовими для розуміння цього складного розладу. Дослідження S. Taylor, G. Asmundson, і R. Carleton виявило, що ПТСР може бути розділений на простий та складний типи, з різними характеристиками та потребами у лікуванні [115]. M. Tursich et al. дослідили внутрішню мережеву зв'язність, пов'язану з різними симптоматичними кластерами ПТСР, підкреслюючи, що різні симптоми мають різні нейробіологічні кореляти [124].

V. Carrion et al. вивчали феноменологію симптомів ПТСР у дітей та підлітків, виявивши, що частота та інтенсивність симптомів можуть відрізнятися в залежності від віку та стадії розвитку [35]. S. Park, J. George, і B. Williams виявили, що пацієнти в амбулаторній травматичній клініці частіше відзначали симптоми інтрузій та змін у збудженні та реактивності, ніж уникнення та негативні зміни в когніціях та настрої [83].

A. Contractor et al. досліджували взаємозв'язки між кластерами симптомів ПТСР та депресії, виявивши, що дисфорична збудженість ПТСР сильно пов'язана з соматичною депресією [37]. S. Norrholm і T. Jovanović розглядали терапевтичні стратегії для лікування різних симптоматичних кластерів ПТСР, підкреслюючи необхідність індивідуалізованого підходу [77].

J. Hellmuth et al. моделювали взаємозв'язки між кластерами симптомів ПТСР, зловживанням алкоголем, гнівом та депресією, виявивши, що деякі кластери ПТСР мають прямий та опосередкований вплив на агресію та суїцидальні думки [53]. G. Asmundson, J. Stapleton, і S. Taylor досліджували, чи є уникнення та онімічність окремими кластерами симптомів ПТСР, виявивши, що вони мають різні кореляції з депресією та фізіологічними індексами уваги [23].

N. Spaegele, T. Lewin, і A. Talmon вивчали моделі травматичних симптомів у великій вибірці військовослужбовців-амбулаторів, виявивши різні взаємозв'язки між травматичним впливом, депресією та симптомами тривоги [104].

Інструменти та підходи до діагностики посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та їх важливість для точної діагностики відіграють ключову роль у забезпеченні ефективного лікування та підтримки пацієнтів. K. Treadwell і E. Foa наголошують на важливості точної оцінки ПТСР, включаючи визначення ступеня симптомів для встановлення діагнозу ПТСР [119]. Вони також розглядають загальні проблеми, пов'язані з оцінкою ПТСР, такі як депресія, ритуалізовані поведінки та зловживання речовинами.

M. Bovin і F. Weathers описують різні інструменти оцінки ПТСР для дорослих, які пережили травму, включаючи структуровані інтерв'ю, самооцінювальні заходи та біологічні методи, з акцентом на оновлення, що відображають нові критерії ПТСР у DSM-5 [31].

S. Orr і W. Roth вивчають психофізіологічну оцінку як цінний інструмент клінічного та теоретичного вивчення ПТСР, підкреслюючи, що підвищена фізіологічна реактивність на травматичні подразники є важливим індикатором діагнозу ПТСР [82].

J. Peirce et al. порівнюють поведінково-специфічний багатоелементний інструмент оцінки травматичних подій з одноелементним вимірюванням, виявляючи, що більш всеосяжний підхід значно збільшує ідентифікацію потенційних травматичних подій та діагнозів ПТСР [85].

E. Foa, T. Keane, і M. Friedman розробили набір рекомендацій для лікування ПТСР, заснованих на широкому огляді клінічної та дослідницької літератури, що включає в себе оцінку та формулювання проблем пацієнтів [48].

V. Strand, T. Sarmiento, і L. Pasquale розглядають інструменти оцінки та скринінгу травм у дітей та підлітків, вказуючи на необхідність ретельної та точної оцінки травми для впровадження відповідних втручань [106].

G. Simonelli і A. Mancini вказують на обмеження існуючих підходів до вивчення ПТСР та закликають до ширшого теоретичного підходу, який враховує природну гетерогенність реакцій на травму [101].

B. Dulisse, M. Logan, і A. Hazelwood досліджують використання інструментів оцінки ПТСР у в'язничному середовищі США, виявляючи, що точна діагностика в таких умовах є складною, але важливою для забезпечення адекватного лікування та підтримки ув'язнених. Їх робота підкреслює необхідність адаптації діагностичних інструментів до специфічних умов та потреб цієї популяції [42].

F. Weathers, T. Keane, і J. Davidson проводять огляд досліджень, присвячених Клінічно-адміністрованій шкалі ПТСР (CAPS), яка є золотим стандартом у діагностиці ПТСР. Вони відзначають, що CAPS ефективно виявляє симптоми ПТСР та їх вплив на функціонування особистості, що є важливим для точної діагностики та планування лікування [128].

Ці дослідження підкреслюють важливість використання надійних та валідних інструментів для оцінки ПТСР, а також необхідність комплексного підходу до діагностики, який враховує різноманітність симптомів та їх вплив на життя пацієнтів. Точна діагностика є ключовою для розробки ефективних стратегій лікування та підтримки осіб з ПТСР.

Висновки та імплікації для дослідження агресії, а також перспективи подальших досліджень у цій області, відіграють важливу роль у розумінні взаємозв'язку між ПТСР та агресивною поведінкою. R. Nelson і B. Trainor вказують на складні нейронні механізми агресії, які можуть мати значний вплив на людське суспільство, особливо коли агресія виходить з-під контролю [75]. Це відкриває можливості для терапевтичного втручання у випадках екстремальних агресивних спалахів.

Вчені розглядають взаємозв'язок між різними типами агресії та пов'язаними з ними психологічними конструктами, такими як гнів, ворожість та імпульсивність. Це дослідження підкреслює важливість розуміння різних аспектів агресії для розробки ефективних стратегій втручання. Також

проводять комплексний огляд взаємозв'язку між особистісними характеристиками та агресивною поведінкою, виявляючи, що деякі особистісні змінні впливають на агресивну поведінку як у нейтральних, так і у провокуючих умовах.

P. Scragg і S. Turner проводять мета-аналіз досліджень агресії на робочому місці, виявляючи, що як індивідуальні, так і ситуативні фактори є прогностичними для агресії, і що шаблони прогнозування специфічні для цілі агресії [64].

C. Kiewitz і J. розглядають Агресійний опитувальник як інструмент для вимірювання агресивних тенденцій, що може бути корисним у дослідженнях агресії [57].

W. Warburton, C. Anderson обговорюють загальну модель агресії (GAM), яка вважається всеосяжною та інтегративною рамкою для розуміння агресії, враховуючи роль соціальних, когнітивних, особистісних, розвиткових та біологічних факторів [127].

A. Angkaw et al. досліджують психологічну структуру агресії в різних культурах, виявляючи потенційно універсальні виміри агресії, а також культурну специфіку у сприйнятті агресивної поведінки [16].

D. Begić і N. Jokić-Begić вивчають зв'язок між індивідуальними відмінностями та випадками агресії на робочому місці, виявляючи, що такі змінні, як гнів, стиль атрибуції, негативна афективність, ставлення до помсти, самоконтроль та попередній досвід агресивних культур, можуть пояснити значну частину варіативності у самоповідомленій агресії на робочому місці [25].

Розуміння психологічних та біологічних аспектів ПТСР, а також індивідуальних варіацій у проявах цього розладу, є критично важливим для розробки ефективних стратегій лікування та підтримки. Точна діагностика, яка включає використання надійних інструментів оцінки та комплексний підхід до оцінки симптомів, є ключовою для ідентифікації та лікування ПТСР.

Сучасні дослідження вказують на необхідність подальшого вивчення взаємозв'язку між ПТСР та іншими психологічними розладами, такими як агресія, а також на важливість розуміння впливу культурних та контекстуальних факторів на прояви та лікування ПТСР. Особлива увага повинна бути приділена розробці індивідуалізованих підходів до лікування, які враховують унікальні потреби кожного пацієнта.

1.3. Особливості агресивних проявів у ветеранів з симптомами ПТСР

Агресія серед ветеранів, особливо тих, хто страждає від посттравматичного стресового розладу (ПТСР), є складною та багатогранною проблемою. Дослідження С. Taft et al. виявило, що агресивна поведінка посилюється серед ветеранів з ПТСР, особливо тих, хто мав високий рівень бойового досвіду [109]. Це підкреслює важливість розуміння взаємозв'язку між бойовим досвідом, симптомами ПТСР та агресією.

С. Taft et al. виявили, що симптоми гіперзбудження ПТСР мають найсильніший позитивний зв'язок з агресією [109]. Це вказує на те, що певні симптоми ПТСР можуть сприяти агресивній поведінці, особливо коли вони пов'язані з алкогольними проблемами.

Shin et al. досліджували довгострокові ефекти клінічних та лікувальних факторів на агресивну поведінку серед ветеранів, які шукали допомоги через ПТСР [99]. Вони виявили, що зміни у тяжкості ПТСР були значно пов'язані зі змінами в агресивній поведінці.

Teten et al. виявили, що імпульсивна агресія є домінуючою формою агресії серед ветеранів з ПТСР, і що гнів та ворожість не є значними прогностичними факторами ПТСР, коли імпульсивна агресія також включена як прогностичний фактор [117].

A. Angkaw et al. досліджували вплив депресивних симптомів на зв'язок між ПТСР та різними формами агресії серед ветеранів операцій OEF/OIF.

Вони виявили, що депресивні симптоми частково у зв'язку між ПТСР та вербальною агресією та фізичною агресією до себе [16].

D. Begic і N. Jokić-Begić виявили, що агресивна поведінка значно частіше спостерігається серед ветеранів з ПТСР порівняно з тими, хто не має ПТСР. Вони також виявили, що різні типи агресії часто поєднуються, з домінуванням вербальної агресії та імпульсивних соматичних реакцій [25].

E. Van Voorhees et al. вивчали внутрішню та зовнішню структуру особистості у ветеранів з ПТСР, виявивши, що зовнішні фактори пояснюють унікальну варіативність у агресії поза симптомами ПТСР [125].

S. Miles et al. досліджували взаємозв'язок між емоційною дисрегуляцією та імпульсивною агресією у ветеранів з симптомами ПТСР, виявивши, що емоційна дисрегуляція значно пов'язана з імпульсивною агресією [71]. Це підкреслює, що порушення у регуляції емоцій може сприяти агресивній поведінці серед ветеранів з ПТСР.

C. Taft et al. досліджували агресію у відносинах серед ветеранів, які звернулися за допомогою через ПТСР, виявивши, що агресія у відносинах була пов'язана з вищими рівнями симптомів ПТСР, депресії та зловживання алкоголем [112].

L. Crocker et al. досліджували роль сорому та провини, пов'язаних з травмою, як медіаторів у зв'язку між симптомами ПТСР та агресією. Вони виявили, що сором та провини можуть сприяти агресивній поведінці у ветеранів з ПТСР [38].

Травматичні переживання та їх вплив на агресивну поведінку, особливо серед ветеранів з симптомами ПТСР, є предметом значної уваги у сучасних дослідженнях. Важливу роль у цьому контексті відіграє емоційна дисрегуляція та стрес. Miles et al. виявили, що емоційна дисрегуляція є медіатором між травматичним досвідом та агресією у молодих жінок, підкреслюючи, що не всі, хто пережив травму, стають агресивними, що свідчить про важливість не-травматичних факторів, таких як емоційна дисрегуляція, у формуванні агресивної поведінки [73].

Y. Dvir et al. вказують на те, що труднощі з регуляцією емоцій є сильно пов'язаними з дитячими травмами та емоційною дисрегуляцією, яка може бути особливо важливим фактором у розвитку та підтримці дисоціативних симптомів [43]. M. Tull et al. виявили, що уникнення переживань (тобто експериментальна уникнення) та активне придушення емоційного вираження можуть посилювати дисрегуляцію емоцій, збільшуючи ризик агресивної поведінки, оскільки особи намагаються регулювати цей дисрегульований стан [123].

A. Raudales et al. досліджували роль емоційної дисрегуляції у негативній реактивності на травматичні подразники, виявивши, що більша емоційна дисрегуляція пов'язана з підвищеною реактивністю негативних емоцій через симптоми переживання ПТСР [91].

H. Daddomo et al. вказують на те, що емоційна дисрегуляція може походити від ранніх міжособистісних травм у дитинстві, які створюють тривалу сенситизацію центральної нервової системи щодо ранніх стресових подій [39]. Це підкреслює важливість розуміння ролі емоційної дисрегуляції у відповіді на травму.

N. Weiss et al. виявили, що емоційна дисрегуляція повністю медіює зв'язок між ПТСР та імпульсивними поведінками [129]. Це підкреслює релевантність емоційної дисрегуляції для імпульсивних поведінок і свідчить про те, що лікування, яке цілиться на емоційну дисрегуляцію, може бути корисним у зменшенні імпульсивних поведінок серед пацієнтів з ПТСР.

Вплив посттравматичного стресового розладу (ПТСР) на мозкові структури та функції, а також гормональні та генетичні фактори агресії, є ключовими аспектами у розумінні агресивних проявів у ветеранів. Дослідження C. Taft, S. Creech, і C. Murphy підкреслює, що злість та агресія, пов'язані з ПТСР, мають значний негативний вплив, особливо в контексті соціальної інформаційної обробки. Вони також вказують на потенційні механізми цих взаємозв'язків та розглядають можливості лікування [108].

S. Smerin, A. Chen, і Li розглядають нейрофізіологію агресії в контексті ПТСР, вказуючи на складність зв'язку між агресією та ПТСР [103]. Вони підкреслюють, що ПТСР може бути пов'язаний з підвищеною агресивністю через «періодичний вибухливий гнів», що має серйозні наслідки.

K. Skelton et al. досліджують генетичні варіанти, пов'язані з ПТСР, вказуючи на нові шляхи та нові міркування щодо впливу ПТСР на генетичні фактори [102]. Це дослідження розширює розуміння генетичних основ ПТСР та їх впливу на поведінкові реакції.

J. Rodenburg et al. розглядають епідеміологію, етіологію та клінічну практику ПТСР, злості та агресії. Вони вказують на зв'язок між ПТСР та агресією, особливо в контексті гіперзбудження, яке включає знижений поріг для загрози [92].

J. Bremner досліджує вплив травматичного стресу на мозок, включаючи тривалі зміни в таких мозкових областях, як амігдала, гіпокамп і префронтальна кора. Ці зміни можуть бути пов'язані з підвищеним рівнем кортизолу та норадреналіну у відповідь на подальші стресори [32].

D. Moser et al. вивчають вплив ПТСР, пов'язаного з насильством, на активацію мозку під час спостереження за емоційно зарядженими взаємодіями між чоловіками та жінками. Вони виявили, що учасники з ПТСР, пов'язаним з насильством, демонстрували підвищену активацію в областях мозку, які відповідають за обробку емоцій та соціальної інформації, що може вказувати на змінену реакцію на соціальні сигнали та потенційно сприяти агресивній поведінці [74].

Вплив соціального оточення та культурних норм, а також роль соціальної підтримки та стигматизації, є значущими факторами у контексті агресивних проявів у ветеранів з симптомами ПТСР. Дослідження В. Major і L. O'Brien підкреслює, що стигма безпосередньо впливає на стигматизованих через механізми дискримінації, підтвердження очікувань та автоматичної активації стереотипів. Вони також вказують на непрямий вплив через загрози особистій та соціальній ідентичності [67].

D. Kondrat et al. досліджують, як сприймана соціальна підтримка може бути психологічним процесом, який змінюється взаємодіями з зовнішнім світом, включаючи стресові взаємодії. Вони виявили, що сприймана соціальна підтримка медіює взаємозв'язок між впливом пережитої дискримінації та психічним здоров'ям [61].

S. Saracevic і B. Schlegelmilch документують дослідження про вплив соціальних норм на проекологічну поведінку споживачів, з акцентом на роль культури та самоідентифікації. Вони виявили, що культурні відмінності можуть впливати на те, як люди використовують свої соціальні мережі підтримки [94].

J. Chronister, C. Chou, і H. Liao розглядають роль стратегій подолання стигми та соціальної підтримки у медіації впливу суспільної стигми на внутрішню стигму, відновлення психічного здоров'я та якість життя людей з серйозними психічними захворюваннями [36].

F. Galvan et al. досліджують взаємозв'язок між сприйманою соціальною підтримкою та сприйманою стигмою ВІЛ серед афроамериканців, які живуть з ВІЛ. Вони виявили, що висока сприймана соціальна підтримка від друзів пов'язана з меншою сприйманою стигмою ВІЛ [49].

M. Birtel, L. Wood, і N. Kempa досліджують, як сприймана стигма впливає на осіб з розладами, пов'язаними з вживанням речовин, та як внутрішня стигма та сором є механізмами, які пов'язують соціальну підтримку з кращим психічним здоров'ям та благополуччям [26].

H. Kim, D. Sherman, і S. Taylor розглядають культурні відмінності у використанні соціальних мереж підтримки, вказуючи на те, що азіати та азіатські американці можуть бути більш неохочими до явного прохання про підтримку від близьких через турботу про потенційно негативні міжособистісні наслідки таких дій [58].

Важливо враховувати ці аспекти при розробці індивідуалізованих підходів до лікування, які враховують унікальні потреби кожного ветерана. Дослідження A. Kivisto et al. показало, що симптоми ПТСР позитивно

пов'язані з агресією, що підтверджує необхідність подальшого вивчення потенційних медіаторів та модераторів цього зв'язку [59]. С. Taft, S. Creech, і С. Murphy зосередили увагу на зв'язку між травмою, ПТСР та агресією, особливо з огляду на соціальну інформаційну обробку, та запропонували розглядати агресію в контексті моделі, що включає спонукальні, провокуючі та дезінгібуючі фактори [108].

Дослідження С. О'Donnell et al. виявило, що як вербальна, так і фізична агресія серед ветеранів значно корелюють з тяжкістю травматичних переживань та симптомами ПТСР [79]. С. Taft et al. підкреслили, що симптоми ПТСР безпосередньо пов'язані з агресією, а також опосередковано через дисфоричні симптоми [110]. С. Taft et al. провели мета-аналіз, який підтвердив середній розмір зв'язку між ПТСР та проблемами у стосунках, включаючи фізичну та психологічну агресію [111].

Завдяки аналізу наукових джерел виявлено, що агресія у ветеранів з ПТСР часто є результатом взаємодії між травматичними переживаннями, емоційною дисрегуляцією, змінами в мозкових структурах та функціях, а також соціальними та культурними факторами. Важливу роль відіграє соціальна підтримка та стигматизація, які можуть або сприяти адаптації, або поглиблювати проблеми поведінки.

Дослідження підкреслюють, що для розуміння та лікування агресії у ветеранів з ПТСР необхідний комплексний підхід, який враховує як біологічні, так і психосоціальні аспекти. Важливо розробляти індивідуалізовані стратегії лікування, які включають психотерапію, фармакотерапію, а також підтримку в соціальному та культурному контекстах.

Майбутні дослідження повинні зосередитися на детальному вивченні механізмів, які сприяють розвитку агресивної поведінки у ветеранів з ПТСР, а також на розробці ефективних методів запобігання та лікування. Особливу увагу слід приділити впливу соціальних та культурних факторів, а також

розробці стратегій зменшення стигматизації та підвищення рівня соціальної підтримки для цієї групи.

Висновки до першого розділу

Аналіз поняття агресії та її видів у вітчизняній та зарубіжній літературі вказує, що агресія є багатограним явищем, яке охоплює різні форми та має різноманітні причини. Психоаналітичні, біологічні та соціально-психологічні теорії надають різні перспективи для розуміння агресії, підкреслюючи важливість врахування культурних та індивідуальних відмінностей.

Посттравматичний стресовий розлад включає різноманітні симптоми та етіологію. Точна діагностика та комплексна оцінка є ключовими для ефективного лікування та підтримки осіб з ПТСР. Вивчення особливостей агресивних проявів у ветеранів з симптомами ПТСР допомогло встановити, що агресія може бути викликана різними факторами, включаючи емоційну дисрегуляцію, зміни в мозкових структурах та функціях, а також соціальними та культурними аспектами. Соціальна підтримка та вплив стигматизації також відіграють значну роль у формуванні поведінкових реакцій ветеранів.

Важливо розробляти індивідуалізовані стратегії лікування, які включають психотерапевтичні втручання, фармакотерапію, а також підтримку соціальних мереж і спільнот. Також необхідно звертати увагу на зменшення стигми, пов'язаної з ПТСР та агресією, щоб полегшити доступ до допомоги та підтримки для ветеранів. Майбутні дослідження повинні продовжувати вивчати психологічні механізми, які знаходяться в основі взаємозв'язку між ПТСР та агресією, а також розробляти нові методи лікування та підтримки для ветеранів.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ТА ПРОЦЕДУРА ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ АГРЕСІЇ У ВЕТЕРАНІВ З СИМПТОМАМИ ПТСР

2.1. Методи емпіричного дослідження

Враховуючи складність та багатогранність теми, важливо використовувати комплексний підхід, який дозволяє оцінити різні аспекти агресивної поведінки та її зв'язок з ПТСР. Вибрані методики повинні відповідати специфіці досліджуваної групи, бути чутливими до особливостей ветеранів та забезпечувати можливість глибокого аналізу як кількісних, так і якісних характеристик досліджуваних феноменів.

У цьому контексті, використання авторської дослідницької анкети, спеціалізованих опитувальників, таких як Басса-Даркі для діагностики агресивних проявів особистості, Р. Лазаруса і С. Фолкман для діагностики копінг-стратегій, а також інструментів для оцінки сприйманого стресу та симптомів ПТСР, є важливим для всебічного збору даних. Ці методики дозволяють оцінити не тільки поведінкові прояви агресії, але й внутрішні психологічні механізми, емоційні стани та стратегії адаптації, які можуть впливати на поведінку ветеранів. Використання онлайн-платформ для проведення опитувань сприяє зручності учасників та забезпечує ширший охоплення респондентів. Інтеграція таких платформ із сучасними інструментами аналізу даних, зокрема програмами для аналізу, дозволить зробити дослідження більш глибоким.

Інструментальна карта дослідження

№	Назва	Автор/адаптація	Показники	Змінні/Питання
1	Авторська дослідницька анкета		Демографічні дані; оцінка важкості травмування	«Скільки Вам років?»; «Яка у Вас стать?»; «Де Ви проживаєте? (місто/село та назву населеного пункту)»; «Який у Вас освітній рівень?»; «Яка у Вас актуальна зайнятість? (Чи працюєте зараз?)»; «Який у Вас сімейний статус?»; «Чи є у Вас діти?»; «Якщо Ваша відповідь «так», тоді дайте відповідь на це запитання. Скільки у Вас дітей?»; «Зазначене свій стаж служби в місяцях»; «Чи зазнавали Ви травмування під час виконання своїх військових обов'язків?»; «Оцініть важкість травмування від 1 до 10, де 1 – «незначне», 10 – «дуже важке»; «Чи проходили Ви реабілітацію пов'язану з Вашим травмуванням?»; «Чи було у Вас діагностовано ПТСР?»

2	Методика «Діагностика агресивних проявів особистості»	А. Басс та А. Даркі, адаптація А. Осницького	Агресивні прояви	фізична агресія; непрямая агресія; роздратування; негативізм; образа; підозрілість; вербальна агресія; почуття провини; індекс ворожості; індекс агресивності
3	Методика «Діагностика копінг- стратегій»	Р. Лазарус та С. Фолкман Адаптація Т. Крюкової	Копінг- стратегії	позитивна переоцінка; планування вирішення проблеми; уникнення; прийняття відповідальності; пошук соціальної підтримки; самоконтроль; дистанціювання; конфронтаційний копінг
4	Шкала- сприйманого стресу PSS-10	Ш. Коен. Адаптація: О. Вельдбрехт та Н. Тавровецька	Стрес	шкала сприйманого стресу
5	Опитувальник симптомів ПТСР-5	Національний центр ПТСР США Адаптація А. Карачевського	Симптоматика ПТСР	критерій В, симптоми інтрузії; критерій С, симптоми уникнення; критерій D, негативні думки та емоцій; критерій Е, симптоми надмірної реактивності; показник ймовірності ПТСР
6	Опитувальник оцінки психічного здоров'я	С. Богданов	Скринінг психічного стану	депресія; посттравматичний стрес; вживання алкоголю; тривога

	КМА-УДХ (МНАІ)			
7	Особистісний опитувальник TIPI-UKR	С.Гослінг, П.Ренфр, В.Свонн Адаптація М. Кліманської та І. Галецької	Особистісні риси	екстраверсія; дружелюбність; добросовісність; емоційна стабільність; відкритість новому досвіду

Авторська дослідницька анкета, розроблена спеціально для цього дослідження, є важливим інструментом для збору первинних даних про ветеранів з симптомами ПТСР. Ця анкета була спрямована на отримання загальної інформації про респондентів, включаючи демографічні дані, освітній рівень, сімейний статус, наявність дітей, а також специфічні відомості, пов'язані з військовою службою та пережитими травмами. Запитання анкети охоплювали широкий спектр тем, від особистих характеристик до деталей військового досвіду, що дозволяло отримати комплексне уявлення про життєвий шлях та досвід учасників.

Використання такої анкети дозволило зібрати важливу інформацію, яка могла бути використана для виявлення зв'язків між різними аспектами життя ветеранів та їхньою агресивною поведінкою або симптомами ПТСР. Наприклад, відомості про стаж служби, пережиті травми та їх важкість могли допомогти зрозуміти, як військовий досвід впливає на психічне здоров'я та поведінку. Також важливим було вивчення реабілітаційних заходів, які пройшли ветерани, та їхнього впливу на процес відновлення.

Застосування авторської дослідницької анкети в онлайн-форматі забезпечило зручність для респондентів та сприяло збільшенню охоплення потенційних учасників. Це також дозволило зібрати дані в стислі терміни, забезпечуючи оперативність дослідження. Використання цього інструменту було важливим для забезпечення наукової об'єктивності та надійності зібраних даних, що є критично важливим для подальшого аналізу та

формулювання висновків. Крім того, анкета створила основу для майбутніх досліджень, дозволяючи не лише виявляти проблемні зони, але й розробляти рекомендації для реабілітаційних програм, спрямованих на покращення психічного здоров'я ветеранів.

Опитувальник Басса-Даркі «Діагностика агресивних проявів особистості» є центральним інструментом у дослідженні агресії серед ветеранів з симптомами ПТСР. Цей інструмент дозволяє оцінити різні аспекти агресивної поведінки, включаючи фізичну агресію, непрямую агресію, роздратування, негативізм, образу, підозрілість, вербальну агресію, почуття провини, а також загальні індекси ворожості та агресивності. Використання цього опитувальника в дослідженні дозволяє отримати детальну картину агресивних тенденцій у ветеранів, виявляючи як явні, так і приховані форми агресії.

Застосування опитувальника Баса-Даркі в контексті дослідження ветеранів з ПТСР є особливо важливим, оскільки агресія може бути як прямим наслідком ПТСР, так і вторинною реакцією на стрес, пов'язаний з травматичними переживаннями. Цей інструмент дозволяє виявити зв'язок між різними формами агресії та симптомами ПТСР, а також допомагає зрозуміти, як агресивна поведінка впливає на соціальну адаптацію та повсякденне життя ветеранів. Важливим аспектом використання опитувальника є можливість визначити динаміку змін агресивної поведінки залежно від участі ветеранів у реабілітаційних програмах чи психотерапевтичних сесіях. Крім того, опитувальник дозволяє враховувати соціокультурні особливості ветеранів, такі як їхній військовий досвід, тривалість служби та рівень травматизації.

Опитувальник Лазаруса-Фолкман «Діагностика копінг-стратегій» є важливим інструментом у дослідженні механізмів адаптації та впорядкування стресу серед ветеранів з симптомами ПТСР. Цей опитувальник дозволяє оцінити, як індивіди використовують різні стратегії копінгу для впорядкування з труднощами та стресовими ситуаціями, що є

особливо актуальним у контексті ветеранів, які часто зіштовхуються з викликами, пов'язаними з військовими конфліктами та їх наслідками.

Опитувальник ґрунтується на концепції, що копінг є динамічним процесом, який змінюється залежно від специфіки стресової ситуації та індивідуальних особливостей особистості. Інструмент включає шкали, такі як позитивна переоцінка, планування вирішення проблеми, уникнення, прийняття відповідальності, пошук соціальної підтримки, самоконтроль, дистанціювання та конфронтаційний копінг.

Ці шкали дозволяють детально оцінити, як ветерани справляються зі стресом, які стратегії вони використовують для зменшення негативного впливу стресових подій та як це впливає на їхнє психічне здоров'я та поведінку.

Використання опитувальника Лазаруса-Фолкман в дослідженні дозволяє зрозуміти, як стратегії копіngu впливають на здатність ветеранів адаптуватися до повсякденного життя після повернення з військових зон. Це також допомагає виявити потенційні зони, де ветерани можуть потребувати додаткової підтримки або розвитку навичок копіngu. Особливо важливо вивчати стратегії копіngu у ветеранів з ПТСР, оскільки ефективність цих стратегій може впливати на загальний процес відновлення та адаптації.

Таким чином, опитувальник Лазаруса-Фолкман є інструментом для оцінки важливого аспекту життя ветеранів, який впливає на їхнє психічне здоров'я та соціальну адаптацію. Цей інструмент дозволяє отримати цінну інформацію для розробки ефективних програм підтримки та реабілітації, спрямованих на поліпшення якості життя ветеранів.

Шкала сприйнятого стресу PSS-10 є одним з найбільш визнаних і широко використовуваних інструментів для оцінки рівня стресу, який людина відчуває у своєму житті. Ця шкала була спеціально обрана для дослідження, оскільки вона дозволяє оцінити, наскільки події в житті ветеранів сприймаються як стресові, а також як це сприйняття впливає на їхнє психічне здоров'я та поведінку. У контексті ветеранів, які часто

зіштовхуються з великими викликами, пов'язаними з військовими діями та поверненням до цивільного життя, розуміння рівня сприйманого стресу є критично важливим.

PSS-10 включає питання, які оцінюють різні аспекти сприйманого стресу, включаючи відчуття неконтрольованості подій, перевантаження та здатність впоратися з проблемами. Відповіді на ці питання допомагають визначити, наскільки ветерани відчувають стрес у своєму повсякденному житті та як це впливає на їхню здатність адаптуватися до різних ситуацій.

Використання PSS-10 у цьому дослідженні дозволяє зробити важливі висновки про зв'язок між рівнем стресу та агресивною поведінкою, а також про вплив стресу на симптоми ПТСР. Оскільки стрес є значним фактором, який може впливати на психічне здоров'я, особливо у ветеранів з ПТСР, ця шкала надає цінну інформацію для розуміння цих складних взаємозв'язків (додаток А).

Опитувальник симптомів ПТСР-5 є фундаментальним інструментом у дослідженні посттравматичного стресового розладу серед ветеранів. Цей опитувальник, розроблений на основі останніх критеріїв Діагностичного і статистичного посібника психічних розладів (DSM-5), дозволяє детально оцінити симптоми ПТСР, включаючи інтрузії, уникнення, негативні зміни в думках та настрої, а також збільшену реактивність. Опитувальник дозволяє зрозуміти, які саме ситуації або події провокують найбільш сильні реакції у ветеранів. Використання цього інструменту в дослідженні є важливим для точного визначення наявності та тяжкості ПТСР серед ветеранів, що є ключовим для розуміння їхньої поведінки та психічного стану.

Опитувальник ПТСР-5 включає питання, які охоплюють широкий спектр симптомів, дозволяючи респондентам виразити свій досвід та переживання. Це допомагає виявити не тільки явні симптоми, але й ті, які можуть бути менш помітними або прихованими. Враховуючи, що ПТСР може мати різні прояви та впливати на поведінку особи, включаючи агресію, опитувальник ПТСР-5 є незамінним для з'ясування цих зв'язків. ПТСР-5

ефективно поєднується з іншими діагностичними інструментами, такими як шкали оцінки депресії, тривожності та якості життя, що сприяє більш комплексному аналізу психічного стану ветеранів.

Використання опитувальника ПТСР-5 у цьому дослідженні дозволяє отримати глибоке розуміння стану ветеранів, їхніх переживань, потреб та враховує вплив соціальних факторів, таких як сімейна підтримка, наявність соціальних зв'язків чи рівень соціальної ізоляції ветеранів. Це надає цінну інформацію для розробки ефективних стратегій підтримки, реабілітації та лікування, спрямованих на поліпшення якості життя ветеранів та їхньої адаптації до повсякденного життя.

Опитувальник оцінки психічного здоров'я КМА-УДХ є значущим інструментом у контексті дослідження психологічних чинників агресії у ветеранів з симптомами ПТСР. Цей опитувальник охоплює кілька ключових аспектів психічного здоров'я, включаючи депресію, посттравматичний стрес, вживання алкоголю та тривогу. Використання цього інструменту дозволяє отримати комплексне уявлення про психічний стан ветеранів, що є важливим для розуміння загального контексту їхньої поведінки та емоційного стану.

Застосування КМА-УДХ у дослідженні надає можливість оцінити різні рівні та аспекти психічного здоров'я, що можуть впливати на агресивну поведінку. Наприклад, високий рівень депресії або тривоги може сприяти збільшенню агресивних проявів, тоді як проблеми з алкоголем можуть посилювати ці тенденції. Опитувальник також містить шкали, які допомагають оцінити ступінь впливу соціальних стресорів, таких як ізоляція чи відчуття втрати, на психічне здоров'я ветеранів, що є важливим для розуміння того, як зовнішні обставини взаємодіють із внутрішніми психологічними факторами, впливаючи на загальний емоційний фон і поведінку. Оцінка цих факторів є критично важливою для розуміння поведінкових реакцій ветеранів та розробки відповідних стратегій втручання (додаток Б).

Особистісний опитувальник TIPI-UKR є важливим інструментом для оцінки особистісних характеристик ветеранів у контексті дослідження психологічних чинників агресії. Цей опитувальник охоплює ключові аспекти особистості, такі як екстраверсія, дружелюбність, добросовісність, емоційна стабільність та відкритість до нового досвіду. Розуміння цих особистісних характеристик є критично важливим для виявлення потенційних зв'язків між особистісними рисами та агресивною поведінкою, особливо у ветеранів з симптомами ПТСР.

TIPI-UKR у дослідженні дозволяє оцінити, як різні особистісні риси можуть впливати на способи впорядкування зі стресом, реакції на травматичні події та загальну поведінку. Наприклад, високий рівень екстраверсії може бути пов'язаний з кращою соціальною адаптацією, тоді як низький рівень емоційної стабільності може сприяти збільшенню агресивних проявів. Також, високий рівень відкритості до нового досвіду може свідчити про здатність ветеранів до гнучкого мислення і пошуку нових способів вирішення проблем, що може позитивно впливати на їх адаптацію після повернення з війни. Вивчення дружелюбності та добросовісності також може допомогти виявити, чи є зв'язок між комунікабельністю ветеранів і їхньою здатністю до співпраці в терапевтичних процесах. Ветерани, які мають високу добросовісність, можуть краще дотримуватися реабілітаційних програм та активно працювати над покращенням свого психічного здоров'я.

Використання особистісного опитувальника TIPI-UKR у цьому дослідженні дозволяє отримати розуміння особистісних характеристик ветеранів, їхнього впливу на поведінку та психічне здоров'я, а інтеграція результатів опитувальника з іншими інструментами, такими як ПТСР-5 та КМА-УДХ, формує більш комплексне уявлення про взаємодію особистісних характеристик та симптомів стресових розладів у ветеранів.

Кожен з цих інструментів вносить унікальний вклад у дослідження, дозволяючи оцінити різні аспекти психічного здоров'я та поведінки ветеранів. Авторська дослідницька анкета забезпечує збір базової

соціодемографічної та контекстуальної інформації, в той час як спеціалізовані психологічні тести та опитувальники дозволяють детально оцінити агресивні прояви, стратегії стресу, рівень стресу, симптоми ПТСР та загальне психічне здоров'я.

Застосування цих методик у комплексі надає можливість для всебічного аналізу даних, що є необхідним для розуміння складних взаємозв'язків між різними психологічними факторами. В цілому, вибір методик у цьому дослідженні відображає сучасний підхід до вивчення психологічних аспектів агресії та ПТСР, забезпечуючи надійну та валідну основу для аналізу та інтерпретації даних.

2.2. Етапи проведення емпіричного дослідження

На підготовчому етапі була проведена ретельна розробка дослідницьких інструментів, яка включала створення авторської дослідницької анкети та вибір стандартизованих психологічних тестів та опитувальників. Це забезпечило можливість оцінити широкий спектр психологічних аспектів, від особистісних характеристик до специфічних симптомів ПТСР та агресивної поведінки.

Визначення цільової групи було здійснено з урахуванням специфіки досліджуваної проблематики. Цільова група складалася з ветеранів України, які мали різні рівні вираженості симптомів ПТСР. Важливим аспектом було забезпечення представництва різних демографічних груп серед учасників, що дозволило отримати більш об'єктивну та всебічну картину.

Методи збору даних були адаптовані до сучасних умов та можливостей. Використання онлайн-платформ для розповсюдження дослідницьких інструментів, таких як Google Форми, забезпечило зручність та доступність для учасників. Це також сприяло збільшенню охоплення потенційних респондентів та забезпеченню конфіденційності їхніх відповідей.

Ретельна розробка інструментів, вибір цільової групи та методів збору даних забезпечили необхідні умови для отримання якісних та надійних даних, що є фундаментом для подальшого аналізу та висновків.

На етапі збору даних емпіричного дослідження психологічних чинників агресії у ветеранів з симптомами ПТСР було використано сучасні підходи та технології для ефективного рекрутування учасників та збору інформації. Рекрутування учасників відбувалося за допомогою онлайн-платформ та соціальних мереж, що дозволило охопити широку аудиторію потенційних респондентів серед ветеранів. Використання цифрових каналів комунікації сприяло залученню учасників з різних регіонів та з різними досвідами, забезпечуючи репрезентативність вибірки.

Процес збору даних був організований через онлайн-опитування, створені за допомогою сервісу Google Форми. Це забезпечило зручність для учасників, оскільки вони могли заповнювати анкети в комфортних для себе умовах та в зручний час. Онлайн-формат також сприяв збереженню анонімності та конфіденційності відповідей, що є важливим аспектом при роботі з чутливою інформацією.

Опитування включали ряд інструментів, таких як авторська дослідницька анкета, спеціалізовані психологічні тести та опитувальники, які охоплювали широкий спектр питань, від особистісних характеристик до симптомів ПТСР та агресивної поведінки. Це дозволило зібрати комплексні дані, необхідні для всебічного аналізу досліджуваної проблематики.

Збір відповідей був здійснений систематично, з подальшою організацією та аналізом зібраної інформації. Використання цифрових інструментів для збору даних не тільки спростило процес, але й забезпечило високу точність та надійність результатів.

Після збору відповідей від учасників, дані були систематично організовані та підготовлені для подальшого статистичного аналізу. Використання статистичних методів, таких як описова статистика, порівняння середніх значень за критерієм U-Манна-Уїтні, кореляційний

аналіз за коефіцієнтом кореляції Ч. Спірмена, та регресійний аналізи, дозволило глибоко проаналізувати зібрані дані.

Статистичний аналіз допоміг виявити значущі зв'язки між різними змінними, такими як симптоми ПТСР, агресивна поведінка, стратегії копіngu, емоційна стабільність та інші психологічні аспекти. Особливу увагу було приділено виявленню факторів, що сприяють агресивній поведінці серед ветеранів, а також розумінню взаємозв'язку між ПТСР та агресією.

Інтерпретація результатів включала аналіз отриманих даних у контексті існуючих теоретичних знань та досліджень у цій області, що дозволило не тільки підтвердити або спростувати попередні гіпотези, але й виявити нові інсайти та тенденції, які можуть бути важливими для подальших досліджень та практичних застосувань.

Після завершення збору та аналізу даних, основна увага була зосереджена на синтезі отриманих результатів та їх інтерпретації в контексті існуючих теоретичних знань та практичних потреб.

Важливим аспектом цього етапу було визначення ключових висновків, які виходять з дослідження, та їх значення для подальших наукових розробок та практичного застосування. Це включало оцінку взаємозв'язків між ПТСР, агресивною поведінкою та іншими психологічними факторами, а також розгляд можливостей застосування отриманих даних для розробки стратегій підтримки та реабілітації ветеранів. Виявлені ключові знахідки можуть бути використані для розробки ефективних стратегій підтримки та реабілітації ветеранів, а також для подальшого розвитку наукових досліджень у цій області.

Заключний етап також передбачав рефлексію щодо можливостей для подальших досліджень. Це дозволило визначити потенційні напрямки для майбутніх наукових робіт, які могли б розширити та поглибити розуміння вивченої проблематики.

2.3. Характеристика вибірки учасників дослідження

Для дослідження було сформовано вибірку учасників, які представляють ветеранів різного віку. Це дозволило врахувати різноманітність їхніх переживань і реакцій на травматичні події (див. табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Загальна характеристика вибірки

Змінна	Середнє арифметичне	Стандартне відхилення	Медіана	Розмах
Вік	43,9	45	10,1	25-60
Стать	Фактична кількість		Відсоткове співвідношення	
Чоловіки	74		100%	

Середній вік учасників становить 43,9 років, зі стандартним відхиленням 10,1 року, що вказує на досить широкий віковий діапазон (25-60 років). Віковий діапазон учасників надає можливість порівняти реакції на стресові події на різних життєвих етапах, оскільки досвід, накопичений з віком, може значно відрізнятись. Молодші ветерани (наприклад, у віці 25-35 років) можуть мати інші психічні та емоційні реакції на травматичні події в порівнянні з ветеранами старшого віку, які мають більший досвід подолання життєвих труднощів. Вік також може впливати на стратегії копіngu, рівень стресової витривалості та здатність адаптуватися до змін. Крім того, цей віковий діапазон дозволяє досліджувати, як соціально-культурні та економічні зміни, пов'язані з кожним віковим періодом, можуть відображатися на сприйнятті стресу та реакціях на травми. Наприклад, для молодших ветеранів сучасні соціальні та політичні контексти можуть бути важливішими для їхнього психічного здоров'я, ніж для старших ветеранів, які могли пережити інші етапи історичних подій та мати різний досвід соціальної адаптації. Важливо відзначити, що всі учасники – чоловіки, що може

вказувати на певну гендерну специфіку в контексті вивчення агресії та ПТСР серед ветеранів.



Рис. 2.1. Карта проживання респондентів

Даний рисунок демонструє географічний розподіл респондентів дослідження. Кожен сегмент представляє різні міста та регіони України, де проживають ветерани. За допомогою цієї діаграми можна зрозуміти, з яких регіонів найбільше брали участь респонденти у дослідженні.

Таблиця 2.3

Рівень освіти респондентів

Рівень освіти	Фактична кількість	Відсоткове співвідношення
Вища	19	25,7%
Середня	30	40,5%
Середня спеціальна	25	33,8%

Більшість мають середню освіту (40,5%), за нею йде середня спеціальна (33,8%), а вища освіта присутня у 25,7% учасників. Освітній рівень може бути тісно пов'язаний із розвитком когнітивних стратегій подолання стресу. Ветерани з вищою освітою можуть мати більш розвинені навички аналізу та рефлексії, що допомагає їм краще справлятися з травматичними переживаннями та стресовими ситуаціями. Натомість учасники з середньою та середньою спеціальною освітою можуть використовувати більш конкретні та менш адаптивні стратегії, що може впливати на їхні емоційні реакції та агресивну поведінку. Отож, розмаїття в освітньому рівні може впливати на способи сприйняття та реагування на стресові ситуації, а також на загальний психологічний стан учасників.

Таблиця 2.4

Зайнятість респондентів

Рівень освіти	Фактична кількість	Відсоткове співвідношення
Не працює	17	23%
Отримує пенсію	16	21,6%
Працює	41	55,4%

Зайнятість учасників дослідження варіюється: 55,4% працюють, 23% не працюють, а 21,6% отримують пенсію. Це вказує на різні рівні економічної активності та соціальної інтеграції серед учасників. Така різноманітність може впливати на їхнє сприйняття власного добробуту, соціальної підтримки та загальної адаптації до життя після військової служби.

Сімейний статус респондентів

Сімейний статус	Фактична кількість	Відсоткове співвідношення
Неодружений/ Не заміжня	41	55,4%
Одружений/ Заміжня	33	44,6%

Більшість респондентів (55,4%) не перебувають у шлюбі, тоді як 44,6% вказали, що одружені або заміжні. Це розмаїття сімейного статусу може впливати на соціальну підтримку, яку отримують учасники, та на їхні стратегії впорядкування зі стресом та травматичними подіями. Наявність або відсутність партнера може також впливати на емоційний стан та загальне благополуччя ветеранів.

Таблиця 2.6

Наявність дітей у респондентів

Сімейний статус	Фактична кількість	Відсоткове співвідношення
Немає	44	59,5%
Є	30	40,5%

Згідно з цією таблицею, більшість учасників (59,5%) не мають дітей, тоді як 40,5% мають дітей. Наявність дітей може впливати на рівень відповідальності, життєві пріоритети та стресові реакції ветеранів. Для батьків може бути характерним більший рівень соціальної відповідальності та потреба в стабільності, що може впливати на їхній психологічний стан та поведінку.

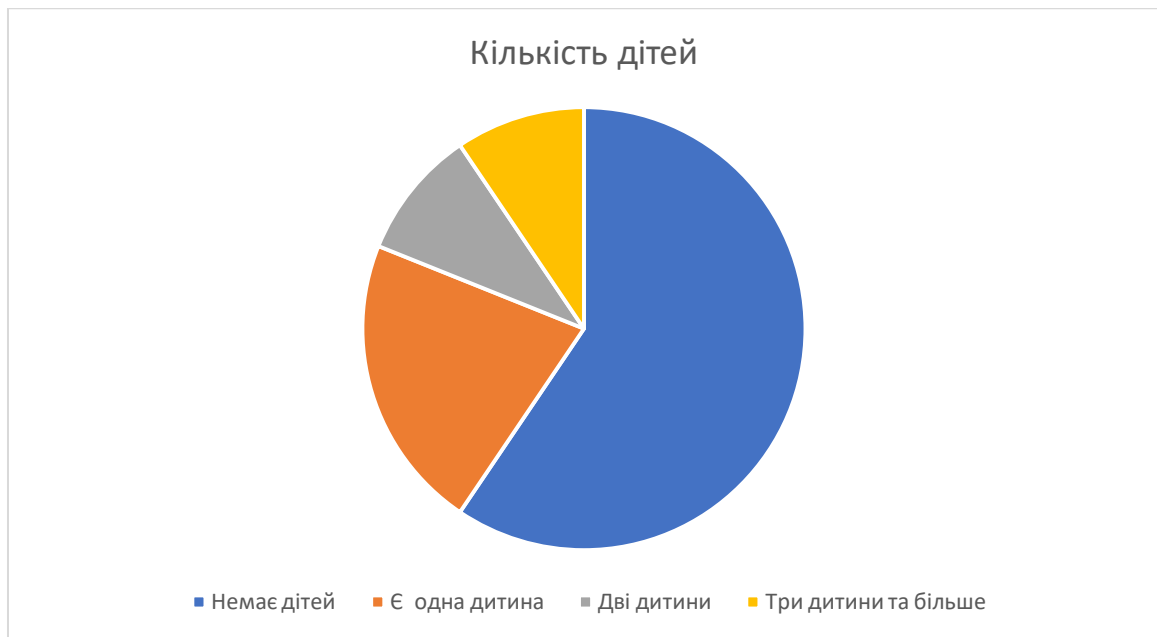


Рис. 2.2. Середня кількість дітей у сім'ях ветеранів

Кругова діаграма ілюструє розподіл сімейних станів ветеранів за кількістю дітей. Найбільший сегмент синього кольору вказує на те, що у більшості сімей ветеранів є двоє дітей. Оранжевий сегмент показує сім'ї з однією дитиною, сірий сегмент – сім'ї без дітей, а жовтий – сім'ї, де троє дітей або більше.

Таблиця 2.7

Стаж служби (місяців)

Змінна	Середнє арифметичне	Стандартне відхилення	Медіана	Розмах
Строк	33,8	35	17,62	6-60

Середній стаж служби серед учасників становить 33,8 місяців, зі стандартним відхиленням 17,62 місяців та розмахом від 6 до 60 місяців. Це свідчить про значну різноманітність досвіду військової служби серед учасників. Довший стаж служби може бути пов'язаний з більшою кількістю травматичних подій та вищим ризиком розвитку ПТСР та пов'язаних з ним психологічних проблем, включаючи агресію.

Наявність травмування під час виконання бойових обов'язків

Травмування	Фактична кількість	Відсоткове співвідношення
Було	31	41,9%
Не було	43	58,1%

Згідно з результатами, 41,9% учасників дослідження зазнали травмування під час виконання бойових обов'язків, тоді як 58,1% не мали такого досвіду. Наявність травмування може впливати на розвиток ПТСР та агресивної поведінки, оскільки травматичні події часто є каталізаторами цих станів.

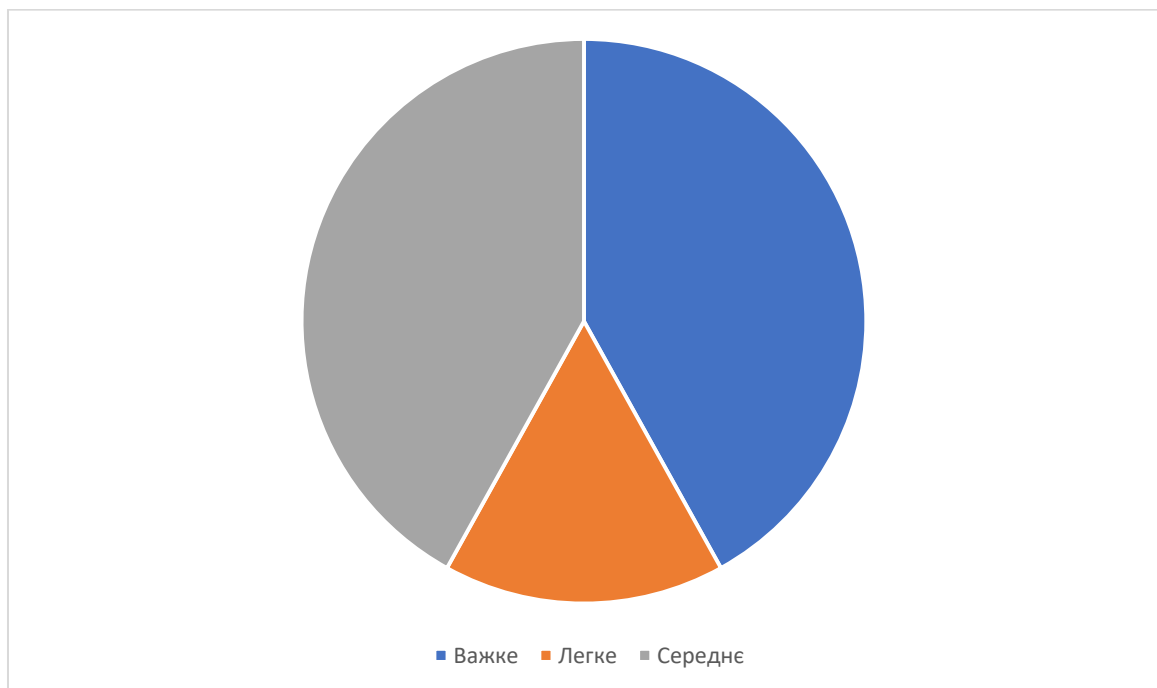


Рис. 2.3. Рівень травмування у ветеранів

Діаграма показує розподіл рівнів травм серед ветеранів. Більша частина діаграми позначена синім кольором, що свідчить про те, що переважна більшість ветеранів мають середній рівень травмування. Оранжевий сегмент представляє ветеранів з важким рівнем травмування, а сірий – з легким.

Самооцінка отриманого травмування

Змінна	Середнє арифметичне	Стандартне відхилення	Медіана	Розмах
Оцінка травми	5,7	2,8	6	1-10

Середня самооцінка травми серед учасників, які зазнали травмування, становить 5,7 з медіаною 6 та розмахом від 1 до 10. Це свідчить про різноманітність тяжкості травм серед учасників. Вища самооцінка травми може бути пов'язана з більш вираженими симптомами ПТСР та агресії.

Таблиця 2.10

Проходження реабілітації

Реабілітація	Фактична кількість	Відсоткове співвідношення
Так	15	20,3%
Ні	16	21,6%

З учасників, які зазнали травмування, 20,3% пройшли реабілітацію, тоді як 21,6% не проходили. Реабілітація може відігравати важливу роль у відновленні після травми та зменшенні симптомів ПТСР, що, у свою чергу, може впливати на рівень агресії.

Таблиця 2.11

Діагностовано ПТСР

ПТСР	Фактична кількість	Відсоткове співвідношення
Було діагностовано	35	52,7%
Не було діагностовано	39	47,3%

Серед учасників 52,7% мали діагностований ПТСР, тоді як у 47,3% ПТСР не було діагностовано. Наявність діагнозу ПТСР може вказувати на

більш високий ризик розвитку агресивної поведінки та інших пов'язаних психологічних проблем.

Нами було сформовано дві групи респондентів: з наявністю симптомів ПТСР (35 осіб) та з відсутністю симптомів ПТСР (39 осіб).

Таким чином, нами була сформована репрезентативна вибірка учасників дослідження.

Висновки до другого розділу

У другому розділі дипломної роботи було зосереджено увагу на методологічному обґрунтуванні та процедурі емпіричного дослідження психологічних чинників агресії у ветеранів з симптомами ПТСР. Важливим аспектом було ретельне вибір та обґрунтування методів дослідження, які включали авторську дослідницьку анкету, Басса-Даркі «Діагностика агресивних проявів особистості», Лазаруса-Фолкман «Діагностика копінг-стратегій», Шкалу сприйманого стресу PSS-10, опитувальник симптомів ПТСР-5, опитувальник оцінки психічного здоров'я КМА-УДХ та особистісний опитувальник TIPI-UKR. Кожен з цих інструментів був обраний з метою забезпечення комплексного підходу до вивчення агресивних проявів та пов'язаних з ними факторів серед ветеранів.

Етапи проведення емпіричного дослідження включали підготовчий етап, збір даних, їх обробку та аналіз. Підготовчий етап охоплював розробку дослідницьких інструментів та визначення цільової групи. Збір даних був здійснений через онлайн-опитування, що дозволило зібрати відповіді від 74 ветеранів. Обробка та аналіз даних включали статистичний аналіз та інтерпретацію результатів, що дало змогу виявити ключові знахідки.

Характеристика вибірки учасників дослідження виявила різноманітність у віці, статі, освіті, зайнятості, сімейному статусі, наявності дітей, стажі служби, наявності травмувань, самооцінці отриманих травм, проходженні реабілітації та діагностуванні ПТСР. Ці дані дозволили зробити

висновки про соціально-демографічний профіль ветеранів та їхній досвід, що є важливим для розуміння контексту агресивних проявів та ПТСР.

РОЗДІЛ 3

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ АГРЕСІЇ У ВЕТЕРАНІВ З СИМПТОМАМИ ПТСР

3.1. Математико-статистичний огляд психологічних показників

Для глибшого розуміння рівня агресивності серед ветеранів було проведено математико-статистичний аналіз отриманих психологічних показників. Оцінка рівнів фізичної, непрямой, вербальної агресії та інших складових агресивної поведінки дозволяє визначити тенденції емоційної напруженості та можливі ризики у поведінкових проявах ветеранів (див. табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Результати методики «Діагностика агресивних проявів особистості»

Змінна	Середнє арифметичне	Стандартне відхилення	Медіана	Розмах
Фізична агресія	6,2	3,1	6	1-10
Непряма агресія	5,7	3,2	6	0-10
Роздратування	6,2	3,1	6,5	1-10
Негативізм	6,5	3,2	7	0-10
Образа	6,4	3,2	7	0-10
Підозрілість	5,9	3,2	6	0-10
Вербальна агресія	5,9	3,3	6,5	0-10
Почуття провини	6,2	2,9	6	0-10
Індекс ворожості	12,3	5,3	12	0-20
Індекс агресивності	18,4	5,4	18	5-30

Середні значення по шкалах, таких як фізична агресія (6,2), непряма агресія (5,7), роздратування (6,2), негативізм (6,5), образа (6,4), підозрілість (5,9), вербальна агресія (5,9) та почуття провини (6,2), свідчать про помірний

рівень агресивних проявів та емоційної напруженості серед учасників дослідження.

Індекс ворожості (12,3) та індекс агресивності (18,4) також вказують на значну присутність агресивних тенденцій. Високі стандартні відхилення по більшості шкал свідчать про значну варіативність у рівнях агресії серед ветеранів, що може бути пов'язано з індивідуальними особливостями та різними досвідами, пов'язаними з військовою службою та ПТСР.

Значення медіани, які в більшості випадків близькі до середніх значень, підтверджують узагальнені тенденції в агресивних проявах. Розмах значень, особливо у шкалах фізичної агресії та непрямой агресії, вказує на наявність як високих, так і низьких рівнів агресії серед учасників.

Результати вказують на необхідність подальшого дослідження факторів, що впливають на агресивну поведінку серед ветеранів, а також розробки цілеспрямованих психотерапевтичних та реабілітаційних програм для зниження рівня агресії та покращення якості їхнього життя.

Таблиця 3.2

Результати методики «Діагностика копінг-стратегій»

Змінна	Середнє арифметичне	Стандартне відхилення	Медіана	Розмах
Позитивна переоцінка	8,5	5,5	8	0-18
Планування вирішення проблеми	8,5	5,7	8,5	0-18
Уникнення	10,1	5,5	10	0-18
Прийняття відповідальності	9,3	5	9,5	0-18
Пошук соціальної підтримки	9	5,7	8	0-18
Самоконтроль	8,6	5,2	8	0-18

Дистанціювання	10,1	5,8	9,5	0-18
Конфронтаційний копінг	9,8	5,4	11	1-18

Середні значення по шкалах, такі як позитивна переоцінка (8,5), планування вирішення проблеми (8,5), уникнення (10,1), прийняття відповідальності (9,3), пошук соціальної підтримки (9,0), самоконтроль (8,6), дистанціювання (10,1) та конфронтаційний копінг (9,8) вказують на різноманітність використовуваних стратегій копіngu.

Значення медіани, які в більшості випадків близькі до середніх значень, свідчать про стабільність використання різних стратегій копіngu. Високі стандартні відхилення по більшості шкал свідчать про значну варіативність у використанні стратегій копіngu серед учасників. Це може вказувати на індивідуальні відмінності у способах справляння зі стресом та адаптації до життєвих викликів.

Високі значення у шкалах уникнення та дистанціювання можуть вказувати на тенденцію до уникання проблем або емоційного відсторонення від стресових ситуацій. Водночас, значення у шкалах позитивної переоцінки та планування вирішення проблеми свідчать про наявність адаптивних стратегій копіngu, які можуть сприяти кращій адаптації та психологічному благополуччю.

Таблиця 3.3

Результати методики «Шкала-сприйманого стресу PSS-10»

Змінна	Середнє арифметичне	Стандартне відхилення	Медіана	Розмах
Шкала сприйманого стресу	25,5	11,6	27	1-40

Середнє арифметичне значення 25,5 на шкалі від 1 до 40 свідчить про високий рівень стресу, що може бути пов'язано з військовим досвідом,

симптомами ПТСР та іншими факторами, які впливають на психологічний стан ветеранів.

Стандартне відхилення 11,6 та медіана 27 підкреслюють значну варіабельність у сприйнятті стресу серед учасників дослідження. Це може вказувати на різноманітність індивідуальних досвідів та рівнів резистентності до стресу. Високі значення медіани та розмаху (1-40) також вказують на те, що багато учасників дослідження переживають високий рівень стресу.

Таблиця 3.4

Результати методики «Опитувальники симптомів ПТСР -5»

Змінна	Середнє арифметичне	Стандартне відхилення	Медіана	Розмах
Критерій В, симптоми інтрузії	12,6	6,3	12,5	0-20
Критерій С, симптоми уникнення	12	6,2	12	0-20
Критерій D, негативні думки та емоцій	14,1	5,8	14,5	2-20
Критерій Е, симптоми надмірної реактивності	12,1	6,3	12,5	0-20
Покзник ймовірності ПТСР	50,8	14,5	52	15-80

Середні арифметичні значення по критеріях В (симптоми інтрузії), С (симптоми уникнення), D (негативні думки та емоції) та Е (симптоми надмірної реактивності) свідчать про вираженість цих симптомів. Зокрема, найвище середнє значення спостерігається по критерію D (14,1), що може вказувати на значний вплив негативних думок та емоцій на психічний стан ветеранів.

Стандартні відхилення та медіани по кожному критерію також підкреслюють різноманітність індивідуальних реакцій серед учасників дослідження. Високі розмахи (0-20 для критеріїв В, С, Е та 2-20 для критерію D) свідчать про широкий спектр інтенсивності симптомів серед ветеранів.

Загальний показник ймовірності ПТСР, який становить 50,8 з максимально можливими 80 балами, вказує на високий рівень ПТСР серед ветеранів. Стандартне відхилення 14,5 та медіана 52 демонструють, що значна частина ветеранів має виражені симптоми ПТСР.

Таблиця 3.5

Результати методики «Опитувальник оцінки психічного здоров'я КМА-УДХ»

Змінна	Середнє арифметичне	Стандартне відхилення	Медіана	Розмах
Депресія	4,8	2,1	5	0-7
Посттравматичний стрес	5,6	2,8	6	0-9
Вживання алкоголю	4,6	2,1	5	0-7
Тривога	3,9	1,9	4	0-6

Середні значення по шкалах депресії, посттравматичного стресу, вживання алкоголю та тривоги свідчать про наявність цих станів серед учасників дослідження.

Середнє арифметичне по шкалі депресії становить 4,8 з максимально можливими 7 балами, що вказує на помірний рівень депресивних симптомів серед ветеранів. Стандартне відхилення 2,1 та медіана 5 підкреслюють різноманітність рівнів депресії серед респондентів.

Щодо посттравматичного стресу, середнє значення 5,6 з максимумом 9 балів свідчить про значну присутність цього стану. Високе стандартне

відхилення 2,8 та медіана 6 демонструють широкий діапазон вираженості симптомів посттравматичного стресу серед учасників.

В контексті вживання алкоголю, середнє значення 4,6 з максимальними 7 балами вказує на те, що вживання алкоголю є проблемою для деяких ветеранів. Стандартне відхилення 2,1 та медіана 5 підтверджують різноманітність у вживанні алкоголю серед респондентів.

Нарешті, середнє значення по шкалі тривоги становить 3,9 з максимальними 6 балами, що вказує на наявність тривожних симптомів серед ветеранів, але з меншою вираженістю порівняно з іншими шкалами. Стандартне відхилення 1,9 та медіана 4 свідчать про варіативність рівня тривоги серед учасників.

Таблиця 3.6

Результати методики «Особистісний опитувальник TIPI-UKR»

Змінна	Середнє арифметичне	Стандартне відхилення	Медіана	Розмах
Екстраверсія	7,1	4,2	7	1-14
Дружелюбність	7,8	3,9	9	1-14
Добросовісність	7,5	4,1	7,5	1-14
Емоційна стабільність	7,1	4,1	7	1-14
Відкритість новому досвіду	7,2	3,8	7	1-14

Середні значення по шкалах екстраверсії, дружелюбності, добросовісності, емоційної стабільності та відкритості до нового досвіду дають змогу зробити висновки про особистісні особливості учасників дослідження.

Середнє арифметичне по шкалі екстраверсії становить 7,1 з максимально можливими 14 балами, що вказує на середній рівень екстраверсії серед ветеранів. Стандартне відхилення 4,2 та медіана 7 підкреслюють різноманітність у рівнях екстраверсії серед респондентів.

Щодо дружелюбності, середнє значення 7,8 з максимумом 14 балів свідчить про відносно високий рівень дружелюбності серед учасників. Стандартне відхилення 3,9 та медіана 9 демонструють, що більшість респондентів мають позитивне ставлення до інших.

В контексті добросовісності, середнє значення 7,5 з максимальними 14 балами вказує на помірний рівень добросовісності серед ветеранів. Стандартне відхилення 4,1 та медіана 7,5 свідчать про різноманітність у рівнях добросовісності серед респондентів.

Емоційна стабільність, з середнім значенням 7,1 та максимумом 14 балів, показує, що ветерани мають середній рівень емоційної стабільності. Стандартне відхилення 4,1 та медіана 7 вказують на різноманітність емоційних станів серед учасників.

Нарешті, відкритість до нового досвіду, з середнім значенням 7,2 та максимумом 14 балів, свідчить про помірну відкритість учасників до нових ідей та досвідів. Стандартне відхилення 3,8 та медіана 7 підкреслюють різноманітність у рівнях відкритості серед респондентів.

Ці результати вказують на те, що ветерани, які брали участь у дослідженні, мають різноманітні особистісні профілі. Вони демонструють середні рівні екстраверсії, дружелюбності, добросовісності, емоційної стабільності та відкритості до нового досвіду.

3.2. Специфіка вираження симптомів ПТСР в двох групах респондентів

Важливість розгляду цього питання полягає у зрозумінні того, як симптоми ПТСР впливають на поведінку та психологічний стан ветеранів, зокрема на їхні агресивні прояви. Для цього було сформовано дві групи респондентів: перша група включає ветеранів, у яких симптоми ПТСР відсутні або мають незначний рівень, тоді як друга група складається з ветеранів, у яких спостерігаються виражені симптоми ПТСР.

Цей підхід дозволяє детально проаналізувати, як наявність та вираженість симптомів ПТСР впливає на інші психологічні параметри, зокрема на агресивність, стратегії копіngu, рівень стресу та емоційну стабільність. Порівняльний аналіз двох груп дає змогу виявити специфічні особливості, які можуть бути пов'язані з різними рівнями ПТСР, та визначити потенційні напрямки для психологічної підтримки та втручань.

Таблиця 3.6

Порівняння груп за результати методики «Опитувальники симптомів ПТСР -5»

Змінна	Група	Середнє арифметичне	Стандартне відхилення	Медіана
Критерій В, симптоми інтрузії	Група без ПТСР	9,2	6,1	8
	Група ПТСР	16,3	4,1	18
Критерій С, симптоми уникнення	Група без ПТСР	9,1	6,2	8
	Група ПТСР	15,1	4,6	16
Критерій D, негативні думки та емоцій	Група без ПТСР	11,8	5,7	13
	Група ПТСР	16,7	4,8	20
Критерій E, симптоми надмірної реактивності	Група без ПТСР	10,26	6,7	11
	Група ПТСР	14,2	5,1	14
Показник ймовірності ПТСР	Група без ПТСР	40,4	10,5	42
	Група ПТСР	62,3	8,4	61

Аналіз результатів опитувальника симптомів ПТСР-5 виявив значні відмінності між групами респондентів з ПТСР та без ПТСР. У групі з ПТСР середні значення за всіма критеріями були вищими, що свідчить про більш виражені симптоми ПТСР у цій групі.

Критерій В, який відображає симптоми інтрузії, був значно вищим у групі з ПТСР (середнє арифметичне 16,3) порівняно з групою без ПТСР (середнє арифметичне 9,2). Це вказує на те, що ветерани з ПТСР частіше зазнавали нав'язливих спогадів або думок про травматичні події.

Критерій С, що відображає симптоми уникнення, також був вищим у групі з ПТСР (середнє арифметичне 15,1) порівняно з групою без ПТСР (середнє арифметичне 9,1). Це підкреслює, що ветерани з ПТСР схильніші уникати думок, почуттів або розмов, пов'язаних з травмою.

Критерій D, який відображає негативні думки та емоції, був значно вищий у групі з ПТСР (середнє арифметичне 16,7) порівняно з групою без ПТСР (середнє арифметичне 11,8). Це свідчить про більш виражені негативні переживання та почуття у ветеранів з ПТСР.

Критерій Е, що відображає симптоми надмірної реактивності, також був вищим у групі з ПТСР (середнє арифметичне 14,2) порівняно з групою без ПТСР (середнє арифметичне 10,26). Це вказує на більш високий рівень гіперзбудливості та стресової реактивності у ветеранів з ПТСР.

Загальний показник ймовірності ПТСР був значно вищим у групі з ПТСР (середнє арифметичне 62,3) порівняно з групою без ПТСР (середнє арифметичне 40,4). Це підтверджує, що ветерани з ПТСР мають більш виражену симптоматику порівняно з тими, хто не має ПТСР або має її в незначній мірі.

Таблиця 3.7

Порівняння груп за результатами методики «Опитувальники симптомів ПТСР -5» (критерій Манна-Уїтні)

Зміна	Значущість	Різниця середніх	Розмір ефекту
Критерій В, симптоми інтрузії	0,001	-8	0,638
Критерій С, симптоми уникнення	0,001	-6	0,553
Критерій D, негативні думки та емоцій	0,001	-6	0,546

Критерій E, симптоми надмірної реактивності	0,007	-4	0,366
Показник ймовірності ПТСР	0,001	-21	0,903

Аналіз результатів опитувальників симптомів ПТСР-5, згідно з даними таблиці 3.7, виявляє значні відмінності між групами з ПТСР та без ПТСР. Значення критерію Манна-Уїтні для всіх критеріїв є меншим за 0,01, що свідчить про статистичну значущість виявлених відмінностей.

Середні значення за критерієм В (симптоми інтрузії) у групі з ПТСР на 8 пунктів вищі, ніж у групі без ПТСР, з розміром ефекту 0,638. Це вказує на значно вищий рівень інтрузивних симптомів, таких як нав'язливі спогади та переживання, у ветеранів з ПТСР.

Аналогічна тенденція спостерігається і за критерієм С (симптоми уникнення), де різниця середніх складає 6 пунктів, з розміром ефекту 0,553. Це підтверджує, що уникнення травматичних спогадів та думок є більш вираженим у ветеранів з ПТСР.

Критерій D (негативні думки та емоції) також показує значну різницю між групами, з розміром ефекту 0,546. Ветерани з ПТСР мають вищий рівень негативних думок та емоцій, що може впливати на їхнє загальне психологічне благополуччя.

Критерій E (симптоми надмірної реактивності) виявляє меншу, але все ж значущу різницю (розмір ефекту 0,366), що свідчить про більш високий рівень гіперзбудливості та імпульсивності у ветеранів з ПТСР.

Найбільш виражена різниця спостерігається у показнику ймовірності ПТСР, де розмір ефекту досягає 0,903, що вказує на значно вищий рівень симптомів ПТСР у відповідній групі.

Таким чином, у групі з вираженими симптомами ПТСР показники за всіма критеріями (інтрузія, уникнення, негативні думки та надмірна реактивність) були суттєво вищими, ніж у групи з низьким рівнем ПТСР, що свідчить про серйозні порушення в їхньому емоційному стані та поведінці.

Аналіз за критерієм Манна-Уїтні підкреслив статистичну значущість цих відмінностей.

3.3. Особливості агресивної поведінки в двох групах респондентів

Для аналізу особливостей агресивної поведінки серед ветеранів з різним рівнем симптомів ПТСР було проведено порівняння двох груп за показниками агресивних проявів (див. табл. 3.8).

Таблиця 3.8

Порівняння груп за результатами методики «Діагностика агресивних проявів особистості»

Змінна	Група	Середнє арифметичне	Стандартне відхилення	Медіана
Фізична агресія	Група без ПТСР	5,7	3,2	6
	Група ПТСР	6,7	2,9	7
Непряма агресія	Група без ПТСР	4,8	3,3	5
	Група ПТСР	6,8	2,9	7
Роздратування	Група без ПТСР	5,4	3	5
	Група ПТСР	7,1	2,9	8
Негативізм	Група без ПТСР	5,6	3,4	5
	Група ПТСР	7,6	2,5	8
Образа	Група без ПТСР	6	3,4	7
	Група ПТСР	6,9	3	6
Підозрілість	Група без ПТСР	5,9	3,2	6
	Група ПТСР	5,9	3,2	6
Вербальна агресія	Група без ПТСР	5,1	3,4	8
	Група ПТСР	6,8	2,9	7
Почуття провини	Група без ПТСР	6,2	2,9	6
	Група ПТСР	6,2	2,9	7
Індекс ворожості	Група без ПТСР	11,9	5,7	13
	Група ПТСР	12,89	4,9	11

Індекс агресивності	Група без ПТСР	16,4	5,3	17
	Група ПТСР	20,6	4,7	21

Аналізуючи результати методики у двох групах респондентів, одна з яких має виражені симптоми ПТСР, а інша – ні, можна відзначити деякі ключові відмінності.

У групі з ПТСР середні значення за шкалою фізичної агресії вищі (6,7 проти 5,7 у групи без ПТСР), що може свідчити про більшу схильність до фізичних проявів агресії серед ветеранів з ПТСР. Це може бути пов'язано з вищим рівнем гіперзбудливості та імпульсивності, характерними для ПТСР.

Щодо непрямой агресії, різниця ще більш виражена: 6,8 у групи з ПТСР проти 4,8 у групи без ПТСР. Це може вказувати на те, що ветерани з ПТСР можуть використовувати більш приховані форми агресії.

Роздратування та негативізм також вищі у групи з ПТСР (7,1 та 7,6 відповідно) порівняно з групою без ПТСР (5,4 та 5,6). Це може свідчити про більшу емоційну реактивність та схильність до негативного сприйняття ситуацій.

Образа та підозрілість мають схожі середні значення в обох групах, що може вказувати на те, що ці аспекти агресії менш залежні від наявності ПТСР.

Вербальна агресія вища у групи з ПТСР (6,8 проти 5,1), що може відображати більшу схильність до конфліктів у спілкуванні.

Індекси ворожості та агресивності також вищі у групи з ПТСР, що підкреслює загальну тенденцію до більш агресивної поведінки у цій групі.

Ці результати підтверджують гіпотезу про те, що ПТСР може сприяти розвитку агресивних проявів у ветеранів, включаючи як фізичну, так і вербальну агресію, а також більшу емоційну реактивність та негативізм.

Порівняння груп за результати методики «Діагностика агресивних проявів особистості» (критерій Манна-Уїтні)

Зміна	Значущість	Різниця середніх	Розмір ефекту
Фізична агресія	0,2	-1	0,172
Непряма агресія	0,011	-2	0,341
Роздратування	0,019	-2	0,316
Негативізм	0,014	-2	0,327
Образа	0,304		0,137
Підозрілість	0,831		0,029
Вербальна агресія	0,033	-2	0,287
Почуття провини	0,978		0,004
Індекс ворожості	0,572	-1	0,076
Індекс агресивності	0,01	-4	0,452

Значущі відмінності спостерігаються у таких аспектах, як непряма агресія, роздратування, негативізм та вербальна агресія. Це вказує на те, що ветерани з ПТСР мають більш виражену схильність до використання непрямих форм агресії, вищий рівень роздратування та негативізму, а також більшу схильність до вербальної агресії. Розмір ефекту в цих категоріях (від 0,287 до 0,341) свідчить про помірну виразність цих відмінностей.

Водночас, у таких аспектах, як фізична агресія, образа, підозрілість, почуття провини, індекс ворожості та індекс агресивності, статистично значущих відмінностей не виявлено. Це може свідчити про те, що наявність ПТСР не обов'язково корелює з вищим рівнем фізичної агресії чи ворожості. Особливо цікавим є той факт, що показники образи та підозрілості мають низький розмір ефекту, що може вказувати на схожість реакцій на образу та підозрілість у обох групах.

3.4. Огляд індивідуально-психологічних показників в двох групах респондентів

Для глибшого розуміння індивідуально-психологічних особливостей ветеранів з різним рівнем вираженості ПТСР було проведено аналіз їхніх особистісних характеристик (див. табл. 3.10).

Таблиця 3.10

Порівняння груп за результатами методики «Особистісний опитувальник TIPI-UKR»

Змінна	Група	Середнє арифметичне	Стандартне відхилення	Медіана
Екстраверсія	Група без ПТСР	5,7	3,2	6
	Група ПТСР	6,7	2,9	7
Дружелюбність	Група без ПТСР	4,8	3,3	5
	Група ПТСР	6,8	2,9	7
Добросовісність	Група без ПТСР	5,4	3	5
	Група ПТСР	7,1	2,9	8
Емоційна стабільність	Група без ПТСР	5,6	3,4	5
	Група ПТСР	7,6	2,5	8
Відкритість новому досвіду	Група без ПТСР	6	3,4	7
	Група ПТСР	6,9	3	6

У групі ветеранів з ПТСР спостерігається вищий рівень екстраверсії порівняно з групою без ПТСР. Це може свідчити про те, що ветерани з ПТСР можуть бути більш схильні до активного пошуку соціальних контактів та взаємодії з оточенням, що може бути способом компенсації або впорядкування власних переживань.

Вищий рівень дружелюбності у групі з ПТСР також може вказувати на більшу схильність до емпатії та співпереживання. Це може бути пов'язано з їхнім власним досвідом переживання травматичних подій та бажанням допомагати іншим.

Значно вищий рівень добросовісності та емоційної стабільності у групі з ПТСР може свідчити про розвиток механізмів саморегуляції та самоконтролю як відповіді на травматичний досвід. Це може бути спробою ветеранів з ПТСР впоратися з внутрішніми конфліктами та стресом.

Відкритість новому досвіду в обох групах є порівняно високою, що може вказувати на готовність ветеранів до нових знань та адаптації до змін, що є важливим аспектом в процесі реабілітації та соціальної адаптації.

Ці результати вказують на те, що ветерани з ПТСР можуть мати більш виражені позитивні особистісні якості, які можуть бути важливими ресурсами у процесі їхньої реабілітації та соціальної адаптації. Водночас, важливо враховувати індивідуальні особливості кожного ветерана при розробці підходів до психологічної підтримки та втручання.

Таблиця 3.11

Порівняння груп за результати методики «Особистісний опитувальник ТІРІ-UKR» (критерій Мана-Уїтні)

Зміна	Значущість	Різниця середніх	Розмір ефекту
Екстраверсія	0,476	-1	0,096
Дружелюбність	0,991		0,002
Добросовісність	0,621	1	0,067
Емоційна стабільність	0,853		0,025
Відкритість новому досвіду	0,494	-1	0,093

Значення p-value для всіх особистісних характеристик (екстраверсія, дружелюбність, добросовісність, емоційна стабільність, відкритість новому досвіду) перевищує 0,05, що свідчить про відсутність статистично значущих відмінностей між групами. Це означає, що наявність або відсутність ПТСР не має вирішального впливу на ці особистісні характеристики в даній вибірці.

Розмір ефекту для більшості змінних є досить низьким, що також підкреслює відсутність значних відмінностей між групами. Наприклад, для

екстраверсії та відкритості новому досвіду розмір ефекту становить менше 0,1, що вказує на мінімальні відмінності між групами за цими параметрами.

Важливо відзначити, що ці результати не означають відсутності впливу ПТСР на особистість ветеранів. Вони лише свідчать про те, що в рамках даного дослідження та використаних методик не було виявлено значних відмінностей у вибраних особистісних характеристиках між ветеранами з ПТСР та без ПТСР.

Ці результати можуть бути корисними для розуміння того, що ПТСР не завжди призводить до радикальних змін у особистісних характеристиках. Водночас, вони підкреслюють необхідність більш глибокого дослідження впливу ПТСР на особистість, використовуючи більш різноманітні методики та більшу вибірку.

3.5. Аналіз копінг-стратегій для подолання стресових ситуацій серед двох груп

Аналіз стратегій поведінки ветеранів з ПТСР та без нього у стресових ситуаціях допомагає виявити особливості їхніх копінг-стратегій. Отримані дані дозволяють зробити висновки щодо переваг та труднощів, з якими стикаються ветерани обох груп у процесі подолання стресу (див. табл. 3.12).

Таблиця 3.12

Порівняння груп за результати методики «Діагностика копінг-стратегій»

Змінна	Група	Середнє арифметичне	Стандартне відхилення	Медіана
Позитивна переоцінка	Група без ПТСР	8,4	5,8	7
	Група ПТСР	8,6	5,3	9
	Група без ПТСР	8,6	5,1	9

Планування вирішення проблеми	Група ПТСР	8,4	6,3	8
Уникнення	Група без ПТСР	8,1	5,1	7
	Група ПТСР	12,3	5,1	12
Прийняття відповідальності	Група без ПТСР	9,3	5,5	9
	Група ПТСР	9,4	4,3	10
Пошук соціальної підтримки	Група без ПТСР	9,8	5,8	9
	Група ПТСР	8,1	5,5	6
Самоконтроль	Група без ПТСР	8,1	5,5	8
	Група ПТСР	9,2	4,9	9
Дистанціювання	Група без ПТСР	8,1	5,9	8
	Група ПТСР	12,3	4,8	13
Конфронтаційний копінг	Група без ПТСР	8,9	5,4	10
	Група ПТСР	10,9	5,1	13

Аналізуючи результати порівняння двох груп за методикою «Діагностика копінг-стратегій», можна виявити цікаві відмінності у способах справляння зі стресом між ветеранами з ПТСР та без ПТСР.

По-перше, в обох групах спостерігаються схожі рівні використання позитивної переоцінки та планування вирішення проблеми, що свідчить про наявність адаптивних стратегій копіngu незалежно від наявності ПТСР. Це може вказувати на те, що ветерани, незалежно від стану їхнього психічного здоров'я, намагаються активно впоратися зі стресовими ситуаціями.

По-друге, в групі з ПТСР вищі показники уникнення та дистанціювання, що може вказувати на тенденцію до уникання проблем або емоційного відсторонення від стресових ситуацій. Це може бути пов'язано з більшою вразливістю до стресу та труднощами у впорядкуванні емоцій, що є характерним для ПТСР.

Пошук соціальної підтримки, який є важливим аспектом адаптивного копіngu, виявився вищим у групі без ПТСР. Це може свідчити про те, що

ветерани без ПТСР активніше звертаються за підтримкою до оточуючих, що може сприяти їхньому психологічному благополуччю.

Конфронтаційний копінг, який включає активне вирішення проблем та протистояння стресовим ситуаціям, виявився вищим у групі з ПТСР. Це може вказувати на те, що ветерани з ПТСР можуть бути більш схильні до прямого вирішення проблем, що може бути як адаптивним, так і малоадаптивним залежно від конкретної ситуації.

Загалом, результати показують, що ветерани з ПТСР та без ПТСР використовують різні стратегії копінгу, що може бути пов'язано з різними психологічними потребами та реакціями на стрес. Важливо враховувати ці відмінності при розробці програм підтримки та реабілітації для ветеранів.

Проаналізуємо отримані результати за критерієм Манна-Уїтні.

Таблиця 3.13

Порівняння груп за результатами методики «Діагностика копінг-стратегій» (критерій Манна-Уїтні)

Зміна	Значущість	Різниця середніх	Розмір ефекту
Позитивна переоцінка	0,901		0,017
Планування вирішення проблеми	0,732		0,046
Уникнення	0,001	-4	0,449
Прийняття відповідальності	0,841		0,027
Пошук соціальної підтримки	0,264	1	0,151
Самоконтроль	0,337	-1	0,130
Дистанціювання	0,002	-4	0,415
Конфронтаційний копінг	0,121	-2	0,210

Аналізуючи результати порівняння двох груп, можна виявити важливі відмінності у способах справляння зі стресом між ветеранами з ПТСР та без ПТСР.

Значущі відмінності спостерігаються у використанні стратегій уникнення та дистанціювання. Статистично значуща різниця ($p=0,001$ для уникнення та $p=0,002$ для дистанціювання) з розміром ефекту 0,449 та 0,415 відповідно вказує на те, що ветерани з ПТСР значно частіше вдаються до уникнення та емоційного відсторонення від стресових ситуацій. Це може бути пов'язано з більшою вразливістю до стресу та труднощами у впорядкуванні емоцій, що є характерним для ПТСР.

Щодо інших стратегій копіngu, таких як позитивна переоцінка, планування вирішення проблеми, прийняття відповідальності, пошук соціальної підтримки та самоконтроль, статистично значущих відмінностей між групами не виявлено. Це свідчить про те, що ветерани з ПТСР та без ПТСР використовують ці стратегії копіngu в подібній мірі.

Конфронтаційний копіng, який включає активне вирішення проблем та протистояння стресовим ситуаціям, не показав статистично значущої різниці між групами, хоча розмір ефекту $-0,210$ вказує на деяку тенденцію до вищого рівня конфронтаційного копіngu у групі з ПТСР.

Загалом, результати підкреслюють важливість урахування специфіки копіng-стратегій у ветеранів з ПТСР. Особливо це стосується стратегій уникнення та дистанціювання, які можуть вказувати на потребу в більш цілеспрямованих підходах до психологічної підтримки та реабілітації цієї групи ветеранів.

3.6. Регресійна модель агресивності в двох групах ветеранів

Для аналізу агресивної поведінки серед ветеранів з ПТСР була побудована регресійна модель, яка оцінює вплив різних чинників на індекс агресивності (див. табл. 3.14).

Показники регресійної моделі агресивності серед групи з ПТСР

Залежна	R	R2	RMSE	F	Значущість
Індекс агресивності	0,854	0,730	2,45	2,40	0,042

Аналізуючи результати регресійного аналізу агресивної поведінки серед групи ветеранів з ПТСР, можна виявити значущі показники, що відображають взаємозв'язок між залежною змінною (Індексом агресивності) та незалежними змінними.

Коефіцієнт кореляції R, який становить 0,854, вказує на сильний позитивний зв'язок між залежною змінною та включеними в модель факторами. Це означає, що зміни в незалежних змінних можуть пояснити значну частину варіативності в індексі агресивності.

Коефіцієнт детермінації R², який дорівнює 0,730, підтверджує, що близько 73% варіативності індексу агресивності може бути пояснено за допомогою включених у модель змінних. Це свідчить про високу ефективність моделі у передбаченні рівня агресивності серед ветеранів з ПТСР.

RMSE (середньоквадратична помилка) становить 2,45, що вказує на помірну точність моделі у передбаченні індексу агресивності. Цей показник допомагає оцінити середню величину помилок, які модель робить при передбаченні залежної змінної.

Значення F-статистики, яке становить 2,40, разом із рівнем значущості 0,042, свідчить про те, що модель є статистично значущою. Це означає, що існує вірогідність, що спостережені взаємозв'язки не є випадковими.

Результати регресійного аналізу підтверджують, що використана модель є ефективною для передбачення рівня агресивності серед ветеранів з ПТСР. Це вказує на потенційну можливість використання цієї моделі для ідентифікації ключових факторів, що впливають на агресивну поведінку, та розробки відповідних психотерапевтичних та реабілітаційних програм.

Коефіцієнти регресії агресивності серед групи з симптомами ПТСР

Незалежні змінні	Коефіцієнт	Значущість
Позитивна переоцінка	46,1	0,079
Планування вирішення проблеми	31,3	0,141
Уникнення	0,6	0,827
Прийняття відповідальності	6,3	0,495
Пошук соціальної підтримки	3,3	0,621
Самоконтроль	82,2	0,023
Дистанціювання	41,8	0,093
Конфронтаційний копінг	0,1	0,914
Індекс ворожості	123,8	0,007
Шкала сприйманого стресу	11,5	0,362
Вживання алкоголю	106,6	0,011
Тривога	12,3	0,345
Депресія	2,5	0,665
Екстраверсія	0,01	0,988
Дружелюбність	7,4	0,347
Емоційна стабільність	7,1	0,473
Відкритість новому досвіду	3,8	0,595
Добросовісність	14,6	0,305

Аналізуючи результати регресійного аналізу агресивної поведінки серед групи ветеранів з симптомами ПТСР, можна виявити значущі зв'язки між деякими незалежними змінними та рівнем агресивності.

Значущість коефіцієнтів регресії вказує на те, що деякі фактори мають більш виражений вплив на агресивну поведінку. Зокрема, високі значення коефіцієнтів спостерігаються для таких змінних, як «Самоконтроль» (82,2, $p=0,023$), «Індекс ворожості» (123,8, $p=0,007$) та «Вживання алкоголю» (106,6, $p=0,011$). Це свідчить про те, що низький рівень самоконтролю, високий рівень ворожості та вживання алкоголю є значущими предикторами агресивної поведінки серед ветеранів з ПТСР.

Інші змінні, такі як «Позитивна переоцінка», «Планування вирішення проблеми» та «Дистанціювання», мають відносно високі коефіцієнти, але їх значущість не досягає статистичної важливості. Це може вказувати на те, що ці стратегії копіngu мають певний вплив на агресивну поведінку, але їх роль потребує додаткового дослідження.

Значення коефіцієнтів для особистісних характеристик, таких як «Екстраверсія», «Дружелюбність», «Емоційна стабільність», «Відкритість новому досвіду» та «Добросовісність», вказують на менш виражений вплив цих змінних на агресивну поведінку. Особливо це стосується «Екстраверсії» де коефіцієнти майже нульові, що свідчить про мінімальний вплив цих особистісних рис на агресивну поведінку у даній вибірці.

Таблиця 3.16

Показники регресійної моделі агресивності серед групи без симптомів ПТСР

Залежна	R	R ²	RMSE	F	Значущість
Індекс агресивності	0,649	0,422	4,03	0,810	0,671

Аналізуючи результати регресійної моделі агресивної поведінки серед групи ветеранів без ПТСР, можна зробити важливі спостереження. Коефіцієнт детермінації (R^2) становить 0,422, що вказує на те, що близько 42% варіативності індексу агресивності може бути пояснено використаними у моделі змінними. Це свідчить про помірний рівень пояснювальної здатності моделі.

Коефіцієнт кореляції R, який становить 0,649, вказує на середньо сильний зв'язок між незалежними змінними та індексом агресивності. Це означає, що в моделі присутні значущі предикатори, які впливають на рівень агресивної поведінки.

RMSE (середньоквадратична помилка) становить 4,03, що свідчить про помірну точність прогнозів моделі. Цей показник вказує на середню відстань між спостережуваними та прогнозованими значеннями індексу агресивності.

Значення F-статистики (0,810) та її значущість ($p=0,671$) вказують на те, що загальна адекватність моделі не є статистично значущою. Це може свідчити про те, що в моделі можуть бути інші значущі змінні, які не були включені в аналіз, або про те, що взаємозв'язки між змінними є більш складними.

Результати регресійного аналізу для групи без ПТСР показують, що агресивна поведінка в цій групі може бути обумовлена різними факторами, і що потрібно додаткове дослідження для виявлення цих факторів. Також це підкреслює необхідність комплексного підходу до вивчення агресивної поведінки, який включає різні психологічні та особистісні аспекти.

Таблиця 3.17

Коефіцієнти регресії агресивності серед групи без симптомів ПТСР

Незалежні змінні	Коефіцієнт	Значущість
Позитивна переоцінка	61,1	0,173
Планування вирішення проблеми	3,3	0,747
Уникнення	34,8	0,307
Прийняття відповідальності	9,7	0,586
Пошук соціальної підтримки	19,2	0,444
Самоконтроль	3,6	0,740
Дистанціювання	3,8	0,730
Конфронтаційний копінг	10,6	0,569
Індекс ворожості	138,6	0,049
Шкала сприйманого стресу	3,3	0,750
Вживання алкоголю	18,8	0,449
Тривога	6,8	0,648
Депресія	20,11	0,435
Екстраверсія	14,14	0,512

Дружелюбність	110,9	0,076
Емоційна стабільність	6,9	0,645
Відкритість новому досвіду	31,9	0,327
Добросовісність	56,2	0,198

Позитивна переоцінка має коефіцієнт 61,1, але її значущість ($p=0,173$) не досягає статистичної значимості, що свідчить про відсутність прямого впливу цього фактору на агресивну поведінку у цій групі. Схожа ситуація спостерігається і з іншими копінг-стратегіями, такими як планування вирішення проблеми, уникнення, прийняття відповідальності, пошук соціальної підтримки, самоконтроль, дистанціювання та конфронтаційний копінг, де значення p варіюються від 0,307 до 0,747.

Однак, індекс ворожості має значущий коефіцієнт 138,6 з $p=0,049$, що вказує на його значний вплив на агресивність. Це може свідчити про те, що ворожі настрої та вороже ставлення до оточення мають важливе значення для розвитку агресивних проявів у цій групі.

Щодо інших психологічних факторів, таких як шкала сприйманого стресу, вживання алкоголю, тривога, депресія, екстраверсія, дружелюбність, емоційна стабільність, відкритість новому досвіду та добросовісність, їх коефіцієнти варіюються від 3,3 до 110,9, але значущість цих змінних залишається вище порогу $p=0,05$, що свідчить про відсутність статистично значущого впливу на агресивність.

Загалом, результати регресійного аналізу для групи без симптомів ПТСР підкреслюють важливість ворожості як ключового фактору, що впливає на агресивність, в той час як інші психологічні змінні не демонструють значущого впливу.

3.7. Практичні рекомендації щодо зниження агресивних проявів у ветеранів з симптомами ПТСР

Агресивна поведінка серед ветеранів, особливо тих, хто страждає на посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), є значною проблемою, що вимагає ретельного вивчення та розробки ефективних підходів для її корекції. Дослідження Harwood-Gross, Stern, і Brom підкреслюють, що ветерани, які зазнали бойових досвідів, часто стикаються з вищим рівнем ПТСР, соматизації та агресії порівняно з тими, хто не брав участь у бойових діях [52]. Це вказує на необхідність розробки специфічних інтервенцій, які враховують унікальні виклики, з якими стикаються ветерани.

Poor, Ryan, Sortino, Armour, Livingston, і Pass в своєму систематичному огляді вивчали вплив експресивних терапій на ветеранів з ПТСР, вказуючи на потенціал цих методів у зменшенні агресивної поведінки [88]. Grove, Sheerin, Wallace, Green, Minnich, і Kurtz досліджували вплив зниження ірраціональних переконань на симптоми ПТСР, депресії та тривоги серед ветеранів, що може сприяти зменшенню агресії [51].

Dillon et al. розробили мобільну програму для зниження гніву серед ветеранів з ПТСР, що демонструє важливість інноваційних технологічних рішень у цій сфері [40]. Wang et al. вивчали вплив військового ПТСР на батьківське виховання, підкреслюючи важливість розуміння впливу ПТСР на сімейні відносини та поведінку [126].

Результати власного дослідження підтверджують, що ветерани з ПТСР мають вищий рівень агресивної поведінки порівняно з тими, хто не страждає на ПТСР. Це виявляється у вищих показниках фізичної, непрямой, вербальної агресії та інших пов'язаних змінних. Регресійний аналіз показав, що такі фактори, як самоконтроль, індекс ворожості та вживання алкоголю, мають значний вплив на агресивну поведінку серед ветеранів з ПТСР.

Агресивна поведінка у ветеранів з ПТСР є багатоаспектною проблемою, що включає психологічні, соціальні та біологічні фактори.

Дослідження Harwood-Gross et al. підкреслює, що ветерани, які пережили бойові дії, мають вищий ризик розвитку ПТСР та пов'язаних з ним симптомів агресії [52]. Це вказує на важливість розуміння впливу бойового досвіду на психічне здоров'я ветеранів.

Wang et al. виявили, що ветерани з ПТСР можуть мати тенденцію до жорсткого батьківства, що пов'язано з їх власними переживаннями травми та ПТСР [126]. Це підкреслює важливість врахування сімейного контексту та історії травм у розумінні агресивної поведінки.

Feola et al. досліджували зміни у мозкових структурах, пов'язаних зі страхом та тривогою у ветеранів з ПТСР, що може сприяти агресивній поведінці [45]. Це вказує на біологічні механізми, які можуть впливати на агресію у ветеранів.

Poor et al. вивчали ефективність експресивних терапій у зниженні симптомів ПТСР у ветеранів, що може бути корисним у корекції агресивної поведінки [88]. Це підкреслює значення альтернативних підходів у лікуванні ПТСР.

Jenkins-Guarnieri et al. оцінювали структуру та ефективність чек-листа ПТСР у ветеранів, що може допомогти у виявленні та лікуванні агресії, пов'язаної з ПТСР [55].

Blonigen et al. досліджували зв'язок між ПТСР, криміногенними потребами та кримінальною історією у ветеранів, що надає інформацію про агресію та кримінальну поведінку [28].

Результати дослідження вказують на значні відмінності у проявах агресії між групами ветеранів з ПТСР та без ПТСР. Зокрема, ветерани з ПТСР демонстрували вищі рівні фізичної, непрямой та вербальної агресії порівняно з тими, хто не має ПТСР. Це підтверджує необхідність комплексного підходу до лікування ПТСР, що включає стратегії управління агресією.

У контексті зменшення агресивної поведінки серед ветеранів з ПТСР, сучасні дослідження вказують на значущість різноманітних стратегій та технік. Одним з ключових підходів є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ),

яка, за даними Zachariah (2023), ефективно допомагає у виявленні та корекції непродуктивних когнітивних схем, що сприяють агресії. Також, важливість релаксаційних технік, таких як глибоке дихання, підтверджується дослідженням Amalia Pasca Fitry et al. яке демонструє їхню роль у контролі гніву та агресії [46].

Дослідження Prior et al. підкреслює значення поведінкових та когнітивно-поведінкових інтервенцій у зменшенні агресії, особливо у людей з інтелектуальними вадами [90]. Це вказує на потенціал адаптації цих методів для ветеранів з ПТСР. Ефективність застосування прикладної релаксації (AR) у зниженні проблем психічного здоров'я в повсякденному житті висвітлюється в роботі Asselmann et al. [24].

Соціодрама миру, як зазначається у дослідженні Salsabila Zihan Nurisma та B. Astuti, може бути ефективною стратегією для зменшення агресії серед студентів, що вказує на її потенційну користь для ветеранів [78]. Важливість використання біокування, як доповнення до терапії регуляції агресії, демонструється у дослідженні Ter Harmsel et al., яке вивчає вплив додатку Sense-IT на інтероцептивну усвідомленість, регуляцію емоцій та агресивну поведінку [116].

Результати цих досліджень відображають широкий спектр можливостей для розробки ефективних стратегій зменшення агресивної поведінки у ветеранів з ПТСР.

Соціальна підтримка та професійна допомога відіграють критичну роль у лікуванні та реабілітації ветеранів з ПТСР. Дослідження Shepherd-Banigan et al. підкреслює значення сімейної підтримки у взаємодії з професійною допомогою, вказуючи на те, що підтримка з боку сім'ї може сприяти залученню ветеранів до лікування та підвищити їхню відданість процесу одужання [97]. Це підтверджується роботою Lee & LaFreniere, яка зосереджується на важливості зменшення відсотку відмов від психотерапії серед ветеранів, підкреслюючи роль соціальної підтримки у цьому процесі [63].

Крім того, Khalak et al. досліджують використання віртуальної реальності як інноваційного підходу до реабілітації ветеранів з ПТСР, що вказує на потенціал нових технологій у підтримці традиційних методів лікування. Pavlasic et al. вивчають вплив чутливості до тривоги та соціальної підтримки на ветеранів з емоційними розладами, підкреслюючи значення соціальної підтримки у зменшенні симптомів тривоги [84].

Shorer et al. досліджують довгострокову групову природо-асистовану терапію для ветеранів з хронічним ПТСР, вказуючи на значення групової підтримки та взаємодії з природою у процесі одужання [100]. Нарешті, Campbell & Caska Wallace розробляють короткострокову програму підтримки та освіти для близьких ветеранів, що підкреслює важливість залучення сім'ї та друзів у процес лікування [33].

Дослідження Harwood-Gross et al. підкреслює значення вивчення впливу бойового досвіду на розвиток ПТСР та агресивної поведінки [52]. Це вказує на потребу більш глибокого розуміння взаємозв'язку між військовими травмами та психологічними наслідками.

Дослідження Dillon et al. про розробку мобільного додатку MARI для корекції агресивної поведінки вказує на перспективність використання цифрових технологій у лікуванні ПТСР [40]. Це може стати важливим напрямком для розробки інноваційних методів лікування.

Poor et al. вказують на ефективність експресивних терапій у зниженні симптомів ПТСР [88]. Це підкреслює важливість включення творчих та емоційно-експресивних методів у комплексну програму реабілітації ветеранів.

Дослідження Grove et al. показує, що зниження ірраціональних переконань може позитивно вплинути на симптоми ПТСР, депресії та тривоги [51]. Це вказує на необхідність інтеграції когнітивно-поведінкових технік у лікування

Sherman et al. демонструють ефективність використання допоміжних собак у зниженні суїцидальності та симптомів ПТСР [98]. Це відкриває нові можливості для використання терапії з тваринами.

Нарешті, дослідження Campbell & Caska Wallace підкреслює роль підтримки з боку близьких у процесі лікування ПТСР [33]. Це вказує на важливість розробки програм підтримки для сімей ветеранів.

У світлі отриманих результатів, рекомендується зосередити увагу на розробці комплексних програм, які включають як традиційні, так і інноваційні підходи до лікування ПТСР та агресивної поведінки. Важливо також забезпечити доступність цих програм для всіх ветеранів, незалежно від їх місця проживання та соціального статусу.

У підсумку аналізу сучасних досліджень та результатів емпіричного дослідження, можна зробити важливі висновки щодо агресивної поведінки серед ветеранів з симптомами ПТСР. Виявлено, що агресія у ветеранів тісно пов'язана з різними психологічними, соціальними та біологічними факторами. Серед них важливу роль відіграють індивідуальні особливості особистості, рівень стресу, досвід травматичних подій та наявність симптомів ПТСР.

Результати дослідження показали, що ветерани з вираженими симптомами ПТСР мають вищий рівень агресивної поведінки порівняно з тими, у кого симптоми ПТСР відсутні або виражені слабо. Це підтверджує необхідність розробки спеціалізованих програм для цієї категорії ветеранів, які б враховували їхні унікальні потреби та особливості.

Важливим аспектом є використання різноманітних стратегій та технік для зменшення агресивної поведінки. Когнітивно-поведінкова терапія, медитація, релаксаційні техніки та інші підходи можуть бути ефективними у зниженні рівня агресії та покращенні загального психічного стану ветеранів.

Соціальна підтримка та професійна допомога також відіграють ключову роль у процесі лікування та реабілітації ветеранів. Підтримка з боку

сім'ї, друзів та психотерапевтів може значно полегшити процес адаптації до мирного життя та подолання труднощів, пов'язаних з ПТСР.

На основі отриманих даних та аналізу літератури можна рекомендувати подальше вивчення цієї проблематики, зокрема, розробку комплексних програм, які включатимуть як традиційні, так і інноваційні методи лікування та реабілітації. Це дозволить не тільки покращити якість життя ветеранів з ПТСР, але й сприятиме їх успішній соціальній адаптації.

Висновки до третього розділу

Емпіричне дослідження, що охоплює математико-статистичний огляд психологічних показників, дозволило виявити ключові аспекти агресії та її взаємозв'язок з ПТСР.

Специфіка вираження симптомів ПТСР у двох групах респондентів – з вираженими симптомами та без них – вказує на значні відмінності у рівнях агресії. Це підтверджує необхідність індивідуалізованого підходу в лікуванні та реабілітації ветеранів.

Аналіз особливостей прояву агресивної поведінки в обох групах виявив, що ветерани з ПТСР схильні до більш вираженої агресії, що вимагає особливої уваги під час психотерапевтичної роботи. Огляд індивідуально-психологічних показників допоміг зрозуміти, як особистісні характеристики впливають на поведінку ветеранів.

Аналіз стратегій поведінки для подолання стресових ситуацій показав, що ветерани з ПТСР частіше вдаються до неефективних копінг-стратегій, що може посилювати агресивну поведінку. Регресійна модель агресивності в обох групах ветеранів дозволила ідентифікувати ключові предиктори агресії, що можуть бути використані для розробки цільових інтервенцій.

На основі цих даних було розроблено практичні рекомендації, спрямовані на формування вміння справлятися з агресивною поведінкою. Ці рекомендації включають застосування когнітивно-поведінкової терапії, релаксаційних технік, залучення соціальної підтримки та професійної допомоги. Важливим є також продовження досліджень у цій області для розробки більш ефективних методів лікування та підтримки ветеранів з ПТСР.

ВИСНОВКИ

1. Проаналізовано теоретичні підходи до визначення понять «агресія» та «ПТСР».

Аналіз теоретичних підходів до визначення понять «агресія» та «ПТСР» демонструє, що агресія є багатограним феноменом, який включає різні форми поведінки, від вербальної агресії до фізичного насильства. ПТСР, з іншого боку, є складним психологічним станом, що виникає як реакція на травматичні події, і часто супроводжується симптомами, такими як інтрузії, уникнення, негативні зміни в думках та настрої, а також підвищена збудливість. Обидва ці поняття мають важливе значення у контексті дослідження психологічних чинників агресії у ветеранів.

2. Визначено відмінності в психічному здоров'ї у ветеранів з наявністю та відсутністю симптомів ПТСР.

Щодо особливостей психічного здоров'я ветеранів, дослідження підтверджує, що ветерани часто стикаються з різноманітними психологічними викликами, включаючи депресію, тривогу та проблеми з алкоголем. Ці стани можуть впливати на їхню поведінку та якість життя.

Ветерани з симптомами ПТСР частіше демонструють гіперзбудження, що може вести до агресивної поведінки.

Порівнюючи психічний стан ветеранів із симптомами посттравматичного стресового розладу та без нього виявили суттєві відмінності: ветерани з симптомами ПТСР мають більшу емоційну нестабільність, схильні до роздратування, гніву та агресії, частіше використовують стратегії уникання, що може затримувати емоційне відновлення. Вони також страждають від інтрузивних думок і почуття провини, тоді як ветерани без симптомів ПТСР рідше мають такі проблеми. Соціальна підтримка важлива для обох, але ветерани з симптомами ПТСР рідше звертаються за нею, також вони більш тривожні та реактивні, що ускладнює їхнє соціальне функціонування.

Психічне здоров'я ветеранів є ключовим фактором, який впливає на їхню поведінку та потребує уваги при розробці стратегій лікування та реабілітації.

3. Виявлено відмінності в агресивних проявах у ветеранів з наявністю та відсутністю симптомів ПТСР.

Порівняльний аналіз особливостей агресивних проявів у ветеранів з наявністю та відсутністю симптомів ПТСР виявив, що ветерани з симптомами ПТСР мають вищі рівні агресії, у порівнянні з тими, хто не має симптомів ПТСР. Також було виявлено, що ветерани з симптомами ПТСР мають вищі показники негативізму, образи, роздратування та агресії. Ці результати підкреслюють необхідність специфічних підходів у лікуванні та реабілітації ветеранів з симптомами ПТСР, з особливим акцентом на управління агресивною поведінкою.

Виявлення особливостей агресивних проявів та симптоматики ПТСР серед ветеранів показало, що агресія може проявлятися у різних формах, включаючи фізичну, вербальну, імпульсивну та непрямую агресію. Симптоми ПТСР, такі як інтрузії, уникнення, негативні зміни в думках та настрої, та підвищена збудливість, часто корелюють з агресивною поведінкою. Це вказує на те, що ПТСР може бути значним фактором, що сприяє розвитку агресивних тенденцій серед ветеранів.

4. Визначено взаємозв'язки індивідуально-психологічних характеристик, психічного здоров'я, симптомів ПТСР з агресивними проявами ветеранів.

Тривога, депресія, і стрес пов'язані з агресивністю. Ветерани з вищими рівнями тривоги та депресії схильні до більш агресивних проявів. Також було виявлено, що ветерани з симптомами ПТСР мають вищі рівні агресії, що корелює з підвищеними показниками стресу. Ці результати підкреслюють важливість комплексного підходу до лікування ПТСР, який включає управління психологічними чинниками, що сприяють агресії.

5. Визначено психологічні чинники агресії у ветеранів з симптомами ПТСР.

У ветеранів з симптомами ПТСР чинниками агресивної поведінки є низький рівень самоконтролю, високий рівень ворожості та вживання алкоголю.

У ветеранів без симптомів ПТСР чинником агресивної поведінки є ворожість.

6. Розроблено практичні рекомендації щодо зниження агресивних проявів у ветеранів з симптомами ПТСР.

Розроблені практичні рекомендації щодо зниження агресивних проявів у ветеранів з симптомами ПТСР включають застосування когнітивно-поведінкової терапії, медитації, релаксаційних технік та підтримки соціальної мережі. Важливою є роль професійної психотерапевтичної допомоги та підтримки з боку сім'ї та друзів. Також було виявлено, що ветерани з ПТСР потребують індивідуалізованого підходу у лікуванні, з огляду на їхні унікальні психологічні потреби та історію травм. Рекомендації включають також необхідність подальших досліджень для виявлення найефективніших стратегій управління агресією серед цієї групи.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаєв, Н. А., Кокун, О. М., & Пішко, І. О. (2016). Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: метод. посібник. К.: НДУ ГП ЗСУ, 234.
2. Блінов, О. А. (2016). Психологія бойової психічної травми : монографія. Київ : Талком, 246.
3. Блінов, О. А. (2018). Бойовий стрес та результати його емпіричного дослідження. *Психологічний часопис*. № 12 (2), 9-22.
4. Волошин, П. В., Шестопалова, Л. Ф., Підкоритов, В. С., Марута, Н. О., Бачеріков, А. М., Панченко, О. А., ... & Кожевнікова, В. А. (2002). Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація. *Харків: Либідь*.
5. Долинський, Р., & Напрієнко, О. (2024). Когнітивні порушення у постраждалих від агресії РФ, на тлі посттравматичного стресового розладу (ПТСР). *Psychosomatic Medicine and General Practice*, 9(3).
6. Ісаєва, М. А., Кобзева, О. В., Можгинський, Ю. Б., Налчаджян, А., Реан, А. А., Долгова, А. І., ... & Ратинов, А. Р. Проблема агресивної поведінки як прояву ПТСР в учасників бойових дій. *академічна студія*, 33.
7. Журавльова, Н. Ю. (2020). Прояви ПТСР і вторинна травматизація: психотерапевтична допомога сім'ям ветеранів бойових дій. *Львів: ГО «Львівська педагогічна спільнота*, 113-117.
8. Кісарчук, З. Г., Омельченко, Я. М., Лазос, Г. П., Гурлева, Т. С., Плескач, Б. В., Гребінь, Л. О., ... & Уркаєв, В. С. (2020). Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу: монографія, 179.
9. Купрій, Т. Г., Коцур, В., Семенець-Орлова, І., Шкляр, Н., Дракохруст, Т., & Березовська-Хміль, О. (2023). Security issues on the European continent in conditions of russia's aggression against Ukraine. *Revista de Gestão Social e Ambiental*, (6), 1-12.

- 10.Маркова, М. В., & Козира, П. В. (2015). Постстресові дезадаптивні стани на тлі соціальних змін: аналіз проблеми. *Медична психологія*, (10, № 1), 8-13.
- 11.Михайлов, Б. В., Чугунов, В. В., Курило, В. О., Саржевський, С. Н., Заседа, Ю. І., Андрух, П. Г., ... & Городокін, А. Д. (2014). Посттравматичні стресові розлади, 223.
- 12.Ободовська, Л., & Шавровська, Н. Посттравматичний стресовий розлад: особливості психологічного супроводу. *Науковий процес та наукові підходи: методика та реалізація досліджень: матеріали Міжнар. конф.: у* (Vol. 2, pp. 89-91).
- 13.Підлісний, Ю. А. (2009). Ситуаційні фактори агресивної поведінки військовослужбовців. *Актуальні проблеми психології: збірник наукових праць. Ін-ту психології імені Г. С. Костюка. Психологія навчання. Генетична психологія. Медична психологія*. Вип. 15, 397-406.
- 14.Романенко, Ю., & Коляденко, Н. (2021). Посттравматичний стресовий розлад як медико-психо-соціальна проблема. *Перспективи та інновації науки*. № 2 (2), 297-304.
- 15.Романовська, Д., & Ілащук, О. (2014). Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти. Чернівці : Технодрук, 133.
- 16.Angkaw, A. C., Ross, B. S., Pittman, J. O., Kelada, A. M. Y., Valencerina, M. A. M., & Baker, D. G. (2013). Post-traumatic stress disorder, depression, and aggression in OEF/OIF veterans. *Military Medicine*, 178(10), 1044-1050.
- 17.Anholt, R. R., & Mackay, T. F. (2012). Genetics of aggression. *Annual review of genetics*, 46, 145-164.
- 18.Araújo, T. S. D., & Holanda, A. F. (2018). The origins of the aggression concept in gestalt-therapy: Freud, Reich and others. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 24(2), 234-245.
- 19.Archer, J. (2004). Sex differences in aggression in real-world settings: A meta-analytic review. *Review of general Psychology*, 8(4), 291-322.

20. Archer, J. (2009). The nature of human aggression. *International journal of law and psychiatry*, 32(4), 202-208.
21. Archer, J., & Coyne, S. M. (2005). An integrated review of indirect, relational, and social aggression. *Personality and social psychology review*, 9(3), 212-230.
22. Asherson, P., & Cormand, B. (2016). The genetics of aggression: Where are we now?. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 171(5), 559-561.
23. Asmundson, G. J., Stapleton, J. A., & Taylor, S. (2004). Are avoidance and numbing distinct PTSD symptom clusters?. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 17(6), 467-475.
24. Asselmann, E., Zenker, M., Rückert, F., Kische, H., Pieper, L., & Beesdo-Baum, K. (2023). Ecological momentary assessment and applied relaxation: Results of a randomized indicated preventive trial in individuals at increased risk for mental disorders. *Plos one*, 18(6), e0286750.
25. Begić, D., & Jokić-Begić, N. (2001). Aggressive behavior in combat veterans with post-traumatic stress disorder. *Military medicine*, 166(8), 671-676.
26. Birtel, M. D., Wood, L., & Kempa, N. J. (2017). Stigma and social support in substance abuse: Implications for mental health and well-being. *Psychiatry research*, 252, 1-8.
27. Björkqvist, K. (2018). Gender differences in aggression. *Current opinion in psychology*, 19, 39-42.
28. Blonigen, D. M., Shaffer, P. M., Baldwin, N., & Smelson, D. (2023). Disentangling the relationship between posttraumatic stress disorder, criminogenic risk, and criminal history among veterans. *Law and Human Behavior*, 47(5), 579.
29. Bomyea, J., Risbrough, V., & Lang, A. J. (2012). A consideration of select pre-trauma factors as key vulnerabilities in PTSD. *Clinical psychology review*, 32(7), 630-641.

30. Bonanno, G. A., & Mancini, A. D. (2012). Beyond resilience and PTSD: Mapping the heterogeneity of responses to potential trauma. *Psychological trauma: Theory, research, practice, and policy*, 4(1), 74.
31. Bovin, M. J., Marx, B. P., Weathers, F. W., Gallagher, M. W., Rodriguez, P., Schnurr, P. P., & Keane, T. M. (2016). Psychometric properties of the PTSD checklist for diagnostic and statistical manual of mental disorders—fifth edition (PCL-5) in veterans. *Psychological assessment*, 28(11), 1379.
32. Bremner, J. D. (2006). Traumatic stress: effects on the brain. *Dialogues in clinical neuroscience*, 8(4), 445-461.
33. Campbell, S. B., & Caska Wallace, C. M. (2023). Development of a brief support and education intervention for loved ones of veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*.
34. Card, N. A., Stucky, B. D., Sawalani, G. M., & Little, T. D. (2008). Direct and indirect aggression during childhood and adolescence: A meta-analytic review of gender differences, intercorrelations, and relations to maladjustment. *Child development*, 79(5), 1185-1229.
35. Carrion, V. G., Weems, C. F., Ray, R., & Reiss, A. L. (2002). Toward an empirical definition of pediatric PTSD: The phenomenology of PTSD symptoms in youth. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(2), 166-173.
36. Chronister, J., Chou, C. C., & Liao, H. Y. (2013). The role of stigma coping and social support in mediating the effect of societal stigma on internalized stigma, mental health recovery, and quality of life among people with serious mental illness. *Journal of community psychology*, 41(5), 582-600.
37. Contractor, A. A., Greene, T., Dolan, M., & Elhai, J. D. (2018). Relations between PTSD and depression symptom clusters in samples differentiated by PTSD diagnostic status. *Journal of Anxiety Disorders*, 59, 17-26.
38. Crocker, L. D., Haller, M., Norman, S. B., & Angkaw, A. C. (2016). Shame versus trauma-related guilt as mediators of the relationship between PTSD

- symptoms and aggression among returning veterans. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*, 8(4), 520.
39. Dadomo, H., Grecucci, A., Giardini, I., Ugolini, E., Carmelita, A., & Panzeri, M. (2016). Schema therapy for emotional dysregulation: Theoretical implication and clinical applications. *Frontiers in psychology*, 7, 1987.
40. Dillon, K. H., Hertzberg, J. A., Mosher, T. M., Levi, R. D., Elbogen, E. B., Calhoun, P. S., ... & Beckham, J. C. (2023). Development and refinement of the mobile anger reduction intervention for veterans with posttraumatic stress disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*.
41. Drndarević, N. (2021). Psychological theories of aggression. *Zbornik Instituta za kriminološka i sociološka istraživanja*, 40(2-3), 91-104.
42. Dulisse, B. C., Logan, M. W., & Hazelwood, A. R. (2023). Evaluating the use of PTSD Assessment Tools Within the US Prison Setting: An Exploratory Analysis. *The Prison Journal*, 103(3), 307-328.
43. Dvir, Y., Ford, J. D., Hill, M., & Frazier, J. A. (2014). Childhood maltreatment, emotional dysregulation, and psychiatric comorbidities. *Harvard review of psychiatry*, 22(3), 149.
44. Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*, 38(4), 319-345.
45. Feola, B., Flook, E. A., Gardner, H., Phan, K. L., Gwirtsman, H., Olatunji, B., & Blackford, J. U. (2023). Altered bed nucleus of the stria terminalis and amygdala responses to threat in combat veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*.
46. Fitry, A. P., Ramdani, V. H., Suhandi, S., & Rosmiati, R. (2023). Implementation of Deep Breathing Relaxation Techniques to Control Anger at Violent Behavior. *Kian journal*, 2(1), 26-32.
47. Flanigan, M. E., & Russo, S. J. (2019). Recent advances in the study of aggression. *Neuropsychopharmacology*, 44(2), 241-244.

48. Foa, E. B., Keane, T. M., & Friedman, M. J. (2000). Guidelines for treatment of PTSD. *Journal of traumatic stress, 13*(4), 539-588.
49. Galvan, F. H., Davis, E. M., Banks, D., & Bing, E. G. (2008). HIV stigma and social support among African Americans. *AIDS patient care and STDs, 22*(5), 423-436.
50. Giacolini, T., & Sabatello, U. (2019). Psychoanalysis and affective neuroscience. The motivational/emotional system of aggression in human relations. *Frontiers in psychology, 9*, 2475.
51. Grove, A. B., Sheerin, C. M., Wallace, R. E., Green, B. A., Minnich, A. H., & Kurtz, E. D. (2023). The effect of a reduction in irrational beliefs on posttraumatic stress disorder (PTSD), depression, and anxiety symptoms in a group treatment for post-9/11 Veterans. *Military Psychology, 1-11*.
52. Harwood-Gross, A., Stern, N., & Brom, D. (2023). Exposure to combat experiences: PTSD, somatization and aggression amongst combat and non-combat veterans. *International journal of psychology*.
53. Hellmuth, J. C., Stappenbeck, C. A., Hoerster, K. D., & Jakupcak, M. (2012). Modeling PTSD symptom clusters, alcohol misuse, anger, and depression as they relate to aggression and suicidality in returning US veterans. *Journal of traumatic stress, 25*(5), 527-534.
54. Hess, N. H., & Hagen, E. H. (2006). Sex differences in indirect aggression: Psychological evidence from young adults. *Evolution and human behavior, 27*(3), 231-245.
55. Jenkins-Guarnieri, M., McEuin, C., Smolenski, D., Hosey, R., Macobin, B., & Prins, A. (2023). Factor structure and psychometric performance of the PCL-5 in a clinical sample of veterans seeking treatment in a VA PTSD outpatient clinic. *Psychological Assessment*.
56. Jovanovic, T., & Ressler, K. J. (2010). How the neurocircuitry and genetics of fear inhibition may inform our understanding of PTSD. *American Journal of Psychiatry, 167*(6), 648-662.

57. Kiewitz, C., & Weaver, J. (2007). The aggression questionnaire. In *Handbook of research on electronic surveys and measurements* (pp. 343-347). IGI Global.
58. Kim, H. S., Sherman, D. K., & Taylor, S. E. (2008). Culture and social support. *American psychologist*, *63*(6), 518.
59. Kivisto, A. J., Moore, T. M., Elkins, S. R., & Rhatigan, D. L. (2009). The effects of PTSD symptomatology on laboratory-based aggression. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, *22*(4), 344-347.
60. Kolomiyets, L. (2023). Deconstruction of russia's newspeak in ukrainian humorous translation and digital folklore.
61. Kondrat, D. C., Sullivan, W. P., Wilkins, B., Barrett, B. J., & Beerbower, E. (2018). The mediating effect of social support on the relationship between the impact of experienced stigma and mental health. *Stigma and Health*, *3*(4), 305.
62. Krämer, U. M., Jansma, H., Tempelmann, C., & Münte, T. F. (2007). Tit-for-tat: the neural basis of reactive aggression. *Neuroimage*, *38*(1), 203-211.
63. Lee, A. J., & LaFreniere, L. S. (2023). Addressing attrition from psychotherapy for PTSD in the US Department of Veterans Affairs. *Trauma Care*, *3*(4), 274-293.
64. Lee, D. A., Scragg, P., & Turner, S. (2001). The role of shame and guilt in traumatic events: A clinical model of shame-based and guilt-based PTSD. *British journal of medical psychology*, *74*(4), 451-466.
65. Lunov, V., Lytvynenko, O., Maltsev, O., & Zlatova, L. (2023). The impact of Russian military aggression on the psychological health of Ukrainian youth. *American Behavioral Scientist*, *67*(3), 426-448.
66. Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., van Ommeren, M., Jones, L. M., ... & Reed, G. M. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: Proposals for ICD-11. *World Psychiatry*, *12*(3), 198-206.

67. Major, B., & O'Brien, L. T. (2005). The social psychology of stigma. *Annu. Rev. Psychol.*, *56*, 393-421.
68. Maruniak, E. O., Nahirnaia, V., Rudenko, L., & Sekeli, V. Ukrainian Geographical Journal.
69. McHugh, P. R., & Treisman, G. (2007). PTSD: A problematic diagnostic category. *Journal of anxiety disorders*, *21*(2), 211-222.
70. McNally, R. J. (2003). Psychological mechanisms in acute response to trauma. *Biological psychiatry*, *53*(9), 779-788.
71. Miles, S. R., Menefee, D. S., Wanner, J., Teten Tharp, A., & Kent, T. A. (2016). The relationship between emotion dysregulation and impulsive aggression in veterans with posttraumatic stress disorder symptoms. *Journal of interpersonal violence*, *31*(10), 1795-1816.
72. Miles, S. R., Sharp, C., Tharp, A. T., Stanford, M. S., Stanley, M., Thompson, K. E., & Kent, T. A. (2017). Emotion dysregulation as an underlying mechanism of impulsive aggression: Reviewing empirical data to inform treatments for veterans who perpetrate violence. *Aggression and Violent Behavior*, *34*, 147-153.
73. Miles, S. R., Tharp, A. T., Stanford, M., Sharp, C., Menefee, D., & Kent, T. A. (2015). Emotion dysregulation mediates the relationship between traumatic exposure and aggression in healthy young women. *Personality and Individual Differences*, *76*, 222-227.
74. Moser, D. A., Aue, T., Suardi, F., Kutlikova, H., Cordero, M. I., Rossignol, A. S., ... & Schechter, D. S. (2015). Violence-related PTSD and neural activation when seeing emotionally charged male–female interactions. *Social cognitive and affective neuroscience*, *10*(5), 645-653.
75. Nelson, R. J., & Trainor, B. C. (2007). Neural mechanisms of aggression. *Nature Reviews Neuroscience*, *8*(7), 536-546.
76. Neumann, I. D., Veenema, A. H., & Beiderbeck, D. I. (2010). Aggression and anxiety: social context and neurobiological links. *Frontiers in behavioral neuroscience*, *4*, 928.

77. Norrholm, S. D., & Jovanovic, T. (2010). Tailoring therapeutic strategies for treating posttraumatic stress disorder symptom clusters. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 517-532.
78. Nurisma, S. Z., & Astuti, B. (2023). Peace Sociodrama: A Strategy to Reduce Junior High School Aggression. *International Journal of Social Service and Research*, 3(5), 1319-1324.
79. O'Donnell, C., Cook, J. M., Thompson, R., Riley, K., & Neria, Y. (2006). Verbal and physical aggression in World War II former prisoners of war: Role of posttraumatic stress disorder and depression. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 19(6), 859-866.
80. O'Leary, K. D., Tintle, N., Bromet, E. J., & Gluzman, S. F. (2008). Descriptive epidemiology of intimate partner aggression in Ukraine. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 619-626.
81. Olf, M., Langeland, W., & Gersons, B. P. (2005). The psychobiology of PTSD: coping with trauma. *Psychoneuroendocrinology*, 30(10), 974-982.
82. Orr, S. P., & Roth, W. T. (2000). Psychophysiological assessment: Clinical applications for PTSD. *Journal of affective Disorders*, 61(3), 225-240.
83. Park, S. Y., George, J., & Williams, B. (2016). 1572: variation of symptoms endorsement in subscale dsm-5 ptsd clusters in outpatient trauma clinic. *Critical Care Medicine*, 44(12), 468.
84. Pavlacic, J. M., Witcraft, S. M., Allan, N. P., & Gros, D. F. (2023). Anxiety sensitivity and social support in veterans with emotional disorders. *Journal of Clinical Psychology*.
85. Peirce, J. M., Burke, C. K., Stoller, K. B., Neufeld, K. J., & Brooner, R. K. (2009). Assessing traumatic event exposure: comparing the Traumatic Life Events Questionnaire to the Structured Clinical Interview for DSM-IV. *Psychological Assessment*, 21(2), 210.

86. Pitman, R. K., Rasmussen, A. M., Koenen, K. C., Shin, L. M., Orr, S. P., Gilbertson, M. W., ... & Liberzon, I. (2012). Biological studies of post-traumatic stress disorder. *nature Reviews neuroscience*, *13*(11), 769-787.
87. Pollman, E. (2022). The crime of aggression and the case of Ukraine. *American Yearbook of International Law*, *1*(1), 694-729.
88. Poor, S. B., Ryan, S. R., Sortino, A. N., Armour, J. F., Livingston, A. B., & Pass, M. A. (2023). Exploring the impact of expressive therapies on military veterans with PTSD: A systematic review. *Arts & Health*, 1-25.
89. Powers, A., Cross, D., Fani, N., & Bradley, B. (2015). PTSD, emotion dysregulation, and dissociative symptoms in a highly traumatized sample. *Journal of psychiatric research*, *61*, 174-179.
90. Prior, D., Win, S., Hassiotis, A., Hall, I., Martiello, M. A., & Ali, A. K. (2023). Behavioural and cognitive behavioural interventions for outwardly directed aggressive behaviour in people with intellectual disabilities. *Cochrane database of systematic reviews*, (2).
91. Raudales, A. M., Weiss, N. H., Schmidt, N. B., & Short, N. A. (2020). The role of emotion dysregulation in negative affect reactivity to a trauma cue: Differential associations through elicited posttraumatic stress disorder symptoms. *Journal of Affective Disorders*, *267*, 203-210.
92. Rodenburg, J., Heesink, L., & Drożdżek, B. (2017). PTSD, anger and aggression: Epidemiology, aetiology and clinical practice. *Attending to Anger*, *17*.
93. Salmivalli, C., Kaukiainen, A., & Lagerspetz, K. (2000). Aggression and sociometric status among peers: Do gender and type of aggression matter?. *Scandinavian journal of psychology*, *41*(1), 17-24.
94. Saracevic, S., & Schlegelmilch, B. B. (2021). The impact of social norms on pro-environmental behavior: a systematic literature review of the role of culture and self-construal. *Sustainability*, *13*(9), 5156.

95. Schestatsky, S., Shansis, F., Ceitlin, L. H., Abreu, P., & Hauck, S. (2003). Historical evolution of the concept of posttraumatic stress disorder. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 25, 8-11.
96. Shalev, A., Liberzon, I., & Marmar, C. (2017). Post-traumatic stress disorder. *New England journal of medicine*, 376(25), 2459-2469.
97. Shepherd-Banigan, M., Shapiro, A., Sheahan, K. L., Ackland, P. E., Meis, L. A., Thompson-Hollands, J., ... & Van Houtven, C. H. (2023). Mental health therapy for veterans with PTSD as a family affair: A qualitative inquiry into how family support and social norms influence veteran engagement in care. *Psychological Services*.
98. Sherman, M., Hutchinson, A. D., Bowen, H., Iannos, M., & Van Hooff, M. (2023). Effectiveness of operation K9 assistance dogs on suicidality in Australian veterans with PTSD: a 12-month mixed-methods follow-up study. *International journal of environmental research and public health*, 20(4), 3607.
99. Shin, H. J., Rosen, C. S., Greenbaum, M. A., & Jain, S. (2012). Longitudinal Correlates of Aggressive Behavior in Help-Seeking US Veterans With PTSD. *Journal of traumatic stress*, 25(6), 649-656.
100. Shorer, S., Shacham, M., & Bloch, B. (2023). Long-Term Group Nature-Assisted Therapy for Veterans Diagnosed with Chronic PTSD. *Social Work with Groups*, 1-14.
101. Simonelli, A. (2013). Posttraumatic stress disorder in early childhood: classification and diagnostic issues. *European Journal of Psychotraumatology*, 4(1), 21357.
102. Skelton, K., Ressler, K. J., Norrholm, S. D., Jovanovic, T., & Bradley-Davino, B. (2012). PTSD and gene variants: new pathways and new thinking. *Neuropharmacology*, 62(2), 628-637.
103. Smerin, S., Chen, A., & Li, H. (2016). Neurophysiology of aggression in posttraumatic stress disorder. *J Psychiatry*, 19(10.4172), 2378-5756.

104. Spaegele, N., Lewin, T., & Talmon, A. (2023). Trauma symptom patterns in a large sample of military personnel outpatients: Differential relations to trauma exposure, depression, and anxiety symptoms. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*.
105. Sripada, R. K., Rauch, S. A., & Liberzon, I. (2016). Psychological mechanisms of PTSD and its treatment. *Current psychiatry reports, 18*, 1-7.
106. Strand, V. C., Sarmiento, T. L., & Pasquale, L. E. (2005). Assessment and screening tools for trauma in children and adolescents: A review. *Trauma, Violence, & Abuse, 6*(1), 55-78.
107. Sukhodolsky, D. G., & Scahill, L. (2012). *Cognitive-behavioral therapy for anger and aggression in children*. Guilford Press.
108. Taft, C. T., Creech, S. K., & Murphy, C. M. (2017). Anger and aggression in PTSD. *Current opinion in psychology, 14*, 67-71.
109. Taft, C. T., Kaloupek, D. G., Schumm, J. A., Marshall, A. D., Panuzio, J., King, D. W., & Keane, T. M. (2007). Posttraumatic stress disorder symptoms, physiological reactivity, alcohol problems, and aggression among military veterans. *Journal of abnormal psychology, 116*(3), 498.
110. Taft, C. T., Vogt, D. S., Marshall, A. D., Panuzio, J., & Niles, B. L. (2007). Aggression among combat veterans: Relationships with combat exposure and symptoms of posttraumatic stress disorder, dysphoria, and anxiety. *Journal of Traumatic Stress, 20*(2), 135-145.
111. Taft, C. T., Watkins, L. E., Stafford, J., Street, A. E., & Monson, C. M. (2011). Posttraumatic stress disorder and intimate relationship problems: a meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology, 79*(1), 22.
112. Taft, C. T., Weatherill, R. P., Woodward, H. E., Pinto, L. A., Watkins, L. E., Miller, M. W., & Dekel, R. (2009). Intimate partner and general aggression perpetration among combat veterans presenting to a posttraumatic stress disorder clinic. *American Journal of Orthopsychiatry, 79*(4), 461-468.

113. Tapper, K., & Boulton, M. (2000). Social representations of physical, verbal, and indirect aggression in children: Sex and age differences. *Aggressive Behavior: Official Journal of the International Society for Research on Aggression*, 26(6), 442-454.
114. Tapper, K., & Boulton, M. J. (2004). Sex differences in levels of physical, verbal, and indirect aggression amongst primary school children and their associations with beliefs about aggression. *Aggressive Behavior: Official Journal of the International Society for Research on Aggression*, 30(2), 123-145.
115. Taylor, S., Asmundson, G. J., & Carleton, R. N. (2006). Simple versus complex PTSD: A cluster analytic investigation. *Journal of anxiety disorders*, 20(4), 459-472.
116. Ter Harmsel, J. F., Noordzij, M. L., van der Pol, T. M., Swinkels, L. T., Goudriaan, A. E., & Popma, A. (2023). Exploring the effects of a wearable biocueing app (Sense-IT) as an addition to aggression regulation therapy in forensic psychiatric outpatients. *Frontiers in psychology*, 14, 983286.
117. Teten, A. L., Miller, L. A., Stanford, M. S., Petersen, N. J., Bailey, S. D., Collins, R. L., ... & Kent, T. A. (2010). Characterizing aggression and its association to anger and hostility among male veterans with post-traumatic stress disorder. *Military medicine*, 175(6), 405-410.
118. Thomson, N. D., Bozgunov, K., Psederska, E., & Vassileva, J. (2019). Sex differences on the four-facet model of psychopathy predict physical, verbal, and indirect aggression. *Aggressive behavior*, 45(3), 265-274.
119. Treadwell, K., & Foa, E. (2004). Assessment of post-traumatic stress disorder. In *Handbook of forensic psychology* (pp. 347-366). Academic Press.
120. Tremblay, R. E. (2005). The development of aggressive behaviour during childhood. In *Growing Points in Developmental Science* (pp. 241-265). Psychology Press.

121. Tremblay, R. E., Hartup, W. W., & Archer, J. (Eds.). (2005). *Developmental origins of aggression*. Guilford Press.
122. Trickey, D., Siddaway, A. P., Meiser-Stedman, R., Serpell, L., & Field, A. P. (2012). A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clinical psychology review, 32*(2), 122-138.
123. Tull, M. T., Jakupcak, M., Paulson, A., & Gratz, K. L. (2007). The role of emotional inexpressivity and experiential avoidance in the relationship between posttraumatic stress disorder symptom severity and aggressive behavior among men exposed to interpersonal violence. *Anxiety, stress, and coping, 20*(4), 337-351.
124. Tursich, M., Ros, T., Frewen, P. A., Kluetsch, R. C., Calhoun, V. D., & Lanius, R. A. (2015). Distinct intrinsic network connectivity patterns of post-traumatic stress disorder symptom clusters. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 132*(1), 29-38.
125. Van Voorhees, E. E., Dennis, P. A., Elbogen, E. B., Clancy, C. P., Hertzberg, M. A., Beckham, J. C., & Calhoun, P. S. (2014). Personality Assessment Inventory internalizing and externalizing structure in veterans with posttraumatic stress disorder: Associations with aggression. *Aggressive behavior, 40*(6), 582-592.
126. Wang, X., Liu, Q., Merrin, G. J., Keller, A., Yoon, D., & Henderson, A. (2023). Harsh parenting among veterans: parents' military-related PTSD, mentalization, and pre-military trauma. *Frontiers in psychology, 14*, 1283801.
127. Warburton, W. A., & Anderson, C. A. (2015). Aggression, social psychology of. *International encyclopedia of the social & behavioral sciences, 1*, 373-380.
128. Weathers, F. W., Keane, T. M., & Davidson, J. R. (2001). Clinician-Administered PTSD Scale: A review of the first ten years of research. *Depression and anxiety, 13*(3), 132-156.

129. Weiss, N. H., Tull, M. T., Viana, A. G., Anestis, M. D., & Gratz, K. L. (2012). Impulsive behaviors as an emotion regulation strategy: Examining associations between PTSD, emotion dysregulation, and impulsive behaviors among substance dependent inpatients. *Journal of anxiety disorders, 26*(3), 453-458.
130. Xue, C., Ge, Y., Tang, B., Liu, Y., Kang, P., Wang, M., & Zhang, L. (2015). A meta-analysis of risk factors for combat-related PTSD among military personnel and veterans. *PloS one, 10*(3), e0120270.

ДОДАТКИ

Додаток А

Опитувальник «Шкала сприйманого стресу (PSS-10)»

1. Як часто останнього місяця Ви турбувалися через непередбачені події?

Ніколи

Майже ніколи

Інколи

Доволі часто

Часто

2. Як часто за останній місяць Вам видавалося складним контролювати важливі в Вашому житті речі?

Ніколи

Майже ніколи

Інколи

Доволі часто

Часто

3. Як часто за останній місяць Ви відчували нервову напругу чи стрес?

Ніколи

Майже ніколи

Інколи

Доволі часто

Часто

4. Як часто за останній місяць Ви відчували впевненість у тому, що впораєтеся з вирішенням Ваших особистих проблем?

Ніколи

Майже ніколи

Інколи

Доволі часто

Часто

5. Як часто за останній місяць Ви відчували, що все йде так, як Ви цього хотіли?

Ніколи

Майже ніколи

Інколи

Доволі часто

Часто

6. Як часто останнього місяця Ви думали, що не зможете впоратися з усім тим, що Вам було треба зробити?

Ніколи

Майже ніколи

Інколи

Доволі часто

Часто

7. Як часто останнього місяця Ви могли дати собі раду з Вашою дратівливістю?

Ніколи

Майже ніколи

Інколи

Доволі часто

Часто

8. Як часто останнього місяця Ви відчували, що володієте ситуацією?

Ніколи

Майже ніколи

Інколи

Доволі часто

Часто

9. Як часто останнього місяця Ви відчували роздратування через те, що події, які відбуваються, виходили з-під Вашого контролю?

Ніколи

Майже ніколи

Інколи

Доволі часто

Часто

10. Як часто останнього місяця Вам здавалося, що труднощів нагромаджується стільки, що Ви не в змозі їх контролювати?

Ніколи

Майже ніколи

Інколи

Доволі часто

Часто

Опитувальник «Шкала PCL-5»

При відповіді на кожне запитання, будь ласка, згадуйте тільки останні дві тижня. Як часто виникає кожна з наступних проблем протягом останніх двох тиждів					
		Ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
1.	Почуття смутку	0	1	2	3
2.	Втрата інтересу до повсякденних справ	0	1	2	3
3.	Плаксивість	0	1	2	3
4.	Почуття самотності; почуття ізольованості	0	1	2	3
5.	Відчуття втоми, нестача енергії або її зниження	0	1	2	3
6.	Почуття, ніби ти у пастці чи спійманий	0	1	2	3
7.	Рух чи мова настільки повільні чи швидкі, що це зауважують інші люди	0	1	2	3
8.	Повторювані або нав'язливі спогади про травму, включаючи думки та образи	0	1	2	3
9.	Погіршення настрою, коли щось нагадує про стресову подію	0	1	2	3
10.	Почуття, що тебе ніхто не розуміє	0	1	2	3
11.	Уникнення в цілому безпечних дій або	0	1	2	3

	ситуацій, які нагадують мені про минулу стресову подію				
12.	Відчуття втрати сенсу життя	0	1	2	3
13.	Тремтіння	0	1	2	3
14.	Нервовість чи потовиділення	0	1	2	3
15.	Почуття напруженості	0	1	2	3
16.	Напад страху чи паніки	0	1	2	3
17.	Думки про бажання убити себе; схильність до самогубства	0	1	2	3

У наступному розділі питається про вживання алкоголю. Запитання стосуються Вашого досвіду вживання алкогольних напоїв ЗА ОСТАННІ ТРИ МІСЯЦІ. Оскільки ми будемо цікавитись вживанням Вами алкогольних напоїв, пам'ятайте про те, що отримана від Вас інформація такого роду залишиться суто конфіденційною.

		Ніколи	Один раз чи два	Раз в місяць	Раз в тиждень	Кожного дня чи майже кожного дня
18.	За останні три місяця, як часто Ви вживали алкогольні напої?	0	2	3	4	5
19.	За останні три місяця, як часто Ви відчували	0	3	4	5	6

	надмірно сильний потяг вжити алкогольні напої?					
--	---	--	--	--	--	--