

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Факультет психології

Кафедра соціальної психології

**Особливості дослідження психологічного стану**

**військовослужбовців в процесі реабілітації**

*Кваліфікаційна робота*

Студентки 4 курсу ОР Бакалавр  
(спеціальність 053 «Психологія»,  
освітня програма «Психологія»)

**Лозан Альони Олегівни**

Науковий керівник:

кандидат психологічних наук, доцент

**Дубровинський Георгій Ревмирович**

**Роботу рекомендовано до захисту на ЕК №\_**

**Протокол №\_\_\_\_\_ від\_\_\_\_\_ року**

**Завідувачка кафедри соціальної психології**

**Траверсе Тетяна Михайлівна**

**Київ – 2025**

## ЗМІСТ

ВСТУП .....	6
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ .....	12
1.1. Поняття та механізм виникнення легкої черепно-мозкової травми. ....	12
1.2. Вплив легкої черепно-мозкової травми (лЧМТ) на психологічний стан військовослужбовців.....	18
1.3. Психологічний стан військовослужбовців в умовах бойових дій і після них.....	23
1.4. Особливості психологічного стану військовослужбовців в процесі реабілітації. ....	28
<b>Висновки до розділу 1</b> .....	36
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В ПРОЦЕСІ РЕАБІЛІТАЦІЇ.....	38
2.1. Основні етапи проведення емпіричного дослідження. ....	38
2.2. Опис методології та інструментів дослідження. ....	39
2.3. Характеристика досліджуваної вибірки. ....	43
<b>Висновки до розділу 2</b> .....	45
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В ПРОЦЕСІ РЕАБІЛІТАЦІЇ.....	47
3.1. Порівняльний аналіз показників PCL-5 та NSI.....	47
3.2. Лінійний регресійний аналіз впливу предикторів на рівень ПТСР та NSI. ....	50
3.3. Вплив особистісних рис (за опитувальником Айзенка) на рівень ПТСР у контрольній групі.....	59

3.4. Практичне застосування результатів дослідження в реабілітації військовослужбовців.....	62
Висновки до розділу 3 .....	63
ВИСНОВКИ.....	67
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	70
ДОДАТКИ.....	82

## ВСТУП

### **Актуальність теми дослідження.**

За підрахунками ООН, у період з 2014 по 2022 рік внаслідок агресії росії на території України близько 14 тисяч наших військовослужбовців отримали травми різної тяжкості. Після повномасштабного вторгнення кількість поранень надзвичайно зросла: у лютому 2025 року, в інтерв'ю британському журналістові Пірсу Моргану, Президент України Володимир Зеленський заявив про 390 тисяч поранених [60]. Надзвичайно велика кількість скалічених тілом та духом, фізично та психологічно, і усі вони потребують комплексної реабілітації. За словами заступниці міністра охорони здоров'я Марини Слободніченко, В Україні є потреба у 221 реабілітаційному центрі, але наразі відкрито 129 [10]. І лише деякі з них, наприклад, центр психічного здоров'я та реабілітації ветеранів «Лісова Поляна» МОЗ України, спеціалізуються на лікуванні психотравми та наслідків легкої черепно-мозкової травми (посткомоційного синдрому). Дослідженням наслідків бойових дій на психіку військовослужбовців займалися зокрема К.Б. Возніцина, А.О. Грибок, С. О. Гурський, О.М. Кокун, С. О. Ларіонов, Л.І. Литвиненко, Н. С. Лозінська, С. С.Макаренко, В. О. Олійник, І. О. Пішко, Т.В. Сіренко, Д.М. Харченко, С. М. Хоружий; L. A. Brown, C. J. Bryan, J. E. Butner, H. Coon, K. A. Dondanville, K. H. Dillon, B. A. Fina, E. B. Foa, S. J. Fredman, G. K. Rhoades, W. J. Hale, B. N. Hall-Clark, A. K. Hancock, A. M. Hernandez, K. M. Kelly, T. M. Keane, Y. Le, B. T. Litz, S. T. LoSavio, A. Macdonald, K. L. Maurer, C. A. McGeary, C. P. McLean, J. Mintz, C. M. Monson, K. L. Nicholson, B. L. Niles, V. O. Oliynyk, A. L. Peterson, I. O. Pishko, K. E. Pruiksma, P. A. Resick, J. D. Roache, J. V. Tabares, D. J. Taylor, J. S. Wachen, D. E. Williamson, J. S. Yarvis, S. Young-McCaughan та інші.

Необхідність психологічної реабілітації для військовослужбовців ґрунтується на глибокому впливі бойових дій на психічне здоров'я. Участь у бойових діях, зіткнення зі смертю, втрата побратимів, перебування в умовах

постійного стресу та небезпеки залишають глибокі шрами не лише на тілі, а й у психіці. Навіть за відсутності фізичних поранень, військовослужбовці часто стикаються з цілим спектром психологічних проблем та труднощів, а саме: інтрузивні спогади (флешбеки), нічні жахи, гіперпильність, підвищена тривожність, ангедонія, зниження енергійності та багато інших симптомів. Вони не тільки погіршують якість життя самих військовослужбовців, але й негативно впливають на їхні сім'ї, громаду та суспільство в цілому. Відсутність своєчасної та кваліфікованої психологічної допомоги може призвести до хронізації цих станів, поглиблення соціальної дезадаптації та зростання соціальних проблем. Саме тому, поряд із фізичною реабілітацією, фундаментальне значення набуває своєчасна та комплексна психологічна реабілітація військовослужбовців. Вона є невід'ємною складовою процесу їхнього відновлення, оскільки спрямована на подолання наслідків пережитого психотравмуючого досвіду, відновлення емоційної стабільності, формування ефективних копінг-механізмів, налагодження міжособистісних стосунків та сприяння їхній повноцінній реінтеграції в соціум.

У цьому контексті особливої актуальності набуває детальне та систематичне дослідження психологічного стану військовослужбовців на етапі реабілітації. Серед відомих дослідників даної проблематики можна виділити M. Alt, C. B. Bradshaw, L. A. Brenner, K. Carlson, L. J. Caplan, K. D. Cicerone, J. E. Constance, J. P. Donnelly, K. T. Donnelly, M. Dunnam, P. J. Fitzpatrick, L. Friedman, N. Greer, B. J. Ivins, M. Jaffee, K. Kalmar, T. M. Keane, J. E. Kennedy, S. Kehle, C. J. Kittleson, F. O. Leal, G. A. Leskin, H. L. Lew, R. MacDonald, L. Meis, D. F. Moore, L. A. Nelson, J. H. Poole, K. Schwab, B. J. Sigford, J. W. Stokes, H. Terrio, R. D. Vanderploeg, D. Warden, G. C. Warner, T. Wilt, J. Yesavage. Ретельний аналіз особистісних характеристик, наслідків легкої черепно-мозкової травми (лЧМТ) та схильності до розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у цей період є критично важливим з кількох ключових аспектів. По-перше, рання ідентифікація специфічних психологічних порушень, пов'язаних з лЧМТ, дозволяє

розробити індивідуалізовані програми реабілітації, що враховують ці особливості. По-друге, виявлення предикторів розвитку ПТСР на ранніх етапах реабілітації дає змогу впроваджувати превентивні заходи та своєчасно надавати цілеспрямовану психотерапевтичну допомогу, мінімізуючи ризик хронізації розладу та розвитку супутніх психіатричних станів. Крім того, комплексне дослідження психологічного стану військовослужбовців у процесі реабілітації сприяє оптимізації існуючих реабілітаційних протоколів, дозволяючи оцінити їхню ефективність та вносити необхідні корективи. Отримані наукові дані можуть слугувати підґрунтям для розробки науково-обґрунтованих стратегій психологічної підтримки, адаптованих до специфічних потреб наших захисників.

**Мета дослідження:**

Виявити та проаналізувати особливості психологічного стану військовослужбовців у період реабілітації.

**Завдання дослідження:**

1. Здійснити теоретико-методологічний аналіз впливу легкої черепно-мозкової травми (лЧМТ) на психологічний стан військовослужбовців;
2. Описати особливості психологічного стану військовослужбовців в процесі реабілітації.
3. Провести емпіричне дослідження з використанням підібраних та протокольних методик у закладі реабілітації
4. Визначити схильність до посттравматичного розладу у військовослужбовців, які перенесли лЧМТ.
5. Виявити психологічні особливості, що підвищують ризик розвитку ПТСР у військовослужбовців після перенесеної лЧМТ.

**Об'єкт дослідження:**

Процес реабілітації військовослужбовців.

**Предмет дослідження:**

Особливості дослідження психологічного стану військовослужбовців в процесі реабілітації.

**Методи дослідження.**

Для вирішення окреслених завдань було використано комплекс теоретичних та емпіричних методів наукового дослідження.

- теоретичні: аналіз, синтез й узагальнення під час розгляду викладених у науковій літературі матеріалів щодо сучасного стану досліджуваної проблеми й опрацювання отриманих результатів;
- емпіричні: анкетування, тестування, зокрема, опитувальник нейроповедінкових симптомів (Neurobehavioral symptom inventory, NSI), Шкала PCL-5 (Перелік симптомів ПТСР) та Особистісний опитувальник Айзенка EPI (Eysenck Personality Inventory).

Обробку емпіричних показників здійснено з використанням методів математичної статистики: коефіцієнт Альфа Кронбаха, описова статистика (середнє значення, медіана, стандартне відхилення, стандартна похибка), порівняльний аналіз (t-критерій Стьюдента для незалежних вибірок, Розмір ефекту Коена d), лінійний регресійний аналіз (множинна лінійна регресія, Коефіцієнт детермінації ( $R^2$ ), Скоригований коефіцієнт детермінації, F-статистика (F-statistic) та p-значення для моделі, Коефіцієнти регресії, Стандартна похибка коефіцієнта, t-статистика (t-statistic) та p-значення для коефіцієнтів).

**Дослідницька вибірка.**

У дослідженні взяли участь 66 респондентів, серед яких 12 жінок та 54 чоловіків віком від 21 до 53 років. Опитування проводилося у форматі онлайн із використанням Google-Form та очно, з використанням паперової версії дослідження.

**Наукова новизна** одержаних результатів дослідження полягає в тому, що:

- **розширено уявлення** про психологічний стан військовослужбовців у процесі реабілітації після лЧМТ, підтвердивши значущу вираженість симптомів ПТСР та нейроповедінкових проявів у реабілітаційній групі порівняно з контрольною;
- **уточнено розуміння** впливу лЧМТ, приналежності до реабілітаційної групи, демографічних/службових факторів та особистісних рис на рівень ПТСР і NSI, показавши, що, попри загальну значущість розширених регресійних моделей, індивідуальні лінійні внески більшості предикторів були несуттєвими, що вказує на багатофакторну, а не лінійну природу цих взаємозв'язків;

**Практичне значення роботи** полягає у тому, що:

1. Результати порівняльного аналізу психологічного стану військовослужбовців, які проходять реабілітацію після травматичного досвіду, обґрунтовують для психологів-практиків першочергову необхідність діагностики та інтенсивної корекції виражених симптомів ПТСР та нейроповедінкових порушень, що є поширеними у цій категорії;

2. Встановлена складна, багатофакторна природа взаємозв'язків між наявністю лЧМТ, демографічними, службовими факторами, особистісними рисами та психологічним станом (ПТСР, НПС) орієнтує фахівців на розробку та впровадження комплексних, мультимодальних реабілітаційних програм. Це підкреслює потребу в інтеграції різних терапевтичних методів (наприклад, біосугестивної терапії, EMDR, VR-терапії) та засобів психологічного розвантаження, адаптованих до індивідуальних потреб, а не вузькоспрямованих втручань;

3. Розроблені на основі дослідження пропозиції щодо підходів до реабілітації військовослужбовців, з урахуванням виявлених психологічних особливостей, можуть бути використані як практичні рекомендації для

психологів, соціальних працівників та медичного персоналу, задіяного у сфері психологічного супроводу та відновлення ветеранів, сприяючи ефективнішому плануванню та модифікації терапевтичних програм.

**Достовірність і обґрунтованість наукових результатів** забезпечено обґрунтованим вибором основних припущень і обмежень, прийнятих за вихідні, при формулюванні мети та завдань роботи; використанням репрезентативної вибірки та сучасного, валідного та надійного емпіричного інструментарію, а також апробованих та прийнятих у сучасній науці методів математико-статистичного аналізу даних, коректним добором використаних показників і критеріїв; поєднанням теоретичного аналізу з проведенням емпіричного дослідження.

**Структура та обсяг роботи.** Дипломна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел, що налічує 76 найменувань, з них – 66 іноземною мовою, та один додаток. Дослідження містить 16 таблиць і 2 рисунки. Основний зміст викладено на 68 сторінках комп'ютерного набору. Повний обсяг роботи становить 84 сторінки.

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ РЕАБІЛІТАЦІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

#### 1.1. Поняття та механізм виникнення легкої черепно-мозкової травми

Розгляд поняття «легка черепно-мозкова травма (лЧМТ)» доцільно розпочати з аналізу суміжної термінології та розмежування між відповідними поняттями, а саме: контузія, струс головного мозку, міно-вибухова травма, акубаротравма, постконтузійний синдром, хронічна травматична енцефалопатія. У медичній сфері термін, що історично фігурував як «shell shock» за часів Першої світової війни та був відомий на території Радянського Союзу в період Другої світової як «контузія», на сьогоднішній день розглядається як застарілий і такий, що не відповідає необхідній точності для застосування в клінічній практиці. Це зумовлено тим, що він не узгоджується з сучасними науковими уявленнями про природу подібних уражень. У визначеннях цього явища та процесі встановлення відповідних діагнозів існує значна кількість розбіжностей, що обумовлюються різноманітними факторами. Перш за все, у повсякденному спілкуванні термін «контузія» часто використовується для позначення як безпосередньої миті вибухової дії, так і віддалених наслідків отриманої травми, які проявляються вже після завершення бойових дій, у мирному житті. Проте таке вживання є некоректним, оскільки в першому випадку мова йде про гострий стан, тоді як у другому — про хронічний процес, що є результатом первинного гострого ураження та має чіткі медичні критерії визначення. Окрім того, через відмінності у мовній термінології між англійською, українською та латинською мовами виникла певна плутанина в розумінні та застосуванні відповідних понять. Явище, яке нерідко іменують «контузисю», насправді є струсом головного мозку, що латинською позначається як «commotio» (а англійською — «concussion»), і відрізняється від забою

головного мозку — «contusio», який є самостійним діагнозом, що характеризується іншим механізмом ураження та специфічними клінічними проявами. У висновках, що формуються медико-експертними комісіями (за умови офіційного документування факту отримання травми), можна зустріти такі формулювання, як: міно-вибухова травма, струс головного мозку, акубаротравма. Саме такий опис є найбільш точним для позначення стану, який у побуті часто називають «контузією» (маючи на увазі гостре ураження, отримане внаслідок бойових дій). У Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) цей стан має кодове позначення S06.0. Водночас, в англійській медичній літературі струс головного мозку часто розглядається як легка черепно-мозкова травма — mild traumatic brain injury (mTBI).

У подальшому перебігу подій гостра травма може або повністю регресувати, не залишаючи жодних наслідків, або призводити до розвитку наслідків двох основних типів. Важливо зазначити, що між українською та міжнародною системами класифікації в питанні визначення гострої черепно-мозкової травми (струсу) суттєвих розбіжностей не спостерігається (однаковий код S06.0). Однак, при кодуванні віддалених наслідків бойових травм виявляються значні відмінності, які необхідно враховувати для коректної діагностики та обліку. Зокрема, постконтузійний синдром, що є наслідком перенесеного струсу головного мозку, в англійській літературі описується як postconcussion syndrome, тобто синдром, що виникає після струсу, а не після контузії (відповідний код за ICD-10 — F07.81). У медичній документації цей стан часто фіксується як: наслідки міно-вибухової травми, струсу головного мозку, акубаротравми, що проявляються у вигляді енцефалопатії з різноманітними симптомами. Для кодування цього стану використовуються коди F07.2 (постконтузійний синдром) або T90.5 (віддалені наслідки внутрішньочерепної травми голови). У рідкісних випадках, при багаторазовому впливі вибухових хвиль на організм, може розвиватися більш складний патологічний процес, відомий як хронічна травматична енцефалопатія. На сьогоднішній день цей діагноз не має чітко

визначеного коду ані в українській, ані в міжнародній класифікації хвороб, оскільки остаточне його підтвердження можливе лише за результатами посмертного патогістологічного дослідження тканин головного мозку. На даний момент хронічна травматична енцефалопатія (Chronic Traumatic Encephalopathy — CTE) кодується за аналогією з F07.81 — postconcussion syndrome.

У DSM-5 легка черепно-мозкова травма (mild Traumatic Brain Injury - mTBI), також відома як струс мозку (concussion), формально не має окремого специфічного діагностичного коду як самостійний розлад. Натомість, наслідки легкої черепно-мозкової травми можуть бути класифіковані в межах категорії «Нейрокогнітивні розлади» (Neurocognitive Disorders). Залежно від наявності та вираженості когнітивних порушень, спричинених mTBI, може бути встановлено діагноз «Легкий нейрокогнітивний розлад внаслідок черепно-мозкової травми» (Mild Neurocognitive Disorder due to Traumatic Brain Injury). Для цього діагнозу в DSM-5 немає єдиного конкретного коду, але можуть використовуватися загальні коди для легких нейрокогнітивних розладів, такі як: 331.83 (G31.84) Легкий нейрокогнітивний розлад (Mild Neurocognitive Disorder) та 799.59 (R41.9) - Неуточнений когнітивний розлад (Cognitive Disorder, unspecified) - може використовуватися, якщо немає достатньо інформації для встановлення більш конкретного діагнозу. Важливо зазначити, що при діагностуванні легкого нейрокогнітивного розладу внаслідок ЧМТ, лікар повинен вказати етіологічний фактор, тобто «внаслідок черепно-мозкової травми». Крім того, якщо у пацієнта спостерігаються специфічні поведінкові розлади внаслідок ЧМТ, можуть бути використані додаткові коди, що відображають ці порушення. Таким чином, у DSM-5 немає окремого коду для «легкої черепно-мозкової травми» як такого, але її наслідки, особливо когнітивні порушення, класифікуються в межах категорії нейрокогнітивних розладів з відповідним зазначенням етіології.

Отже, легка черепно-мозкова травма (лЧМТ) визначається як короткочасна та зворотна зміна психічного стану, спричинена травмою. До таких змін належать втрата свідомості або пам'яті, сплутаність свідомості, яка може тривати від кількох секунд до кількох хвилин, а в деяких випадках і до кількох годин. Важливою особливістю лЧМТ є те, що зазвичай вона не супроводжується макроскопічними структурними ураженнями головного мозку та серйозними залишковими неврологічними змінами. Термін «легка» в контексті ЧМТ стосується тяжкості первинної травми, а не потенційних наслідків. Нерідко легку ЧМТ ототожнюють зі струсом головного мозку. Струс головного мозку є найбільш поширеним видом ЧМТ і характеризується саме такими короткочасними функціональними порушеннями без грубих анатомічних змін.

Для розуміння механізму виникнення лЧМТ, необхідно почати з розгляду того, що трапляється із тканинами мозку під час дії вибухової хвилі. Головний мозок, що є надзвичайно чутливою структурою, сформованою з м'якої жирової речовини, надійно захищений спеціалізованими оболонками та міцною кістковою структурою черепа. Мозкова тканина складається з розгалуженої мережі приблизно дев'яноста мільярдів нейронів, які передають сигнали через довгі відростки — аксони, забезпечуючи міжклітинні зв'язки та контроль над усіма функціями організму. Мозок оточений цереброспінальною рідиною — ліквором, що заповнює також внутрішні порожнини (шлуночки та цистерни), виконуючи амортизаційну функцію. Півкулі головного мозку покривають серединні структури, які є відносно нерухомими порівняно з півкулями. Уявімо потужний вплив вибухової хвилі, що несе колосальну руйнівну енергію, яка є основною рушійною силою складних змін у мозку. Перш за все, варто відзначити механізм гідродинамічного удару — енергія вибухової хвилі передається на заповнені рідиною порожнини та захисні оболонки мозку, спричиняючи утворення «лікворних хвиль» з різкими коливаннями гідростатичного тиску. Цей тиск розподіляється в мозку нерівномірно, оскільки мозок зміщується в

закритому просторі черепа, що призводить до зон з підвищеним або зниженим тиском (хвиль градієнту тиску). Після проходження піку ударної хвилі відбувається різке падіння тиску, викликаючи кавітацію — формування та миттєве зникнення газових мікробульбашок. Крім того, різкі стрибки артеріального тиску, спрямовані вгору від грудної клітки, мають значний вплив. Другим важливим механізмом є зміщення та ротація (прокручування) півкуль мозку відносно менш рухливих центральних структур, що призводить до пошкодження аксонів. Третім механізмом є феномен «протиудару» — зміщення мозку під дією фронту ударної хвилі та його різкий удар об нерухому внутрішню поверхню протилежної сторони черепа. Ці фізичні явища спричиняють структурні зміни в мозку: травмування та розриви нервових волокон [8].

Завдяки спеціалізованій методиці магнітно-резонансної томографії — Diffusion Tensor Imaging (DTI), можливо визначити кількість та локалізацію пошкоджень цілісності пучків нервових волокон (аксонів), що використовується для підтвердження наслідків легкої черепно-мозкової травми (mTBI) у ветеранів США. При загибелі нейронів вивільнюються токсичні речовини, які додатково пошкоджують сусідні нейрони. Специфічні зміни у вигляді рубцевої тканини формуються переважно в місцях контакту між білою та сірою речовинами мозку та в областях, розташованих найближче до заповнених ліквором порожнин. Це узгоджується із загальними принципами біофізики вибуху. Поблизу цих порожнин знаходяться серединні структури мозку, що відіграють ключову роль у виконанні різноманітних фізіологічних функцій: регуляція сну та активності, контроль роботи внутрішніх органів, гормональної системи, емоційних реакцій, підтримання балансу організму при зовнішніх змінах, первинна обробка інформації тощо. Їх ураження зумовлює яскраву клінічну картину. Травмування дрібних кровоносних судин спричиняє запальні процеси в мозкових оболонках (арахноїдит) з утворенням зон «злипання», що порушує

нормальну циркуляцію рідини навколо мозку, ускладнюючи перебіг захворювання.

У випадках багаторазових струсів головного мозку, спричинених вибуховими хвилями, може розвиватися хронічна травматична енцефалопатія — стан, значно складніший та тяжчий за постконтузійний синдром. Діагностувати зміни в мозку за життя неможливо, оскільки їх візуалізація можлива лише при дослідженні препаратів мозку після смерті. Хронічна травматична енцефалопатія призводить до атрофії лобової та скроневої часток, таламуса та гіпоталамуса, а також до аномальних відкладень білка «тау» у вигляді нейрофібрилярних клубків по всій структурі мозку. Цей патологічний процес має прогресуючий характер, невпинно руйнуючи клітини мозку і є незворотнім дегенеративним захворюванням. Механізм запуску цього процесу наразі залишається нез'ясованим [8].

Особливої уваги заслуговує вплив вибухової хвилі на слуховий та вестибулярний апарати (акубаротравма). Дія вибуху у формі «молекулярного струсу» є настільки деструктивною для цих важливих сенсорних систем, що ураження поширюється не лише на периферійні відділи, які безпосередньо сприймають вибухову хвилю, але й на відповідні ділянки у стовбурі головного мозку та їх центральні представництва в корі великого мозку. Патологічний процес охоплює мікроскопічні крововиливи та зміщення елементів внутрішнього вуха, дегенерацію специфічної нервової тканини та вегетативні порушення, пошкодження ядер аналізатора та кори, а також зміни у звукопровідному апараті. Це кардинально відрізняє дане ураження від інших видів травм, пояснює його стійкість до лікування та відновлення функцій, а часто і їхню незворотність. Міно-вибухова акубаротравма характеризується наступними особливостями: відсутність аналогів у клінічній картині захворювань мирного часу; дифузний характер ураження, що охоплює діапазон від середнього вуха до кори головного мозку; різноманіття механізмів розвитку патологічного процесу; висока мінливість клінічного перебігу [47]. Ці унікальні характеристики стали відомі завдяки

застосуванню високотехнологічних методів сучасної патологічної анатомії для дослідження мозку ветеранів, які загинули внаслідок вибухової травми головного мозку. Проте боротьба за подолання цієї невидимої травми триває.

## 1.2. Вплив легкої черепно-мозкової травми (лЧМТ) на психологічний стан військовослужбовців

Легка черепно-мозкова травма (лЧМТ) є характерною травмою для військовослужбовців Збройних Сил України, особливо в умовах сучасного ведення бойових дій, де широко застосовуються вибухові пристрої. Військова легка черепно-мозкова травма (лЧМТ) суттєво відрізняється від цивільної травми. Хоча легкі черепно-мозкові травми, отримані як у військових, так і в цивільних умовах, ймовірно, недостатньо реєструються, територія фронту з активними бойовими діями створює додаткові перешкоди для повідомлення про травми та отримання медичної допомоги. Унаслідок вибухів військові можуть зазнавати первинної, вторинної, третинної або четвертинної вибухової травми, що суттєво підвищує ризик виникнення лЧМТ. Первинна вибухова травма виникає, коли травма отримана від вибухових матеріалів. Вторинна вибухова травма виникає внаслідок удару об'єктами, відкинутими вибухом, або уламками корпусу зброї. Третинна вибухова травма є результатом того, що людину відкидає вибуховою хвилею та вона вдаряється об інший об'єкт, такий як стіна або земля. Нарешті, четвертинна вибухова травма може виникнути від опіків, токсичних випарів та інших причин, не охоплених попередніми визначеннями [40, 20]. Важливими факторами, що впливають на поширеність лЧМТ серед українських військових, є багаторазове перебування в зоні бойових дій, підвищена ймовірність повторних травм, специфіка військових навчань, а також фізичне та психоемоційне навантаження. З огляду на велику частоту лЧМТ та потенційні наслідки, ця травма є не лише медичною, а й соціальною проблемою.

Хоча більшість пацієнтів з легкою черепно-мозковою травмою (лЧМТ), здається, одужують, значна кількість пацієнтів демонструє фізичні, когнітивні та емоційні симптоми, які можуть зберігатися більше 3 місяців після травми та заважати щоденному функціонуванню. Первинні дослідження в цій галузі були значною мірою спрямовані на документування природного перебігу відновлення після лЧМТ. Рімел та колеги, вивчаючи вибірку пацієнтів з лЧМТ, репрезентативну для загальної клінічної популяції, виявили, що 79% пацієнтів скаржилися щонайменше на один стійкий симптом, а 34% все ще демонстрували функціональну недієздатність через 3 місяці після травми [62]. Подальші дослідження, які застосовували суворіший методологічний контроль, дійшли висновку, що як нейропсихологічні дефіцити, так і постконтузійні симптоми, що спостерігалися на початковому етапі, зникли протягом 3 місяців після травми у переважної більшості пацієнтів. Однак ці дослідження визнавали, що у деяких пацієнтів з лЧМТ можуть зберігатися стійкі проблеми, оскільки суб'єктивні скарги часто були присутні через 3 місяці навіть у тих пацієнтів, когнітивні функції яких покращилися.

Більш пізні дослідження, які намагалися спеціально оцінити пацієнтів зі стійкими симптомами, продемонстрували зниження нейропсихологічного функціонування та нездатність відновити нормальне функціонування навіть більше ніж через 1 рік після травми. Пацієнти, які повідомляють про більшу кількість симптомів через 1, 6 або 12 місяців після отримання лЧМТ, можуть мати менш адекватне нейропсихологічне функціонування, ніж пацієнти, які повідомляють про незначну кількість симптомів або їх відсутність [23].

Ці дослідження симптоматичних пацієнтів намагалися встановити неврологічну основу стійких симптомів після лЧМТ. Кайт Д. Ціцероне (Keith D. Cicerone) зазначає, що у клінічній практиці нерідко спостерігаються пацієнти, які продовжують повідомляти про багато постконтузійних симптомів через кілька місяців після травми, хоча ці суб'єктивні скарги можуть бути сильнішими, ніж очікувалося на основі об'єктивних

неврологічних даних або нейропсихологічного тестування [23]. Ця потенційно значна розбіжність між суб'єктивними скаргами та недієздатністю і відсутністю об'єктивних даних змусила кількох дослідників поставити під сумнів неврологічну основу, валідність або значущість постконтузійного синдрому.

Хоча постконтузійний синдром клінічно визнаний, було зроблено небагато спроб формально описати та дослідити кластер симптомів, що виникають після лЧМТ. Левін та колеги провели факторний аналіз даних, зібраних у структурованому інтерв'ю зі 155 пацієнтами протягом 1 тижня після отримання лЧМТ, що потребувала госпіталізації [50]. На основі структури факторних навантажень було виділено п'ять відокремлених факторів, що склалися з постконтузійних симптомів: когнітивно-депресивний, соматичний, сенсорно-сонний, смаково-нюховий та дратівливість-тривожність. За допомогою кластерного аналізу, заснованого на цих п'яти факторних симптомах, було ідентифіковано три кластери пацієнтів [50]. Найбільша група пацієнтів, виявлена за допомогою кластерного аналізу, повідомляла про мінімальні або відсутні постконтузійні симптоми, незважаючи на дещо гірші результати нейропсихологічних тестів. Окрему другу групу склали пацієнти з переважно симптомами когнітивних порушень та депресії, а в третій групі пацієнтів найбільш вираженими були соматичні симптоми. Цей профіль суб'єктивних скарг був надійним і послідовним у різних географічних центрах, незважаючи на варіації в етіології травми та соціокультурних факторах.

Райтсон і Гронволл обстежили 63 пацієнти зі стійкими симптомами протягом 3 місяців після легкої черепно-мозкової травми та виявили чотири групи симптомів за допомогою клінічного інтерв'ю: розмиті зміни особистості; когнітивні проблеми; втома, дратівливість та чутливість до шуму; та соматичні симптоми, такі як головний біль, порушення рівноваги та двоїння в очах [37]. Серед цих симптомів когнітивні проблеми та втома найчастіше повідомлялися через 3 місяці та були пов'язані зі зниженням

працездатності. Алвес та колеги досліджували тип, частоту та тривалість самостійно повідомлених постконтузійних симптомів у 587 послідовних пацієнтів, госпіталізованих, які відповідали критеріям неускладненої лЧМТ [11]. Постконтузійні симптоми були присутні приблизно у двох третин пацієнтів протягом перших 3 місяців після травми. Через 6-12 місяців після травми у 40-45% пацієнтів, доступних для подальшого спостереження, спостерігалися стійкі постконтузійні симптоми. Найчастіше повідомлюваний комплекс симптомів включав головний біль, запаморочення та скарги на пам'ять, хоча цей комплекс був присутній лише приблизно у 6% спостережуваних випадків через 12 місяців. Таким чином, все ще існує значна невизначеність щодо природи стійкого постконтузійного синдрому [11].

Серед найбільш поширених супутніх психоемоційних станів, що виникають у результаті легкої черепно-мозкової травми (лЧМТ), особливо на тлі міно-вибухової травми (МВТ), найчастіше фіксуються такі діагнози, як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресія та різні форми тривожних розладів. Дані клінічних спостережень та досліджень свідчать про те, що лЧМТ тісно пов'язана з підвищеним ризиком розвитку депресивних станів, які можуть мати як короткочасний, так і затяжний характер. Серед основних емоційних змін, що виникають у постраждалих, виділяється дратівливість, яка часто проявляється у вигляді надмірної чутливості до зовнішніх подразників та вибухових емоційних реакцій. Цей симптом нерідко вважається типовим наслідком як лЧМТ, так і МВТ, і є проявом загальної емоційної нестабільності. Емоційна лабільність, що характеризується різкими змінами настрою, плаксивістю, емоційним виснаженням, також є поширеним проявом. Наявність одночасно кількох емоційних симптомів, таких як тривожність, депресія, дратівливість та напади страху, ускладнює діагностику, адже вони можуть мати як органічну природу (наслідок ушкодження мозку), так і бути вторинними психічними розладами, що виникли на тлі травматичного досвіду. Тяжкість проявів

афективних розладів може бути зумовлена не лише безпосереднім біологічним впливом травми на нервову систему, а й психологічними чинниками, пов'язаними з переживанням небезпеки, втрати або відчуття провини, особливо у контексті МВТ [40].

Когнітивні порушення становлять одну з найбільш поширених і водночас найскладніших у виявленні груп симптомів, пов'язаних із легкою черепно-мозковою травмою. Типовими проявами є уповільнення мислення, зниження здатності до концентрації уваги, труднощі з запам'ятовуванням нової інформації та відтворенням уже наявної. Пацієнти часто скаржаться на розсіяність, втрату послідовності думок, складність у виконанні звичних когнітивних завдань [15]. Подібні симптоми особливо характерні для ветеранів, які зазнали впливу вибухової хвилі, навіть за її низької інтенсивності. У таких осіб реєструються ознаки порушення функціонування нейронних мереж, відповідальних за виконавчі функції, планування дій, прийняття рішень та емоційне саморегулювання. Нерідко спостерігається зниження швидкості обробки інформації, що суттєво ускладнює повсякденне функціонування, зокрема при виконанні службових або професійних обов'язків. Забудькуватість та когнітивна втома, які не зникають навіть після відпочинку, також є характерними симптомами. Важливо зазначити, що не всі когнітивні скарги мають об'єктивне підтвердження при нейропсихологічному тестуванні, тому клінічна оцінка має бути комплексною, з урахуванням суб'єктивного досвіду пацієнта, контексту травми та можливих супутніх психоемоційних порушень.

Легка черепно-мозкова травма може супроводжуватись і вираженими змінами поведінки. Однією з ознак є раптові або поступові зміни в особистісному функціонуванні: людина може стати замкнутою, уникати соціальних контактів, демонструвати нетипову для себе агресію або, навпаки, проявляти емоційну байдужість і апатію. Поведінкові симптоми можуть включати імпульсивність, зниження контролю над емоціями, вибухові реакції, що створює значні труднощі у стосунках із близькими та колегами.

Часто спостерігається соціальна ізоляція, яка є наслідком не тільки особистісних змін, а й зниження здатності адаптуватися до звичних соціальних умов. Поведінкові розлади можуть бути як прямим наслідком органічного ураження нейронних систем, що відповідають за регуляцію поведінки, так і проявом емоційної дисрегуляції у контексті депресії, тривожності або ПТСР [19]. Такі зміни становлять особливу загрозу не лише для якості життя постраждалого, а й для його соціального функціонування, і потребують цілеспрямованої психокорекційної підтримки.

Фізичні та сенсорні прояви, які супроводжують лЧМТ і МВТ, мають як біологічну, так і психологічну складову. Одними з найпоширеніших симптомів є головний біль, порушення слуху (включаючи дзвін, шум у вухах, так званий тинітус), зниження енергії та загальна фізична втома. Часто також фіксуються скарги на запаморочення, нестійкість ходи, порушення сну, світло- та шумочутливість, особливо у тих, хто зазнав вибухового впливу. Сенсорні дефіцити, такі як розлади зору або слуху, можуть суттєво знижувати здатність до ефективного функціонування та посилювати почуття ізоляції [40]. Ці симптоми мають тенденцію поглиблювати наявні психоемоційні проблеми, спричиняючи розвиток тривоги, депресії або хронічного стресу. Важливо диференціювати, чи мають ці симптоми органічну природу або ж вони є психосоматичними реакціями на психологічний дистрес. Наприклад, хронічний біль без чіткої соматичної причини часто є індикатором глибших емоційних проблем, що потребують психотерапевтичного втручання. З цієї причини комплексна реабілітація військовослужбовців має враховувати як фізичні аспекти стану, так і психологічні реакції на тілесний дискомфорт.

### 1.3. Психологічний стан військовослужбовців в умовах бойових дій і після них

Військовослужбовці, що брали участь у бойових діях, нерідко виявляють характерні особливості психічного стану, психічних процесів,

властивостей і поведінки. Серед таких проявів можна спостерігати підвищену дратівливість, схильність до пригніченого емоційного стану, нетерплячість, високу емоційну реактивність, внутрішню напругу, симптоми депресії, швидку втомлюваність, апатію, тривожні стани, страхи, фобії, відчуття провини, втрату, агресивність, гнів, образливість, злість, надмірне прагнення до справедливості. Також відзначається зосередженість на втратах, труднощі із засинанням, нічні жахіття, тремтіння, неможливість фізично розслабитися, постійна тілесна напруга та відчуття небезпеки [57]. Сукупність цих симптомів часто призводить до глибокого виснаження, емоційного спустошення, підозрливості, порушень пам'яті, труднощів концентрації уваги, нав'язливих спогадів про бойові події, проявів ПТСР, негативних змін особистості, соціально-психологічної дезадаптації, звуження кола соціальних зв'язків, асоціальної поведінки, проблем у побуті, зі здоров'ям та в родинному колі, зловживання ПАР, конфліктів з близькими (партнером, родиною, друзями, колегами) та невпевненості у майбутньому [71]. З усім цим стикаються психологи, які надають допомогу військовим після участі в бойових діях.

Наслідки психотравмуючих подій для психіки особи можна розглядати з двох ключових позицій. Перший аспект – деструктивний вплив, який зазвичай проявляється у вигляді «розладів, пов'язаних із травмою і стресом» (згідно з DSM-5), зокрема «гострий стресовий розлад» (ГСР) і «посттравматичний стресовий розлад» (ПТСР) [12]. До цієї групи також належать: ускладнене чи травматичне горе, депресія, генералізований тривожний розлад, панічні атаки, дисоціації, соматоформні й конверсійні розлади, короткочасні психотичні епізоди, а також зловживання психоактивними речовинами [16]. Важливо зазначити, що за даними DSM-5, ризик виникнення супутніх порушень (наприклад, депресії) у осіб із ПТСР досягає 80% [12]. Такі стани істотно впливають на психологічне благополуччя, знижують якість життя, ускладнюють взаємини з іншими

людьми, часто спричиняючи ізоляцію, інвалідність, хронічні психічні розлади та затримані реакції на бойові стреси [35].

Інша сторона травматичного впливу – це так зване «психологічне зростання», що його описує Дж. Брієр [16]. Воно настає, коли людина проходить крізь травму, переосмислює її, змінюючи власне життя у позитивному напрямі: змінюється сприйняття реальності, поглиблюється розуміння себе та інших. Однак як подолання негативних наслідків, так і досягнення цього зростання – це складний процес, у якому підтримка досвідченого психолога або психотерапевта є вкрай важливою.

Аналіз наукових джерел, присвячених темі ПТСР у військових [3; 4; 6; 7], дозволяє виокремити типові симптоми. До них належать: суїцидальні думки і спроби, бажання носити зброю й використовувати її у складних ситуаціях, втрата життєвого сенсу, невіра у власні сили, депресія, песимізм, почуття самотності й непотрібності, недовіра до інших, неможливість відкрито говорити про бойовий досвід, враження нереальності пережитого, втрата відчуття впливу на обставини, труднощі у щирому спілкуванні, надмірна тривожність, підсвідоме очікування смерті, постійне запитання: «Чому загинули інші, а не я?», потреба вивільнити агресію й злість через участь у бойових діях, прагнення до екстриму, неприйняття ветеранів інших воєн тощо. Окрему складність становлять фізичні травми, отримані під час бойових дій, а також наслідки полону, особливо при наявності тортур чи насильства. З усім спектром таких ускладнень працюють практичні психологи, надаючи підтримку цим людям.

У дослідженні, проведеному 2018 року серед військовослужбовців одного з підрозділів Збройних Сил України з метою аналізу їхнього психологічного стану, були виявлені такі показники: психологічно нездорових із серйозною дезадаптацією – 0%; із вираженою дезадаптацією, що потребує фахової допомоги – 1,7%; із помірною дезадаптацією, яким необхідне поступове вирішення проблем – 33,3%; умовно здорових із наявністю труднощів – 55,3%; повністю здорових – 9,7% [2]. В іншому

дослідженні з'ясувалося: лише 10% учасників АТО не потребують тривалої психологічної підтримки, тоді як 66% демонструють помірну або серйозну депресивну симптоматику. Найчастіше фіксувалися когнітивно-афективні порушення. Серед тілесних симптомів найбільш розповсюдженим було безсоння – воно зустрічалось у 80% демобілізованих. Найбільш значущою з точки зору особистісного сприйняття виявилася проблема соціальної дезадаптації. Отже, психологу варто утримуватися від поспішної стигматизації та уникати навішування діагнозу «ПТСР» кожному, хто зазнав травматичних переживань, щоби не застосовувати неефективні чи невідповідні методи допомоги.

Проходження військової служби, особливо в умовах бойових дій, супроводжується впливом численних інтенсивних стресових факторів, серед яких — безпосередній контакт із противником та складні умови оперативного середовища. У таких обставинах формується явище бойового стресу, також знане як бойова втома, яке розглядається як типова реакція психіки та організму на надмірне нервово-психічне напруження, викликане впливом загрозливих або травматичних подій. Це стан виснаження, який виникає внаслідок тривалого перебування в умовах надмірного навантаження, і може проявлятися через підвищену дратівливість, тривожність, фізичну втому та зміну звичних моделей поведінки. Тривале збереження стану підвищеної бойової готовності нерідко призводить до розвитку реакції бойового стресу (Combat Stress Reaction — CSR), що характеризується такими проявами, як тремор, порушення координації, гіпервентиляція, уповільнення реакцій та труднощі з визначенням пріоритетів у виконанні завдань. Важливим є розрізнення між гострою реакцією на бойовий стрес і хронічними психічними розладами, зокрема посттравматичним стресовим розладом (ПТСР). Бойовий стрес, як правило, має тимчасовий характер, і його симптоматика часто зникає протягом кількох тижнів або місяців після завершення бойової місії. Водночас, тривале збереження симптомів, які суттєво впливають на повсякденне

функціонування, може свідчити про формування ПТСР. Посттравматичний стресовий розлад розглядається як можливий віддалений наслідок переживання або спостереження травматичних подій у військовому контексті. До основних його симптомів належать нав'язливі спогади про травму (флешбеки, нічні кошмари), емоційна відстороненість та гіперзбудження. Поширеність ПТСР серед осіб з досвідом військової служби значно вища порівняно з цивільним населенням, а її рівень може варіюватися залежно від характеру бойових дій і періоду служби. Зокрема, учасники військових операцій «Іракська свобода» та «Незламна свобода» демонструють вищий рівень симптомів ПТСР, ніж ветерани попередніх конфліктів [15]. Окремо варто зазначити роль військової сексуальної травми, яка істотно впливає на формування ПТСР, особливо серед жінок-військовослужбовиць. Прояви ПТСР можуть бути відтермінованими у часі, іноді з'являючись лише через кілька тижнів, місяців або навіть років після травматичної події, що значно ускладнює раннє виявлення та вчасне втручання на етапі реабілітації.

Окрім ПТСР, серед військових, які зазнали дії травматичних факторів, часто реєструються інші психічні розлади, включаючи тривожні стани, депресію та панічні розлади. Ці патології можуть існувати як окремо, так і супроводжувати ПТСР. Низка досліджень вказує на підвищену частоту розвитку тривожних та депресивних розладів у ветеранів у порівнянні з цивільними особами. Співіснування декількох психічних розладів вимагає цілісного підходу до оцінювання та лікування під час реабілітації, оскільки ізольоване лікування ПТСР без урахування супутніх психопатологічних станів може виявитися неефективним. Окремо необхідно розглянути феномен моральної травми, який охоплює емоційні переживання сорому та провини, пов'язані з діями, вчиненими під час війни або спостереженням за ними, які суперечать особистим етичним переконанням військовослужбовця. Хоча моральна травма не є офіційно визнаним діагнозом, вона становить серйозне психоемоційне навантаження, що може сприяти виникненню

соціальної ізоляції, депресії та суїцидальних думок [17]. Такий тип психологічного ушкодження потребує специфічного підходу в рамках програм реабілітації, з урахуванням потреби в терапевтичній роботі з глибинними емоціями провини та сорому, які не завжди повною мірою охоплюються критеріями ПТСР.

#### 1.4. Особливості психологічного стану військовослужбовців в процесі реабілітації

Проблема психологічної реабілітації ветеранів війни набуває надзвичайної актуальності у контексті повномасштабного військового вторгнення в Україну. В умовах, що склалися, гостро постає потреба у глибокому дослідженні психологічних викликів, з якими стикаються військовослужбовці та особи, постраждалі в зоні активних бойових дій. Загально визнано, що стрес, спричинений перебуванням у зоні бойових дій, а також життям у країні, що перебуває у стані війни, є потужним дестабілізуючим фактором. Він виснажує функціональні резерви організму, підвищуючи ризик дезінтеграції психічної діяльності та виникнення стійких соматовегетативних дисфункцій [33]. Лише комплексний підхід до відновлення здоров'я учасників збройних конфліктів, що поєднує медичне лікування та соціально-психологічну допомогу, дасть змогу ефективно реінтегрувати ветеранів у суспільство як повноцінних та стабільних його членів, що є необхідною умовою для досягнення бажаних результатів реабілітації в сучасних умовах [58].

Нерідко особи, які отримали травми (як фізичні, так і психологічні) внаслідок військових дій, стикаються з труднощами адаптації у суспільстві після їх завершення. Значна частина цієї категорії може залишитися без роботи, втратити сім'ю та джерело доходу. Без належної психологічної допомоги та реабілітаційних програм, людина ризикує стати безпритульною та страждати від психічних розладів. Зокрема, бездомність у деяких випадках може бути проявом інших психологічних труднощів. З огляду на це, надання

психологічної терапії є одним з найбільш ефективних шляхів вирішення таких проблем. При цьому депресія залишається найпоширенішим психічним розладом, що вражає населення, включно з учасниками бойових дій. Ігнорування цього стану може мати фатальні наслідки, аж до суїциду [74].

Дослідження науковців зі Сполучених Штатів Америки та Великої Британії підтверджують, що після завершення бойових дій ветерани мають підвищену схильність до суїциду (аналіз охоплював десятки тисяч колишніх військовослужбовців). Крім того, вивчалися розлади в межах сімейного осередку. Дослідники зазначають, що пережита травма може спричинити розвиток у постраждалих та їхніх родичів різних форм адиктивної поведінки, таких як алкоголізм або наркоманія [63]. Через нестачу ефективних заходів психологічного відновлення та реабілітації ці стани мають тенденцію до прогресування [69]. У зв'язку з цим у ветеранів бойових дій та діючих військовослужбовців можуть розвиватися приховані психічні розлади [13]. При цьому не можна ігнорувати позитивний вплив ініціювання та реалізації відповідних програм психологічної реабілітації на загальний процес лікування вищезгаданої групи осіб. Дослідження у цій сфері демонструють, що після практичного впровадження таких програм пацієнти, які пережили руйнівні психологічні проблеми, відзначали значне покращення самопочуття, зменшення тривожності, стресу та депресії [66].

Різноманітні психічні розлади, що виникають після військових дій, неминуче впливають на найближче оточення військовослужбовців – сім'ю, партнерів, братів, сестер, дітей та батьків. Це призводить до того, що під час війни психосоціальна ситуація у всій країні змінюється як прямо, так і опосередковано. Такий стан справ відображає суспільні настрої у конкретний період [65]. На сьогоднішній день у сфері реабілітації ветеранів війни існують проблеми як теоретичного, так і практичного характеру. Результати досліджень показують, що ветерани війни, повертаючись до мирного життя, зазвичай стикаються з труднощами в особистих стосунках, роботі, навчанні та соціальному середовищі загалом. Для ефективного відновлення та

реінтеграції ветерани потребують кваліфікованої психосоціальної реабілітації. Найбільш поширеними психологічними травмами є розлад адаптації, посттравматичний стресовий розлад та депресія. Велика кількість людей зазнала глибоких наслідків військової травми, що кардинально вплинуло на їхнє психічне здоров'я. Особи, які пережили військові травми, можуть розвинути посттравматичний стресовий синдром. Ветеранам війни складно адаптуватися до цивільного життя після таких обставин. Ті, хто має психологічні труднощі, можуть бути схильні до зловживання алкоголем та психотропними речовинами, тому в цей період вони найбільше потребують підтримки та допомоги.

Важко оцінити реальний вплив страху, жаху та провини, що виникають у боротьбі за виживання. Головною характеристикою цих почуттів є їх довготривалий ефект. Подібні деструктивні переживання часто мають суттєвий вплив на суспільство. У контексті таких проблем одним із важливих завдань є запобігання проникненню насильства у повсякденне життя громадян, оскільки в іншому випадку залишки насильства можуть продовжувати існувати у соціальній структурі суспільств навіть після завершення війни протягом наступних десятиліть [18]. Військова травма може стати передумовою для виникнення різноманітних психосоціальних проблем. Ці проблеми характеризуються ефектом доміно, оскільки вони спричиняють ланцюг інших складнощів. Ще однією типовою особливістю ветеранів війни є самозвинувачення та почуття провини за певні ситуації в зоні активних бойових дій. Наприклад, у них можуть виникати думки: «я зробив не так», «я зробив недостатньо», «я не врятував товариша», «я не повернувся з перемогою» тощо. Таке самозвинувачення вкрай негативно впливає на процес відновлення психосоціального благополуччя. Якорем травми є, насамперед, сором, який призводить до ізоляції від зовнішнього світу.

Іншою, не менш значущою проблемою є схильність колишніх військовослужбовців, які отримали як фізичні, так і психічні травми,

замовчувати свій стан через побоювання виглядати слабкими. Передумовою такої поведінки може бути стигматизація. Стигма – це негативне ставлення або дискримінація щодо військовослужбовців, які отримали бойову травму. У свою чергу, ветерани починають соромитися свого стану і стають дуже вразливими [56]. Зазначене вище створює серйозний бар'єр для осіб, які потребують звернення за допомогою та лікуванням. На підтвердження цього можна навести результати одного дослідження серед військовослужбовців Сполучених Штатів Америки: 61% опитаних погоджуються, що інформація про психологічні проблеми в анамнезі може негативно вплинути на їхню подальшу кар'єру. Крім того, 43% вважають, що визнання наявності психологічних проблем призведе до самотності, відчуженості та труднощів у міжособистісному спілкуванні [44]. Однією з причин такої ситуації у суспільстві серед військовослужбовців є недостатня соціальна підтримка військовослужбовців з психологічними травмами. Хоча в Україні подібне дослідження не проводилося, важливість та актуальність таких висновків залишається беззаперечною. Результати теоретичного дослідження показали, що в Україні існують прогалини у легалізації психологічних проблем та відсутня стабільна, сильна державна підтримка. Психологічна та соціальна робота мають бути інтегровані насамперед на державному рівні. Очевидно, що сім'ї військовослужбовців повинні мати безперешкодний доступ до центрів соціальної та психологічної допомоги. Ця проблема суттєво знижує ефективність та повноту реабілітації. Особи, постраждалі від війни, піддаються ризику погіршення якості життя під час реабілітації, тому покращення сприйняття фізичного здоров'я військовослужбовцями з бойовими травмами може відбутися після психотерапії. Для підтвердження цього наукового висновку необхідні подальші поглиблені дослідження.

У процесі реабілітації військовослужбовці нерідко стикаються з характерними емоційними викликами, пов'язаними з переходом від чітко регламентованого військового середовища до значно менш структурованої цивільної дійсності. Однією з основних проблем є труднощі адаптації до

цивільного життя, зокрема у сферах працевлаштування, відновлення родинних зв'язків, а також пошуку нових форм соціальної належності та організованості [48]. Часто ветерани переживають емоції провини, жалю, а також відчують труднощі у міжособистісному спілкуванні з цивільними особами, які можуть не усвідомлювати специфіку їхнього бойового досвіду. Втрата чітко окресленої військової ідентичності та пов'язаного з нею відчуття життєвої мети нерідко стає джерелом емоційного напруження та психологічного дистресу. Така втрата структури й ідентичності в процесі переходу до мирного життя може посилити вже наявні проблеми з психічним здоров'ям або ініціювати виникнення нових [52]. Тому сучасні реабілітаційні програми мають включати компоненти, орієнтовані на формування нової життєвої ідентичності ветеранів і підтримку в пошуках нової ціннісної основи.

Психоемоційний стан військових у період реабілітації часто додатково ускладнюється наявністю фізичних ушкоджень, отриманих у зоні бойових дій. Такі травми — включаючи хронічний біль, черепно-мозкові ураження (ЧМТ) та інші фізіологічні порушення — можуть бути тригером розвитку депресивних, тривожних станів або симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР), що значною мірою ускладнює реабілітаційний процес. Існує прямий зв'язок між ступенем тяжкості тілесних ушкоджень та рівнем психологічного дистресу [58]. Комплексна взаємодія між фізичними та психічними факторами обумовлює необхідність застосування інтегрованих моделей допомоги, які одночасно охоплюють обидва виміри — соматичний і психологічний — для досягнення максимально ефективного відновлення [70].

Окрім цього, в реабілітаційний період часто спостерігаються коморбідні стани психічного здоров'я, а також розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин, які нерідко виступають як нефункціональні механізми подолання стресових переживань. Частина ветеранів вдається до самолікування симптомів ПТСР, тривожності чи

депресії за допомогою алкоголю або наркотичних речовин. Встановлено, що рівень поширеності таких розладів у ветеранів перевищує аналогічні показники серед цивільного населення [74]. Вживання психоактивних речовин значно ускладнює процес психологічного відновлення й вимагає застосування комплексних терапевтичних підходів, спрямованих одночасно на лікування залежності та основних психічних порушень.

Психоемоційний стан ветеранів у процесі реабілітації формується під впливом ряду взаємопов'язаних чинників, які можуть як сприяти відновленню, так і ускладнювати його. Ключовим ресурсом у цьому контексті є підтримка з боку родини та соціального середовища. Надійні соціальні зв'язки та наявність емоційної підтримки здатні знижувати рівень стресових переживань, полегшувати процес інтеграції травматичних спогадів, зменшувати почуття ізоляції та забезпечувати ефективні механізми подолання психологічних труднощів [74]. Участь членів родини в терапевтичних заходах та емоційне залучення близьких позитивно позначаються на внутрішньому стані ветерана. Відчуття соціальної підтримки виступає ключовим фактором стабілізації психологічного благополуччя в реабілітаційному процесі.

Окрему увагу слід приділити впливу ступеня тілесних ушкоджень на динаміку психічного відновлення. Більш серйозні фізичні травми часто асоціюються з підвищеним ризиком розвитку посттравматичного стресового розладу, афективних і тривожних станів. Фізичний біль, обмеження функціональної активності та залежність від зовнішньої допомоги можуть значно погіршувати психологічне самопочуття та гальмувати прогрес у реабілітації. Ступінь тяжкості тілесних ушкоджень розглядається як один із визначальних предикторів психоемоційного дистресу в реабілітаційному періоді [74]. Це зумовлює потребу в індивідуалізованих програмах психологічної підтримки, які враховують характер і складність отриманих травм.

Доступність і культурна відповідність психіатричної та психологічної допомоги також мають важливе значення для якості реабілітаційного процесу. Ефективність терапії значною мірою залежить від компетентності спеціалістів, які повинні мати знання про військову специфіку та досвід учасників бойових дій. Серед основних бар'єрів до отримання допомоги — соціальна стигматизація, труднощі логістичного характеру та дефіцит підготовлених фахівців. Забезпечення своєчасного доступу до якісної та культурно чутливої психіатричної підтримки має стати одним із пріоритетів у системі реабілітації ветеранів. Подолання наявних перешкод і розширення мережі висококваліфікованих спеціалістів у сфері психічного здоров'я є критично важливими передумовами успішного відновлення [43].

Зміни в емоційному стані військовослужбовців у період реабілітації є складним феноменом, що охоплює широкий спектр афективних переживань. Зокрема, може спостерігатися виражений смуток, який часто супроводжується відчуттям безнадійності та зниженою самооцінкою, що проявляється у відчутті власної нікчемності. Нерідко фіксується підвищений рівень тривожності, що може варіюватися від помірного занепокоєння до генералізованого тривожного розладу. Почуття провини, пов'язане з виконанням службових обов'язків або пережитими подіями, також є характерною особливістю. Крім того, можуть виникати епізоди гніву та підвищеної дратівливості, що ускладнюють соціальну адаптацію. У деяких випадках спостерігається емоційне оніміння, апатія та відчуття відстороненості від соціального оточення, що може супроводжуватися почуттям сорому [28]. Зазначені емоційні стани є наслідком впливу травматичних подій, пережитих під час військової служби, а також труднощів, пов'язаних з адаптацією до цивільного життя та процесом відновлення.

Когнітивні особливості військовослужбовців, які перебувають на етапі реабілітації, характеризуються низкою специфічних проявів. Серед них слід відзначити труднощі з концентрацією уваги, що може негативно впливати на

виконання повсякденних завдань та процес навчання. Проблеми з пам'яттю, як короткочасною, так і довготривалою, також є поширеним явищем. Часто спостерігаються нав'язливі думки, що мимоволі виникають у свідомості та викликають дискомфорт. Флешбеки, або раптові, яскраві спогади про травматичні події, та нічні кошмари є типовими симптомами посттравматичного стресового розладу, який часто діагностується у цієї категорії осіб. Крім того, може виникати негативне сапомислення, що проявляється у критичному ставленні до себе та свого майбутнього. Труднощі з пізнанням та обробкою нової інформації, а також дисоціативні стани, що характеризуються відчуттям відстороненості від власного тіла або реальності, також можуть спостерігатися [28]. Військовослужбовці можуть бути надмірно заклопотані дріб'язковими питаннями, відчувати нерішучість у прийнятті рішень та сповільненість мислення.

Поведінкові зміни у військовослужбовців під час реабілітації можуть бути різноманітними та включати відчуження від сім'ї та друзів, що проявляється у небажанні спілкуватися та проводити час з близькими. Загальні зміни у поведінці чи особистості, такі як підвищена дратівливість, агресивність або замкнутість, також є характерними. Часто спостерігаються порушення сну, включаючи безсоння або надмірну сонливість, а також зміни апетиту, що можуть призводити до втрати або набору ваги. Гіперпильність, або підвищена пильність та настороженість, а також підвищена здригливість у відповідь на несподівані стимули є типовими проявами пережитого стресу. У деяких випадках може спостерігатися ризикована поведінка, така як зловживання психоактивними речовинами, небезпечне водіння або імпульсивні вчинки. Втрата інтересу до діяльності, яка раніше приносила задоволення, труднощі у встановленні та підтримці міжособистісних стосунків, а також неконтрольовані спалахи гніву також можуть бути присутніми [74].

На фізичному рівні психологічний стан військовослужбовців під час реабілітації може проявлятися різноманітними соматичними симптомами. До

них належать головні болі різної інтенсивності та локалізації, хронічне відчуття втоми та зниження рівня енергії, а також проблеми зі шлунково-кишковим трактом, такі як нудота, біль у животі або розлади травлення. Нерідко виникають м'язові болі та напруга, що можуть бути пов'язані з хронічним стресом. Розлади сну, такі як інсомнія або часті нічні пробудження, також є поширеним явищем [27]. Крім того, можуть спостерігатися гіпервентиляція, запаморочення, відчуття серцебиття, тремтіння кінцівок та підвищена пітливість. Зазначені фізичні прояви є відображенням складної взаємодії між психічним та фізичним станом в умовах пережитого травматичного досвіду та процесу відновлення.

### **Висновки до розділу 1**

Отже, у першому розділі роботи було розкрито:

1. Поняття легкої черепно-мозкової травми (лЧМТ) через призму суміжної термінології, підкреслено важливість розмежування між застарілим терміном "контузія" та сучасними визначеннями, такими як струс головного мозку і міно-вибухова травма. Проаналізовано класифікаційні підходи до лЧМТ у МКХ-10 та DSM-5, а також детально розглянуто механізми її виникнення, включаючи гідродинамічний удар, зміщення та ротація півкуль мозку, феномен "протиудару" та їхній вплив на нейронні структури, зокрема аксони, та кровоносні судини. Окрему увагу приділено наслідкам багаторазових лЧМТ, таким як хронічна травматична енцефалопатія, та специфіці акубаротравми як особливого виду ураження слухової та вестибулярної систем під дією вибухової хвилі.

2. Легка черепно-мозкова травма у військовослужбовців має свої особливості, пов'язані з множинними типами вибухових травм та факторами, такими як багаторазове перебування в зоні бойових дій. Як наслідки лЧМТ виокремлено широкий спектр психоемоційних (ПТСР, депресія, тривожність, емоційна лабільність), когнітивних

(уповільнення мислення, порушення уваги та пам'яті), поведінкових (агресія, замкнутість, соціальна ізоляція) та фізичних/сенсорних (головний біль, порушення слуху, втома) симптомів, що робить цю травму не лише медичною, але й значущою соціальною проблемою, яка потребує комплексного підходу до діагностики та лікування.

3. Бойові дії чинять значний негативний вплив на психіку військовослужбовців, викликаючи як гострий бойовий стрес, так і довготривалі розлади, зокрема ПТСР, депресію, тривожність та моральну травму. Ці стани потребують комплексного розуміння та цілісного підходу до лікування й реабілітації.

4. Психологічний стан військовослужбовців у процесі реабілітації характеризується складними емоційними, когнітивними, поведінковими та фізичними особливостями, що є наслідком переходу до цивільного життя, наявності бойових травм та супутніх психічних розладів. Ефективна реабілітація вимагає цілісного підходу, що враховує ці особливості, забезпечує соціальну підтримку, доступ до кваліфікованої допомоги та сприяє формуванню нової ідентичності ветеранів. Усвідомлення специфіки психологічного стану військовослужбовців у зазначений період має принципове значення для забезпечення ефективної інтеграції до мирного життя та підтримання стійкого психічного здоров'я. Це особливо актуально в умовах триваючих військових дій і зростаючого попиту на високоякісні, індивідуалізовані підходи до підтримки ветеранів в Україні.

## РОЗДІЛ 2

### МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В ПРОЦЕСІ РЕАБІЛІТАЦІЇ

#### 2.1. Основні етапи проведення емпіричного дослідження

Дослідження складалося з попередньої теоретичної частини та наступної емпіричної. Теоретична частина проходила у такі етапи: пошук необхідної літератури, збір інформації, аналіз та інтерпретація інформації, з подальшим узагальненням і систематизацією нової інформації та формулюванням дослідницьких питань. У процесі теоретичної частини були проаналізовані основні теоретичні підходи до визначення легкої черепно-мозкової травми, описаний механізм її виникнення та наслідки на психіку військовослужбовців. Також, були описані особливості психологічного стану військовослужбовців в процесі реабілітації.

Завдяки проведеному теоретичному аналізу у попередній частині, було виділено, що легка черепно-мозкова травма має значний вплив на фізіологічну та психологічну складові здоров'я військовослужбовців, зокрема збільшує схильність розвитку посттравматичного стресового розладу. Також, пережиті бойові дії накладають свій особливий відбиток на воїнів, і реакція психіки на нього залежить від рівня підготовки, наявності досвіду служби у війську та індивідуальним характеристикам особи. Тому відповідні питання були включені до інструментарію емпіричного дослідження.

Емпіричний етап дослідження був наступним і складався з кількох послідовних частин. На першому підготовчому етапі здійснювався пошук інструментарію відповідно до поставлених завдань, розроблявся план дослідження та укладався інтегрований опитувальник для респондентів. Далі відбулося безпосереднє проведення дослідження, що включало збір

емпіричних даних, необхідних для реалізації дослідницьких цілей і перевірки висунутих гіпотез. Передостаннім етапом стала статистична обробка отриманих результатів, їх аналіз, інтерпретація та верифікація гіпотез. Завершальним етапом дослідження було формулювання узагальнених висновків, а також розроблення рекомендацій щодо перспектив подальших наукових досліджень і напрямів психокорекційної роботи.

Мета емпіричного дослідження: дослідити і з'ясувати особливості психологічного стану військовослужбовців через аналіз їхніх сомато-сенсорних, афективних та когнітивних симптомів; визначити рівень схильності до посттравматичного стресового розладу (ПТСР) за окремими кластерами симптомів та виявити умови, що сприяють його підвищенню; здійснити порівняльний аналіз зазначених показників з урахуванням додаткової особистісної інформації.

Основні завдання емпіричного дослідження:

- 1) Підбір інструментарію дослідження, який дозволить дослідити необхідні властивості та досвід особистості;
- 2) Розробити додатковий первинний опитувальник, який стосується соціально-демографічних рис респондентів та їхнього бойового досвіду;
- 3) За допомогою цілісного опитувальника провести дослідження;
- 4) Провести обробку результатів, аналіз даних, інтерпретацію та зробити висновки дослідження.
- 5) Розробити рекомендації стосовно подальших досліджень у цій темі.

2.2. Опис методології та інструментів дослідження

Проведення збору даних для дослідження було реалізовано в один етап, тобто без проведення повторних вимірювань. Процес збору даних проходив починаючи з 21.10.2024 і тривав по 08.12.2024 року. Усі питання опитувальника були надані респондентам українською мовою. Опитувальник був сформований таким чином, що включав в себе декілька основних блоків, а саме:

1. Перший блок включав у себе збір соціально-демографічних даних і мав на меті зібрати інформацію про стать респондентів, вік, рід військ, соціальний статус (діючий військовослужбовець, ветеран, колишній військовополонений), роки служби, наявність бойового досвіду та наявність легких черепно-мозкових травм.
2. Психологічний блок зосереджувався на кількох аспектах: визначення схильності до ПТСР, дослідження нейроповедінкових симптомів, визначення типу темпераменту (сангвінік, холерик, меланхолік та флегматик), типу особистості (екстраверт, інтроверт) та рівня нейротизму.

Загалом дослідження мало на меті зібрати детальну інформацію про особливості психологічного стану військовослужбовців, які виявлялися у сомато-сенсорних, афективних та когнітивних симптомах, дослідити рівень схильності до ПТСР за окремими кластерами та умови, за яких він є вищим, а також порівняти ці показники за наявності додаткової особистісної інформації.

#### *Опис використаних методик*

Для дослідження використовувалися наступні методики:

Шкала нейроповедінкових симптомів (NSI), розроблена Ciccone K.D. та Kalmar K., являє собою самоопитувальник із 22 пунктів, що охоплюють сомато-сенсорні (11 питань), афективні (7 питань) та когнітивні (4 питання)

прояви посткоммоційного синдрому [23]. Кожне твердження оцінюється респондентом за 5-бальною шкалою, де 0 відповідає відсутності або рідкісному прояву симптому, який не турбує, а 4 – дуже тяжкому та майже постійному симптому, що значно обмежує функціонування. Сумування балів за всіма пунктами дає загальний показник, що коливається від 0 до 88, де вищий бал свідчить про більший негативний вплив симптомів. NSI демонструє високу внутрішню узгодженість, надійність і валідність у дослідженні посткоммоційного синдрому у ветеранів війни з черепно-мозковою травмою. Наявні переклад та адаптація шкали українською. Даний опитувальник є протокольним при проведенні психологічного скринінгу у ДЗ "Центр психічного здоров'я та реабілітації ветеранів "Лісова Поляна" МОЗ України", де і проводилося дослідження.

Шкала PCL-5 (Перелік симптомів ПТСР), розроблена Blevins C.A. et al [14], 5 містить 20 тверджень, кожне з яких досліджуваний оцінює вираженість симптому по 5-бальній шкалі від 0 (зовсім не турбувало) до 4 балів (дуже турбувало). Твердження за цією шкалою відображають такі кластери симптомів ПТСР, як опис травматичної події (критерій А), симптоми інтрузії (критерій В, питання 1-5), симптоми уникнення (критерій С, питання 6-7), негативні думки та емоції (критерій D, питання 8-14) та симптоми надмірної реактивності (критерій Е, питання 15-20). Оцінки усіх тверджень підсумовуються та вираховується загальний бал. Мінімальний можливий загальний бал, — 0 б., максимальний — 80 б. Є 2 підходи до інтерпретації результатів. Симптоми вважаються клінічно значущими, якщо: досліджуваний оцінює на 2+ бали по одному твердженню з критеріїв В та С, та по два твердження з критеріїв D та Е; або шляхом підрахунку загального балу результат складає 33 або більше бали. Наявні переклад та адаптація шкали українською - Хаустова О.О., Трачук Л.Є., Безшейко В.Г. Дана шкала також є протокольною при проведенні психологічного скринінгу у ДЗ "Центр психічного здоров'я та реабілітації ветеранів "Лісова Поляна" МОЗ України".

Особистісний опитувальник Айзенка EPI (Eysenck Personality Inventory) опублікований в 1963 році Гансом Айзенком, призначений для вивчення індивідуально-психологічних особливостей особистості та темпераменту [9]. В результаті аналізу обстеження 700 військовослужбовців із невротичними розладами, Айзенк дійшов висновку, що всі індивідуальні риси можуть бути описані за допомогою двох основних факторів: екстраверсії–інтроверсії та нейротизму. Перший з них є біполярною шкалою, яка відображає переважну орієнтацію особистості — або на зовнішній світ і об’єкти (екстраверсія), або на внутрішній світ і суб’єктивні переживання (інтроверсія). Для екстравертів типовими є товарицькість, імпульсивність, здатність до адаптації, ініціативність за умови недостатньої наполегливості, а також легкість у соціальній взаємодії. Інтроверти, навпаки, характеризуються замкнутістю, низькою потребою в соціальних контактах, схильністю до глибокого самоаналізу, наполегливістю та певними труднощами у пристосуванні до соціального середовища. Другий фактор — нейротизм — відображає рівень емоційної стабільності, тривожності, самооцінки та ймовірності появи вегетативних реакцій. Цей фактор також має біполярну структуру: на одному його полюсі перебувають емоційно врівноважені, зрілі та добре адаптовані особи, а на іншому — надмірно тривожні, нестійкі та соціально дезадаптовані. Більшість індивідів займають проміжну позицію, тяжіючи до середини цієї шкали. Відповідно до статті “Особливості темпераменту осіб, що пережили посттравматичний стресовий розлад” Д.М.Харченко та С.О.Гурського [46], індивіди з високим рівнем нейротизму схильні до ПТСР ( $r = 0.584$ ,  $p < 0,01$ ). Даний опитувальник був обраний як додатковий з метою прослідкувати, чи впливають такі особистісні фактори як екстравертованість\інтровертованість, рівень нейротизму та тип темпераменту на схильність до ПТСР. Оскільки немає офіційно адаптованої української версії опитувальника, для перевірки валідності був застосований коефіцієнт Альфа Кронбаха для шкал методики. Відповідно, шкала Екстравертованість\Інтровертованість -  $\alpha=0.687$ , шкала Нейротизм -  $\alpha=0.71$ .

Отже, шкали можна вважати прийнятно узгодженими та доступними для застосування.

Також, була створена анкета для збору біографічних даних, яка включила запитання щодо статі, віку, категорії респондентів (діючі військовослужбовці, ветерани, колишні військовополонені), приналежності до роду військ, тривалості військової служби, наявності бойового досвіду та легких черепно-мозкових травм. Крім того, респонденти вказували власні скарги на психологічний та фізіологічний стан, зазначали щодо наявності думок про самогубство та спроб у минулому.

### 2.3. Характеристика досліджуваної вибірки

Вибірка складалася із 66 осіб віком від 21 до 53 років, серед яких 81,8% (54 особи) є чоловіками, 18,2% (12 осіб) – жінками. У процесі реабілітації були 71,2% відсотки респондентів, 28,8% (контрольна група) перебували за місцями служби та виконували поставлені задачі. У статусі діючих військовослужбовців перебували 74,2% вибірки, ветеранів - 18,2%. Також, участь у дослідженні брали колишні військовополонені у кількості 7,6% вибірки (3 чоловіка та 2 жінки). Ці значення, також, подані у таблиці 2.1.

	<b>Кількість осіб</b>	<b>Значення у відсотках</b>
<b>Кількість респондентів</b>	66	100%
<b>Чоловіки</b>	54	81,80%
<b>Жінки</b>	12	18,20%
<b>Колишні військовополонені</b>	5	7,57%
<b>Діючі військовослужбовці</b>	49	74,20%
<b>Ветерани</b>	12	18,18%
<b>В процесі реабілітації</b>	47	71,20%
<b>Не проходили реабілітацію</b>	19	28,80%

Таб.2.1. Біографічні дані вибірки у кількісному та відсотковому значеннях.

Відсоткове розподілення за родом військ вказано у вигляді діаграми на рисунку 2.1.

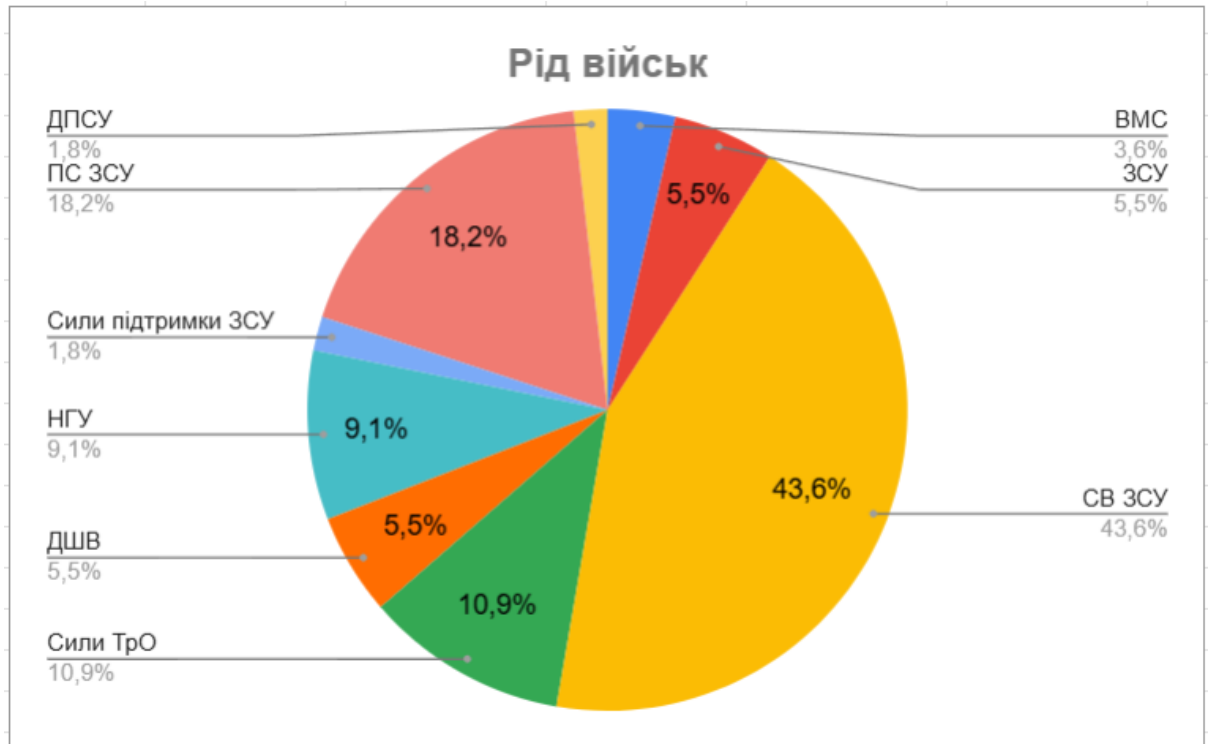
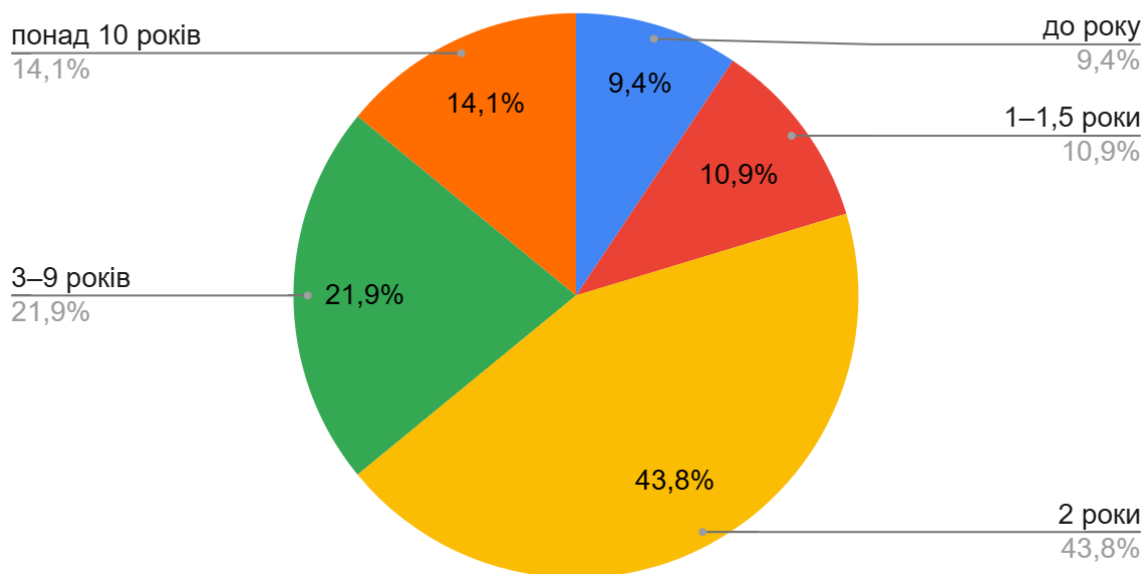


Рис.2.1. Роди військ респондентів. Аббревіатури: ЗСУ - Збройні Сили України; СВ ЗСУ - Сухопутні війська ЗСУ; ПС ЗСУ - Повітряні сили ЗСУ; Сили ТрО - Сили територіальної оборони; НГУ - Національна гвардія України; ДШВ - Десантно-штурмові війська; ВМС - Військово-морські сили; ДПСУ - Державна прикордонна служба України.

Також, збиралася інформація про роки служби. Вона була узагальнена та подана у вигляді діаграми з відсотковими значеннями на рисунку 2.2. Деякі військовослужбовці мали декілька контрактів та перерви між ними, тому при обчисленні сумувалися роки служби за усіма контрактами. Дані станом на осінь 2024 року, тому терміну “2 роки” відповідають мобілізовані з лютого 2022 року, тобто з початком повномасштабного вторгнення росії на територію України.

### Тривалість військової служби серед респондентів (у згрупованих інтервалах)



*Рис.2.2.* Тривалість військової служби серед респондентів (у згрупованих інтервалах, відсоткові значення).

Легку черепну-мозкову травму в анамнезі мали 46 військовослужбовців (69,7% вибірки), з них 42 особи перебували на реабілітації. Детальна диференціація за кількістю, якістю та іншими характеристиками даної травми не відбувалася. Бойовий досвід мали усі респонденти, що перебували на реабілітації (47 осіб), та частина контрольної групи (9 з 19 осіб).

### **Висновки до розділу 2**

Другий розділ дипломної роботи присвячено організації та методології емпіричного дослідження, яке ґрунтується на попередньо проведеному теоретичному аналізі наукових джерел. Теоретичне опрацювання дозволило виявити ключові аспекти впливу легкої черепно-мозкової травми на психологічний стан військовослужбовців, зокрема схильність до розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР), що й стало основою для формування гіпотез та дослідницьких питань.

Концепція дослідження передбачала вивчення психологічного стану респондентів через сомато-сенсорні, афективні та когнітивні прояви, із врахуванням бойового досвіду, тривалості служби, особистісних особливостей та наявності ЛЧМТ. Для досягнення поставленої мети було визначено послідовну структуру емпіричного етапу: підбір інструментарію, проведення дослідження, статистична обробка даних, інтерпретація результатів та формулювання висновків і рекомендацій.

Методологія дослідження включала застосування валідних і надійних психодіагностичних методик, серед яких: шкала нейроповедінкових симптомів (NSI), шкала ПТСР (PCL-5), а також особистісний опитувальник Айзенка (EPI). Додатково було розроблено опитувальник для збору соціально-демографічних та біографічних даних, що дало змогу охопити комплексний аналіз взаємозв'язків між психологічними проявами та особистісними і службовими факторами.

У дослідженні взяли участь 66 військовослужбовців, різних за віком, статтю, військовим статусом та досвідом. Було забезпечено належний рівень репрезентативності вибірки, що дозволило отримати обґрунтовані й релевантні результати для аналізу психологічного стану військових у контексті пережитих травматичних подій та у процесі реабілітації.

Таким чином, структура та методологічне забезпечення емпіричного дослідження повністю відповідали його цілям і завданням, створивши підґрунтя для глибшого розуміння психологічних наслідків бойового досвіду та розроблення подальших рекомендацій для психокорекційної роботи.

## РОЗДІЛ 3

### АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В ПРОЦЕСІ РЕАБІЛІТАЦІЇ

#### 3.1. Порівняльний аналіз показників PCL-5 та NSI

Визначення схильності до розвитку посттравматичного стресового розладу за методикою PCL-5 обраховувалося двома методами: за загальним балом та окремо за кластерами. Результати у відсотковому значенні за окремими факторами вказано у Таблиці 3.1.1.

Визначення схильності до ПТСР	Інтерпретація	Наявність лЧМТ	Відсутність лЧМТ	Досвід полону	Екстравертованість	Інтровертованість	Високий рівень нейротизму	Низький рівень нейротизму
За загальним балом	Виражено (осіб)	67,40%	25%	100%	16,70%	30,70%	50%	9,00%
	Не виражено (осіб)	32,60%	75%	0%	83,30%	69,30%	50%	91%
За кластерами	Виражено (осіб)	58,70%	30%	80%	16,70%	38,50%	62,50%	9,00%
	Не виражено (осіб)	41,30%	70%	20%	83,30%	61,50%	37,50%	91%

*Таблиця 3.1.1.* Визначення схильності до ПТСР за методикою PCL-5 за різними факторами.

З метою виявлення психологічних особливостей військовослужбовців у період реабілітації, було проведено порівняльний аналіз даних між експериментальною (група реабілітації) та контрольною групами показників посттравматичного стресового розладу (PCL-5) та нейроповедінкових симптомів (NSI) за допомогою t-критерію Стьюдента для незалежних вибірок у програмі Jamovi.

Таблиця 3.1.2. представляє описову статистику, що включає середні значення (Mean), медіани (Median), стандартні відхилення (SD) та стандартні похибки (SE) для кластерів шкали PCL-5 (діагностична шкала ПТСР). Дані

наведені окремо для групи реабілітації (N=47) та контрольної групи (N=19). Аналіз цих показників дозволяє попередньо оцінити центральні тенденції та розкид даних за кожним кластером симптомів ПТСР (симптоми інтрузії, уникнення, негативні думки та емоції, надмірна реактивність) у двох досліджуваних групах. Вищі середні значення в реабілітаційній групі свідчать про вищий рівень симптомів на момент обстеження.

Кластер PCL-5	Група	Кількість (N)	Середнє (Mean)	Медіана (Median)	Стандартне відхилення (SD)	Стандартна похибка (SE)
Кластер В (симптоми інтрузії)	Реабілітація	47	11.23	12.00	5.25	0.766
	Контрольна	19	5.40	4.00	5.30	1.369
Кластер С (симптоми уникнення)	Реабілітація	47	4.38	5.00	2.27	0.331
	Контрольна	19	1.53	2.00	1.51	0.389
Кластер D (негативні думки та емоції)	Реабілітація	47	12.91	12.00	7.73	1.128
	Контрольна	19	4.80	3.00	4.66	1.204
Кластер Е (симптоми надмірної реактивності)	Реабілітація	47	12.91	15.00	6.56	0.957
	Контрольна	19	5.60	6.00	3.83	0.989

Таблиця 3.1.2. Описова статистика для кластерів PCL-5 за групами.

Таблиця 3.1.3. надає описову статистику для кластерів шкали NSI (Нейроповедінкові симптоми). Як і в попередній таблиці, тут представлені середні значення, медіани, стандартні відхилення та стандартні похибки для кожної групи (реабілітаційної та контрольної) за кластерами соматичних/сенсорних, афективних та когнітивних симптомів. Вищі середні значення в реабілітаційній групі свідчать про більш виражені нейроповедінкові симптоми у цій групі.

Кластер NSI	Група	N	Середнє (Mean)	Медіана (Median)	Стандартне відхилення (SD)	Стандартна похибка (SE)
Сомато-сенсорний	Реабілітація	47	17.57	16.00	9.60	1.401
	Контрольна	19	7.73	7.00	5.44	1.406
Афективний	Реабілітація	47	16.68	19.00	7.62	1.112
	Контрольна	19	8.73	9.00	05.02	1.296
Когнітивний	Реабілітація	47	7.89	8.00	4.56	0.665
	Контрольна	19	4.73	5.00	3.33	0.859

Таблиця 3.1.3. Описова статистика для кластерів NSI за групами.

Таблиця 3.1.4 представляє результати t-критерію Стьюдента для незалежних вибірок, що використовуються для оцінки статистичної значущості відмінностей між групою реабілітації та контрольною групою за показниками PCL-5. У ній вказані значення t-статистики, ступенів свободи (df), p-значення, різниця середніх (Mean difference) та стандартна похибка різниці (SE difference), а також розмір ефекту Коена (Cohen's d). Значення  $p < 0.05$  вказують на статистично значущі відмінності між групами. Великі значення Cohen's d (понад 0.8) свідчать про значний розмір ефекту.

Кластер PCL-5	Статистика (Student's t)	df	p	Mean difference	SE difference	Effect Size (Cohen's d)
Кластер В (симптоми інтрузії)	3.74	60.0	<.001	5.83	1.561	1.11
Кластер С (симптоми уникнення)	4.54	60.0	<.001	2.85	0.628	1.35
Кластер D (негативні думки та емоції)	3.83	60.0	<.001	8.11	2.116	1.14
Кластер Е (симптоми надмірної реактивності)	04.09	60.0	<.001	7.31	1.791	1.21

Таблиця 3.1.4. Результати t-критерію Стьюдента для показників PCL-5 за групами.

Таблиця 3.1.5. відображає результати t-критерію Стьюдента для кластерів шкали NSI, аналогічно попередній таблиці. Тут також наведені

показники t-статистики, ступенів свободи, р-значення, різниці середніх та розміру ефекту Коена. Інтерпретація ідентична: низькі р-значення вказують на статистично значущі відмінності, а високі значення Cohen's d – на суттєві відмінності між групами.

Кластер NSI	Статистика (Student's t)	df	p	Mean difference	SE difference	Effect Size (Cohen's d)
Сомато-сенсорний	3.77	60.0	<.001	9.84	2.61	1.117
Афективний	3.77	60.0	<.001	7.95	2.11	1.119
Когнітивний	2.48	60.0	0.016	3.16	1.28	0.734

Таблиця 3.1.5. Результати t-критерію Стьюдента для показників NSI за групами.

За всіма кластерами PCL-5 та NSI ( $p < 0.001$ , окрім NSI Когнітивний ( $p = 0.016$ )), середні бали у групі реабілітації були статистично значущо вищими порівняно з контрольною групою. Розміри ефектів (Cohen's d) коливалися від 0.734 до 1.35, що свідчить про великі та значні відмінності між групами. Цей результат, де група реабілітації демонструє вищі показники симптомів, ніж контрольна група, є очікуваним і може бути інтерпретований таким чином: на реабілітацію направляються військовослужбовці, які вже мають виражені ознаки психологічних проблем, пов'язаних з ПТСР та нейроповедінковими симптомами. Контрольна група, ймовірно, складається з військовослужбовців, які не відчувають настільки інтенсивних труднощів або ще не були ідентифіковані як такі, що потребують інтенсивної реабілітації. Таким чином, вищі бали у реабілітаційній групі відображають тяжкість їхнього початкового стану.

### 3.2. Лінійний регресійний аналіз впливу предикторів на рівень ПТСР та NSI

Для оцінки спільного впливу наявності легкої черепно-мозкової травми (лЧМТ), приналежності до групи реабілітації, їхньої взаємодії, а також

демографічних (вік, стать) та службових факторів (рід військ, кількість років служби, категорія респондентів, наявність бойових виходів) на рівень ПТСР та NSI, було проведено лінійні регресійні аналізи.

Таблиця 3.2.1. відображає показники відповідності моделі та порівняння двох послідовних моделей лінійної регресії для загального балу PCL-5. Модель 1 включає лЧМТ та групу, а Модель 2 додає їхню взаємодію. Значення  $R^2$  (коефіцієнт детермінації) показують частку дисперсії PCL-5, що пояснюється предикторами в моделі. F-статистика та відповідне p-значення вказують на загальну статистичну значущість моделі. Високий  $R^2$  та низьке p-значення (<.001) свідчать, що ці базові фактори разом значущо пояснюють варіації в PCL-5.

Модель	R	$R^2$	Adjusted $R^2$	F	df1	df2	p
1	-	0.282	0.260	11.23	2	59	<.001
2	-	0.282	0.244	7.70	3	58	<.001

Таблиця 3.2.1. Показники відповідності моделі та порівняння моделей лінійної регресії для PCL-5 (лЧМТ, Група, взаємодія).

Таблиця 3.2.2. надає детальні коефіцієнти лінійної регресії для загального балу PCL-5 (Модель 2), що включає наявність лЧМТ, приналежність до групи та їхню взаємодію. Коефіцієнт (Estimate) показує очікувану зміну в PCL-5 за одиницю зміни предиктора, а t-статистика та p-значення оцінюють статистичну значущість внеску кожного окремого предиктора, контролюючи за іншими змінними. Важливо звернути увагу на p-значення, оскільки вони вказують, чи є кожен предиктор значущим самостійно.

<b>Предиктор</b>	<b>Estimate</b>	<b>SE</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Intercept	44.5932	4.382	10.176	<.001
наявність лЧМТ: Ні – Так	-1.1340	6.786	-0.167	0.868
Група: Контрольна – Реабілітація	6.7118	9.079	0.739	0.463
наявність лЧМТ * Група: (Ні – Так) * (Контрольна – Реабілітація)	-11.0858	10.741	-1.032	0.306

*Таблиця 3.2.2.* Коефіцієнти лінійної регресії для PCL-5 (лЧМТ, Група, взаємодія).

Регресійний аналіз для PCL-5 (Таблиця 3.2.1. та Таблиця 3.2.2. ) показав, що базова модель, яка включає наявність лЧМТ, приналежність до групи реабілітації та їхню взаємодію, є статистично значущою ( $F(3,58)=7.70$ ,  $p<0.001$ ) і пояснює 28.2% дисперсії PCL-5. Однак, жоден з окремих предикторів (наявність лЧМТ, група реабілітації, або їхня взаємодія) не виявився статистично значущим ( $p>0.05$ ). Це свідчить про те, що хоча ці фактори разом можуть впливати на ПТСР, їхній індивідуальний внесок у рамках цієї спрощеної моделі не є статистично значущим.

Таблиця 3.2.3. аналогічно Таблиці 3.2.1. надає показники відповідності моделі та порівняння моделей лінійної регресії, але для загального балу NSI. Вона демонструє, наскільки успішно початкові фактори (лЧМТ, група, взаємодія) пояснюють варіації в нейроповедінкових симптомах.

Модель	R	R <sup>2</sup>	Adjusted R <sup>2</sup>	F	df1	df2	p
1	-	0.223	0.196	8.44	2	59	<.001
2	-	0.225	0.185	5.62	3	58	0.002

Таб

лиця 3.2.3. Показники відповідності моделі та порівняння моделей лінійної регресії для NSI (лЧМТ, Група, взаємодія).

Таблиця 3.2.4. відображає детальні коефіцієнти лінійної регресії для загального балу NSI, аналогічно Таблиці 3.2.2. Тут також представлені оцінки, стандартні похибки, t-статистики та p-значення для кожного предиктора, що дозволяє визначити статистичну значущість індивідуального внеску кожного фактора в модель NSI.

Предиктор	Estimate	SE	t	p
Intercept	49.3361	4.509	10.941	<.001
наявність лЧМТ: Ні – Так	-2.7163	7.006	-0.388	0.700
Група: Контрольна – Реабілітація	7.1528	9.351	0.765	0.447
наявність лЧМТ * Група: (Ні – Так) * (Контрольна – Реабілітація)	-12.4340	11.077	-1.122	0.267

Таблиця 3.2.4. Коефіцієнти лінійної регресії для NSI (лЧМТ, Група, взаємодія).

Аналогічно, для NSI (Таблиця 3.2.3. та Таблиця 3.2.4.) базова модель є значущою ( $F(3,58)=5.62$ ,  $p=0.002$ ), пояснюючи 22.5% дисперсії. Окремі предиктори (лЧМТ, група, взаємодія) також не виявилися статистично значущими ( $p>0.05$ ). Це повторює висновок для PCL-5: хоча модель має

пояснювальну силу, індивідуальні внески цих трьох базових факторів недостатньо сильні, щоб бути статистично значущими окремо.

Таблиця 3.2.5. демонструє показники відповідності моделі та порівняння розширених моделей лінійної регресії для PCL-5. Модель 3 у цій таблиці включає широкий спектр демографічних та службових факторів на додаток до лЧМТ, групи та їх взаємодії. Збільшення  $R^2$  та збереження статистичної значущості F-статистики вказує на те, наскільки додавання цих факторів покращує пояснювальну здатність моделі для ПТСР.

Модель	$R^2$	Adjusted $R^2$	F	df1	df2	p
1	0.274	0.249	10.97	2	58	<.001
2	0.279	0.241	7.36	3	57	<.001
3	0.586	0.363	2.63	21	39	0.004

Таблиця 3.2.5. Показники відповідності моделі та порівняння моделей лінійної регресії для PCL-5 (Розширена модель з лЧМТ, групою, взаємодією, демографічними та службовими факторами). Примітка: Загальна F-статистика Моделі 3 ( $F(21,39)=2.63$ ,  $p=0.004$ ) є статистично значущою.

Розширена модель для PCL-5 (Таблиця 3.2.5.), що включає широкий спектр демографічних та службових факторів, є статистично значущою ( $F(21,39)=2.63$ ,  $p=0.004$ ) і пояснює значну частку дисперсії PCL-5 (58.6%). Це свідчить про те, що сукупність цих факторів має значний вплив на вираженість симптомів ПТСР.

Таблиця 3.2.6. деталізує коефіцієнти лінійної регресії для розширеної моделі PCL-5 (Модель 3). Ця таблиця є ключовою для розуміння індивідуального внеску кожного з численних предикторів (демографічних, службових, лЧМТ, групи та їх взаємодії) у прогноз загального балу PCL-5.

Особливу увагу слід звернути на р-значення, які показують, чи є вплив кожного окремого фактора статистично значущим.

Предиктор	Estimate	SE	t	p
Intercept	49.7138	18.782	2.647	0.012
наявність лЧМТ: Ні – Так	-3.0082	8.780	-0.343	0.734
Група: Контрольна – Реабілітація	-2.8232	18.192	-0.155	0.877
наявність лЧМТ * Група: (Ні – Так) * (Контрольна – Реабілітація)	-8.6694	21.071	-0.411	0.683
Вік	0.0733	0.325	0.225	0.823
Стать: Ж – Ч	5.9089	7.092	0.833	0.410
Рід військ: Ветерани – Військово-морські сили	-32.8291	23.531	-1.395	0.171
Сухопутні війська – Військово-морські сили	-18.3869	14.231	-1.292	0.204
Сили територіальної оборони – Військово-морські сили	-22.2364	14.410	-1.543	0.131
Десантно-штурмові війська – Військово-морські сили	-18.8681	16.752	-1.126	0.267
Національна гвардія України – Військово-морські сили	-27.3558	16.026	-1.707	0.096
ЗСУ – Військово-морські сили	-16.0163	17.885	-0.896	0.376
Командування Сил підтримки – Військово-морські сили	-52.2793	21.460	-2.436	0.020
Повітряні сили – Військово-морські сили	-14.8226	15.432	-0.960	0.343
Державна прикордонна служба – Військово-морські сили	23.7932	23.813	0.999	0.324
Категорія: Ветерани – Діючі військовослужбовці	27.3413	23.296	1.174	0.248
Військовополонені – Діючі військовослужбовці	17.3627	13.285	1.307	0.199
Чи були у Вас бойові виходи?: Ні – Так	-15.1933	10.520	-1.444	0.157
Сума років служби: 1-1,5 роки – 2 роки	11.2049	8.203	1.366	0.180
3-9 років – 2 роки	8.6638	6.634	1.306	0.199
до року – 2 роки	-4.5632	8.978	-0.508	0.614
понад 10 років – 2 роки	-8.0204	9.861	-0.813	0.420

Таблиця 3.2.6. Коефіцієнти лінійної регресії для PCL-5 (Модель 3: з лЧМТ, групою, взаємодією, демографічними та службовими факторами). Примітка:

Intercept (Перехват) є опорним рівнем. Для категоріальних змінних, базові категорії вказані в таблиці.

У розширеній моделі для PCL-5 (Таблиця 3.2.6.) жоден з факторів, крім "Командування Сил підтримки" ( $p=0.020$ ) порівняно з базовою категорією "Військово-морські сили", не виявився статистично значущим індивідуальним предиктором рівня ПТСР. Однак, надзвичайно важливою є інформація, що категорія "Командування Сил підтримки" у вибірці представлена лише одним учасником. Це призводить до того, що статистична значущість для цієї категорії є артефактом малої кількості спостережень, і її коефіцієнт не може бути надійно інтерпретований або узагальнений на ширшу популяцію. Таким чином, серед розглянутих демографічних та службових факторів, наявність лЧМТ, приналежність до групи та їхня взаємодія, жоден індивідуальний предиктор не виявив статистично значущого впливу на рівень ПТСР. Цей результат може вказувати на те, що вплив цих факторів може бути опосередкований або взаємодіяти складним чином, що не було повністю відображено в моделі, або ж що вони не є прямими, сильними окремими предикторами.

Таблиця 3.2.7. представляє показники відповідності моделі та порівняння моделей лінійної регресії для NSI, аналогічно Таблиці 3.2.6.. Вона показує, наскільки розширена модель, що включає демографічні та службові фактори, пояснює варіації в нейроповедінкових симптомах. Високе значення  $R^2$  та статистично значуща F-статистика свідчать про сукупний вплив цих факторів.

Модель	R <sup>2</sup>	Adjusted R <sup>2</sup>	F	df1	df2	p
1	0.218	0.191	8.10	2	58	<.001
2	0.222	0.181	5.42	3	57	0.002
3	0.534	0.283	2.13	21	39	0.020

*Таблиця 3.2.7.* Показники відповідності моделі та порівняння моделей лінійної регресії для NSI (Розширена модель з ЛЧМТ, групою, взаємодією, демографічними та службовими факторами). Примітка: Загальна F-статистика Моделі 3 ( $F(21,39)=2.13$ ,  $p=0.020$ ) є статистично значущою.

Для NSI (Таблиця 3.2.7.) розширена модель також є статистично значущою ( $F(21,39)=2.13$ ,  $p=0.020$ ) і пояснює 53.4% дисперсії NSI. Цей показник R<sup>2</sup> також свідчить про значну сукупну пояснювальну силу факторів, включених у модель, для рівня нейроповедінкових симптомів.

Таблиця 3.2.8. відображає детальні коефіцієнти лінійної регресії для розширеної моделі NSI (Модель 3). Ця таблиця надає інформацію про внесок кожного окремого демографічного, службового фактора, наявності ЛЧМТ та приналежності до групи у прогноз загального балу NSI. Важливо перевірити p-значення для кожного предиктора, щоб визначити, чи є його вплив на NSI статистично значущим.

Предиктор	Estimate	SE	t	p
Intercept	54.2235	19.362	2.800	0.008
наявність лЧМТ: Ні – Так	-2.4256	9.051	-0.268	0.790
Група: Контрольна – Реабілітація	3.2090	18.754	0.171	0.865
наявність лЧМТ * Група: (Ні – Так) * (Контрольна – Реабілітація)	-9.0451	21.723	-0.416	0.679
Вік	-0.0706	0.335	-0.211	0.834
Стать: Ж – Ч	4.5111	7.311	0.617	0.541
Рід військ: Ветерани – Військово-морські сили	-39.4319	24.258	-1.626	0.112
Сухопутні війська – Військово-морські сили	-14.6458	14.671	-0.998	0.324
Сили територіальної оборони – Військово-морські сили	-19.8603	14.855	-1.337	0.189
Десантно-штурмові війська – Військово-морські сили	-17.5082	17.270	-1.014	0.317
Національна гвардія України – Військово-морські сили	-24.4566	16.521	-1.480	0.147
ЗСУ – Військово-морські сили	-16.0245	18.438	-0.869	0.390
Командування Сил підтримки – Військово-морські сили	-50.7531	22.123	-2.294	0.027
Повітряні сили – Військово-морські сили	-23.3131	15.909	-1.465	0.151
Державна прикордонна служба – Військово-морські сили	-3.1108	24.549	-0.127	0.900
Категорія: Ветерани – Діючі військовослужбовці	38.3575	24.016	1.597	0.118
Військовополонені – Діючі військовослужбовці	21.4033	13.696	1.563	0.126
Чи були у Вас бойові виходи?: Ні – Так	-3.9863	10.845	-0.368	0.715
Сума років служби: 1-1,5 роки – 2 роки	15.8350	8.457	1.872	0.069
3-9 років – 2 роки	-1.0222	6.839	-0.149	0.882
до року – 2 роки	-4.7147	9.256	-0.509	0.613
понад 10 років – 2 роки	-8.1995	10.166	-0.807	0.420

Таблиця 3.2.8. Коефіцієнти лінійної регресії для NSI (Модель 3: з лЧМТ, групою, взаємодією, демографічними та службовими факторами). Примітка: Intercept (Перехват) є опорним рівнем. Для категоріальних змінних, базові категорії вказані в таблиці.

У розширеній моделі для NSI (Таблиця 3.2.8.) також спостерігається статистична значущість для категорії "Командування Сил підтримки" ( $p=0.027$ ) порівняно з "Військово-морськими силами". Однак, знову ж таки, з огляду на те, що ця категорія представлена лише одним учасником, цей результат є статистичним артефактом і не може бути інтерпретований як реальний вплив цього роду військ на NSI. Таким чином, індивідуальний вплив більшості демографічних та службових факторів, наявності лЧМТ, приналежності до групи та їхньої взаємодії не виявився статистично значущим на рівень нейроповедінкових симптомів у цій вибірці. Це вказує на те, що фактори, які були включені в модель, мають спільний пояснювальний потенціал, але їх окремі, ізольовані впливи не є досить сильними, щоб досягти статистичної значущості в даному дослідженні.

### 3.3. Аналіз впливу особистісних рис на рівень ПТСР у контрольній групі

Для вивчення взаємозв'язку між особистісними рисами та рівнем ПТСР в контрольній групі був проведений лінійний регресійний аналіз, де предикторами виступали шкали "Екстравертованість" та "Нейротизм", а також "Тип темпераменту" за опитувальником Айзенка, а залежною змінною – загальний бал за PCL-5.

Таблиця 3.3.1. відображає показники відповідності моделі лінійної регресії для загального балу PCL-5 виключно для контрольної групи, де предикторами є шкали опитувальника Айзенка. Значення  $R^2$  показує частку дисперсії ПТСР, що пояснюється особистісними рисами, а F-статистика та р-значення вказують на загальну статистичну значущість моделі. Високий  $R^2$  та низьке р-значення ( $p=0.037$ ) свідчать про те, що особистісні риси, включені в модель, значущо пояснюють варіації в PCL-5.

Модель	R <sup>2</sup>	Adjusted R <sup>2</sup>	F	df1	df2	p
1	0.731	0.516	3.40	8	10	0.037

Таблиця 3.3.1. Показники відповідності моделі лінійної регресії для PCL-5 (Контрольна група: шкали Айзенка). Примітка: Загальна F-статистика Моделі 1 ( $F(8,10)=3.40$ ,  $p=0.037$ ) є статистично значущою.

Загальна модель регресії для PCL-5 у контрольній групі (Таблиця 3.3.1.), яка включає особистісні риси за Айзенком, є статистично значущою ( $F(8,10)=3.40$ ,  $p=0.037$ ) і пояснює значну частку дисперсії PCL-5 (73.1%). Це свідчить про те, що особистісні риси відіграють помітну роль у поясненні варіацій рівня ПТСР у контрольній групі.

Таблиця 3.3.2. деталізує коефіцієнти лінійної регресії для PCL-5 у контрольній групі, де предикторами є шкали "Екстравертованість", "Нейротизм" та категорії "Типу темпераменту" за Айзенком. У цій таблиці представлені оцінки, стандартні похибки, t-статистики та p-значення для кожного окремого предиктора, дозволяючи оцінити їх індивідуальний внесок. Важливо зазначити, що низькі p-значення ( $< 0.05$ ) вказуватимуть на статистично значущий вплив конкретної риси темпераменту чи шкали на рівень ПТСР.

<b>Предиктор</b>	<b>Estimate</b>	<b>SE</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Intercept	6.42	42.49	0.151	0.883
Тип темпераменту:				
Флегматик-Сангвінік – Холерик	-18.49	15.29	-1.209	0.254
Флегматик – Холерик	-1.99	17.16	-0.116	0.910
Меланхолік – Холерик	16.44	19.44	0.846	0.417
Меланхолік-Флегматик – Холерик	34.08	25.61	1.331	0.213
Меланхолік-Холерик – Холерик	-9.47	15.74	-0.602	0.561
Сангвінік – Холерик	-26.52	16.51	-1.607	0.139
Екстраверт\Інтроверт	2.51	2.68	0.936	0.371
Нейротизм	-1.01	1.68	-0.599	0.563

*Таблиця 3.3.2.* Коефіцієнти лінійної регресії для PCL-5 (Контрольна група: шкали Айзенка). Примітка: Intercept (Перехват) є опорним рівнем. Для категоріальних змінних, базові категорії вказані в таблиці.

Незважаючи на загальну статистичну значущість моделі, жоден з окремих предикторів (Екстравертованість, Нейротизм, або категорії Типу темпераменту) не виявився статистично значущим індивідуальним предиктором рівня ПТСР ( $p > 0.05$ ). Це явище відоме як мультиколінеарність, коли предиктори в моделі сильно корелюють між собою, і їхній спільний внесок у пояснення дисперсії залежної змінної є значущим, але унікальний, незалежний внесок кожного окремого предиктора не досягає статистичної значущості. Це означає, що певні комбінації особистісних рис можуть бути пов'язані з рівнем ПТСР, але неможливо виділити єдину конкретну рису темпераменту чи шкалу Айзенка, яка б самостійно і значущо його прогнозувала в даній вибірці.

### 3.4. Практичне застосування результатів дослідження в реабілітації військовослужбовців

Отримані в ході дослідження дані мають важливе практичне значення та дозволяють сформулювати обґрунтовані рекомендації для оптимізації та підвищення ефективності реабілітаційних заходів. Насамперед, безумовну цінність становить виявлення статистично значущо вищих показників ПТСР та нейроповедінкових симптомів у групи реабілітації порівняно з контрольною (Таблиці 3.1.3, 3.1.4). Цей результат переконливо свідчить про високий рівень психологічної травматизації та вираженість порушень у військовослужбовців, які проходять відновлення, що підкреслює критичну потребу в цілеспрямованих, інтенсивних та своєчасних втручаннях.

Водночас, попри відсутність статистично значущого індивідуального внеску наявності лЧМТ, більшості демографічних, службових факторів чи особистісних рис у рівень ПТСР та НПС у регресійних моделях (Таблиці 3.2.2, 3.2.4, 3.2.6, 3.2.8, 3.3.2), загальна значущість цих розширених моделей та їхня здатність пояснювати суттєву частку дисперсії досліджуваних психологічних станів (Таблиці 3.2.5, 3.2.7, 3.3.1) вказують на складну, багатофакторну природу взаємозв'язків. Це означає, що розвиток та прояви ПТСР і нейроповедінкових симптомів є результатом комплексної взаємодії багатьох чинників, що вимагає від реабілітаційних програм широкого, а не вузькоспрямованого підходу.

На прикладі ДЗ "Центр психічного здоров'я та реабілітації ветеранів "Лісова Поляна" МОЗ України", де вже успішно застосовуються різноманітні терапевтичні методи, можна окреслити шляхи подальшої інтеграції цих висновків. Зокрема, такі підходи, як сеанси біосугестивної терапії (БСТ), що поєднують вербальне та невербальне навіювання, та заняття з психологічного розвантаження і відновлення саморегуляції (включно з дихальними, фізичними вправами та нейрогімнастикою), є основою для корекції

психологічних та психосоматичних розладів. Вони сприяють заземленню, зняттю стресу та релаксації, а також відновленню когнітивних функцій. Далі, методи, що працюють з травматичним досвідом, такі як Сторі терапія (терапевтичне письмо для послаблення внутрішньої напруги та розвитку абстрактного мислення) та Груповий EMDR (для стимуляції обробки травматичної інформації мозком через двосторонню стимуляцію), мають бути пріоритетними у програмах реабілітації. Апаратний метод VR-занять, що створює контрольоване та безпечне середовище, є перспективним для лікування тривожних розладів, ПТСР та фобій. Крім того, виявлена складність взаємозв'язків між особистісними рисами та психологічними станами (Таблиці 3.3.1, 3.3.2) підкреслює важливість організації та проведення терапевтичного дозвілля, де рекреаційна терапія доповнює психотерапевтичні заходи. Активності, такі як стрільба із лука, комедійна імпровізація та співочий клуб, сприяють профілактиці професійного вигорання у фахівців та формуванню атмосфери довіри та єднання серед пацієнтів та персоналу.

Отже, отримані дані свідчать про необхідність не просто застосування окремих методик, а системного поєднання цих різноманітних терапевтичних підходів. Практична цінність дослідження полягає у підтвердженні необхідності розробки гнучких, мультимодальних програм реабілітації, які враховуватимуть комплексний характер психологічних змін. Індивідуалізація програм, заснована на поглибленому розумінні психологічного профілю кожного військовослужбовця, та постійний моніторинг їхнього стану, залишаються ключовими для досягнення оптимальних результатів відновлення.

### **Висновки до розділу 3**

Проведене дослідження дозволило отримати низку важливих висновків щодо психологічних особливостей військовослужбовців у період реабілітації,

наслідків наявності легкої черепно-мозкової травми (лЧМТ), демографічних, службових та особистісних факторів на рівень посттравматичного стресового розладу (PCL-5) та нейроповедінкових симптомів (NSI) серед військовослужбовців.

1. Порівняльний аналіз груп: Результати t-критерію Стьюдента показали, що група, яка проходила психологічну реабілітацію, мала значно вищі середні бали за всіма кластерами ПТСР та NSI порівняно з контрольною групою. Цей результат є цілком очікуваним, оскільки на реабілітацію зазвичай направляються особи з більш вираженими психологічними проблемами, що свідчить про високий початковий рівень їхньої травматизації. Це підтверджує необхідність та цільове призначення подібних реабілітаційних програм.
2. Вплив демографічних, службових факторів та лЧМТ: Початкові лінійні регресійні моделі не виявили статистично значущого індивідуального впливу наявності лЧМТ, приналежності до групи реабілітації чи їхньої взаємодії на рівень ПТСР та NSI. Однак, при включенні до моделі ширшого спектру демографічних та службових факторів (вік, стать, рід військ, кількість років служби, категорія респондентів, наявність бойових виходів), загальна пояснювальна здатність моделей суттєво зросла (до 58.6% для ПТСР та 53.4% для NSI). Це вказує на те, що ці фактори у сукупності дійсно впливають на варіабельність симптомів. Проте, при детальному аналізі коефіцієнтів, жоден з цих факторів, за винятком категорії "Командування Сил підтримки", не виявився статистично значущим індивідуальним предиктором. Виявлена "значущість" для "Командування Сил підтримки" є артефактом, оскільки ця категорія була представлена лише одним учасником дослідження, що унеможливорює достовірне узагальнення. Таким чином, в даній вибірці не було виявлено окремих сильних демографічних чи службових предикторів рівня ПТСР та NSI. Це може

свідчити про те, що вплив цих факторів може бути більш складним, опосередкованим іншими змінними, або проявлятися у більш широкій популяції, ніж та, що була доступна для дослідження.

3. Вплив особистісних рис: Лінійний регресійний аналіз показав, що особистісні риси за опитувальником Айзенка (Екстравертованість, Нейротизм, Тип темпераменту) в цілому статистично значущо пояснюють варіації рівня ПТСР у контрольній групі (73.1% дисперсії). Проте, жодна з окремих шкал чи категорій темпераменту не виявилася статистично значущою індивідуальною змінною. Це свідчить про наявність мультиколінеарності, тобто комплексного, взаємопов'язаного впливу особистісних характеристик, а не їхнього ізольованого внеску. Це означає, що певні комбінації особистісних рис можуть бути пов'язані з ПТСР, але неможливо виділити єдину рису, яка б самостійно і значущо його прогнозувала в даній вибірці. Для майбутніх досліджень це підкреслює важливість розгляду взаємодії особистісних факторів.

Загалом, результати дослідження підкреслюють складний та багатофакторний характер розвитку та прояву ПТСР та нейроповедінкових симптомів серед військовослужбовців. Хоча програма реабілітації була орієнтована на осіб з більш вираженими симптомами, і загалом демографічні та особистісні фактори мають сукупну пояснювальну силу, індивідуальний вплив більшості окремих предикторів виявився несуттєвим у даній вибірці. Для отримання більш чітких та узагальнених висновків щодо індивідуальних факторів впливу, необхідні подальші дослідження з більшою та більш збалансованою за категоріями вибіркою, що дозволить уникнути статистичних артефактів, подібних до виявленої "значущості" рідкісних категорій. Також, майбутні дослідження можуть зосередитися на вивченні інтерактивних та опосередкованих ефектів між факторами, щоб краще

зрозуміти складну динаміку розвитку психологічних станів у  
військовослужбовців.

## ВИСНОВКИ

Проведене дослідження дозволило здійснити комплексний аналіз психологічного стану військовослужбовців та факторів, що впливають на нього, формуючи наступні підсумки:

1. Теоретико-методологічний аналіз впливу легкої черепно-мозкової травми (лЧМТ) на психологічний стан військовослужбовців підтвердив, що лЧМТ є значним фактором ризику, здатним призводити до широкого спектру психологічних порушень. Як наслідки лЧМТ виокремлено розмаїття психоемоційних, когнітивних, поведінкових та фізичних/сенсорних симптомів. Це робить таку травму не лише медичною, а й значущою соціальною проблемою, що потребує комплексного підходу до діагностики та лікування.
2. У процесі опису особливостей психологічного стану військовослужбовців під час реабілітації виявлено, що особи, які перебувають на реабілітації, характеризуються значною вираженістю симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та інших нейроповедінкових ознак. Це свідчить про високий початковий рівень психологічної травматизації у таких військовослужбовців, що обґрунтовує важливість та цільове призначення подібних програм реабілітації.
3. Для проведення емпіричного дослідження у закладі реабілітації, з використанням підібраних та протокольних методик, застосовувалися шкала PCL-5 та опитувальник нейроповедінкових симптомів (NSI). Додатково для контрольної групи використовувався Особистісний опитувальник Айзенка. Збір даних здійснювався як у форматі онлайн за допомогою Google-Form, так і очно, з використанням паперової версії опитувальників.
4. Визначення схильності до посттравматичного розладу у військовослужбовців, які перенесли лЧМТ, продемонструвало, що

група реабілітації має статистично значущі вищі середні бали за всіма кластерами ПТСР та нейроповедінкових показників порівняно з контрольною групою. Водночас, лінійний регресійний аналіз не виявив статистично значущого індивідуального впливу наявності лЧМТ на рівень ПТСР та НПС в рамках дослідженої вибірки. Це вказує на те, що вплив лЧМТ на психологічний стан може бути більш опосередкованим або проявлятися у взаємодії з іншими факторами.

5. При виявленні психологічних особливостей, що підвищують ризик розвитку ПТСР у військовослужбовців після перенесеної лЧМТ, розширені регресійні моделі, які включали демографічні, службові фактори, а також особистісні риси, виміряні за опитувальником Айзенка, хоч і були статистично значущими в цілому та пояснювали суттєву частку дисперсії ПТСР і нейроповедінкових проявів, не продемонстрували статистично значущого індивідуального внеску більшості окремих предикторів у рівень зазначених розладів. Це стосується як приналежності до групи реабілітації, віку, статі та більшості категорій роду військ, так і індивідуальних шкал темпераменту (Екстравертованість, Нейротизм та категорії Типу темпераменту). Виявлена статистична значущість окремих рідкісних категорій є артефактом невеликої кількості спостережень і не може бути надійно інтерпретована як реальний вплив. Це свідчить про складну, можливо, опосередковану або мультиколінеарну природу взаємозв'язків між цими факторами, що вимагає подальших досліджень.

Загалом, отримані результати підкреслюють важливість комплексного та індивідуалізованого підходу до реабілітації військовослужбовців. Високі показники результатів методик у реабілітаційній групі свідчать про невідкладну потребу в цілеспрямованих втручаннях. Хоча прямі лінійні залежності не завжди виявляються, складний, багатofакторний характер

психологічних змін вимагає системного поєднання різноманітних терапевтичних підходів. Перспективи подальших досліджень полягають у глибшому вивченні цих складних взаємозв'язків для розробки гнучких, мультимодальних програм відновлення, спрямованих на покращення якості життя військовослужбовців.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Безшейко, В. Адаптація Шкали для клінічної діагностики ПТСР та опитувальника "Перелік симптомів ПТСР" для української популяції. *PMGP* [інтернет]. 2016. Т. 1, № 1. E010108. Доступно з: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/8>. Дата звернення: 24.05.2025.
2. Грибок, А. О. Психічне здоров'я військовослужбовців Збройних Сил України як головний фактор успішного виконання бойових завдань в складних та екстремальних умовах. *Актуальні проблеми психології. Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*. Київ, 2018. Том XI : Психологія особистості. Психологічна допомога особистості. Вип. 18. С. 21–40.
3. Євсюков, О. П., Куфлієвський, А. С., Лебедев, Д. В. та ін. *Екстремальна психологія : підручник / за ред. О. В. Тімченка*. К. : ТОВ «Август Трейд», 2007. 502 с.
4. Кокур, О. М., Агаєв, Н. А., Пішко, І. О., Лозінська, Н. С., Корня, Л. В. *Психологічне вивчення особового складу Збройних Сил України : метод. посіб.* К. : НДЦ ГП ЗСУ, 2019. 288 с.
5. Кокур, О. М., Пішко, І. О., Лозінська, Н. С., Олійник, В. О., Хоружий, С. М., Ларіонов, С. О., & Сириця, М. В. *Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами : метод. посіб.* Київ : 7БЦ, 2023. 175 с.
6. Лесков, В. О., Грязнов, І. О. Сутність і причини виникнення нервовопсихічних розладів у військовослужбовців після проходження служби в умовах бойових дій. *Збірник наукових праць інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України*. Київ, 2006. Т. VIII. Вип. 3. С. 91–97.

7. Ліпатов, І. І., Шестопалова, Л. Ф., Афанасенко, В. С. *Психологічна адаптація військовослужбовців до бойової діяльності* : навч. посіб. Х. : ХВУ, 1999. 148 с.
8. Невидимі наслідки війни. Як розпізнати? Як спілкуватись? Як допомогти подолати? : довідник для широкого кола фахівців / К. Возніцина, Л. Литвиненко. Київ, 2020. 192 с.
9. Психологу для роботи. Діагностичні методики : збірник [Текст] /уклад.: М.В. Лемак, В.Ю. Петрище). - Вид. 2-ге, виправл. - Ужгород : Видавництво Олександри Гаркуші, 2012. - 616 с. : іл. ISBN 978-617-531-048-9
10. Укрінформ: В Україні є потреба у 221 реабілітаційному центрі, наразі їх 129. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/3886278-v-ukraini-e-potreba-u-221-reabilitacijnomu-centri-narazi-ih-129.html>. (дата звернення: 17.07.2024).
11. Alves, W., Macciocchi, S. N., Barth, J. T. Postconcussive symptoms after uncomplicated mild head injury. *J Head Trauma Rehabil.* 1993. 8(3). P. 48–59.
12. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5*. Washington, D.C. : American Psychiatric Association, 2013. 947 p. URL: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>.
13. Andrews, B., Brewin, C. R., Philpott, R., & Stewart, L. Delayed-onset posttraumatic stress disorder: A systematic review of the evidence. *American Journal of Psychiatry.* 2007. Vol. 164, № 9. P. 1319–1326. DOI: 10.1176/appi.ajp.2007.06091491.
14. Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5):

- Development and initial psychometric evaluation. *Journal of Traumatic Stress*. 2015. Vol. 28, № 6. P. 489–498. DOI: 10.1002/jts.22059.
15. Brenner, L. A., Ivins, B. J., Schwab, K., Warden, D., Nelson, L. A., Jaffee, M., & Terrio, H. Traumatic brain injury, posttraumatic stress disorder, and postconcussive symptom reporting among troops returning from Iraq. *J Head Trauma Rehabil*. 2010. Vol. 25, № 5. P. 307–312. DOI: 10.1097/HTR.0b013e3181cada03.
  16. Briere, J., Scott, C. *Principles of trauma therapy: a guide to symptoms, evaluation, and treatment*. Second edition, DSM-5 update. University of Southern California, Keck School of Medicine, 2012. 428 p.
  17. Brown, L. A., Bryan, C. J., Butner, J. E., Tabares, J. V., Young-McCaughan, S., Hale, W. J., Fina, B. A., Foa, E. B., Resick, P. A., Taylor, D. J., Coon, H., Williamson, D. E., Dondanville, K. A., Borah, E. V., McLean, C. P., Wachen, J. S., Pruiksma, K. E., Hernandez, A. M., Litz, B. T., Mintz, J., Yarvis, J. S., Borah, A. M., Nicholson, K. L., Maurer, D. M., Kelly, K. M., & Peterson, A. L. Identifying suicidal subtypes and dynamic indicators of increasing and decreasing suicide risk in active duty military personnel: Study protocol. *Contemporary Clinical Trials Communications*. 2021. Vol. 21. Article number 100752. DOI: 10.1016/j.conctc.2021.100752.
  18. Browne, T., Hull, L., Horn, O., Jones, M., Murphy, D., Fear, N. T., Greenberg, N., French, C., Rona, R. J., Wessely, S., & Hotopf, M. Explanations for the increase in mental health problems in UK reserve forces who have served in Iraq. *British Journal of Psychiatry*. 2007. Vol. 190. P. 484–489. DOI: 10.1192/bjp.bp.106.030544.
  19. Caplan, L. J., Ivins, B., Poole, J. H., Vanderploeg, R. D., Jaffee, M. S., & Schwab, K. The structure of postconcussive symptoms in US military samples. *J Head Trauma Rehabil*. 2010. Vol. 25, № 6. P. 447–458. DOI: 10.1097/HTR.0b013e3181d5bdbl.

20. Carlson, K., Kehle, S., Meis, L., Greer, N., MacDonald, R., & Wilt, T. The assessment and treatment of individuals with history of traumatic brain injury and post-traumatic stress disorder: a systematic review of the evidence. Minneapolis (MN): Department of Veterans Affairs Health Services Research and Development Service, 2009.
21. Carlson, K. F., Kehle, S. M., Meis, L. A., Greer, N., Macdonald, R., Rutks, I., Sayer, N. A., Dobscha, S. K., & Wilt, T. J. Prevalence, assessment, and treatment of mild traumatic brain injury and posttraumatic stress disorder: a systematic review of the evidence. *J Head Trauma Rehabil.* 2011. Vol. 26, № 2. P. 103–115. DOI: 10.1097/HTR.0b013e3181e50ef1.
22. Carr, M. M., Serowik, K. L., Na, P. J., Potenza, M. N., Martino, S., Masheb, R. M., & Pietrzak, R. H. Co-occurring alcohol use disorder and obesity in U.S. military veterans: Prevalence, risk factors, and clinical features. *Journal of Psychiatric Research.* 2022. Vol. 150. P. 64–70. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2022.03.039.
23. Cicerone, K. D., & Kalmar, K. Persistent postconcussion syndrome: The structure of subjective complaints after mild traumatic brain injury. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation.* 1995. Vol. 10. P. 1–17.
24. Cowden, R. G., Chapman, I. M., Houghtaling, A., & Worthington, E. L. Effects of a group experiential therapy program on the psychological health of military veterans: A preliminary investigation. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies.* 2019. Vol. 20, № 2. P. 119–138. DOI: 10.1080/14779757.2020.1846599.
25. Department of Veterans Affairs. Screening and evaluation of possible traumatic brain injury in Operation Enduring Freedom (OEF) and Operation Iraqi Freedom (OIF) veterans. Washington (DC): Department of Veterans Affairs, Veterans Health Administration, 2007.

26. Dillon, K. H., Hale, W. J., LoSavio, S. T., Wachen, J. S., Pruiksma, K. E., Yarvis, J. S., Mintz, J., Litz, B. T., Peterson, A. L., & Resick, P. A. Weekly changes in blame and PTSD among active-duty military personnel receiving cognitive processing therapy. *Behavior Therapy*. 2020. Vol. 51, № 3. P. 386–400. DOI: 10.1016/j.beth.2019.06.008.
27. Donnelly, K., Alt, M., & Donnelly, J. Relationship of Neurobehavioral Symptom Inventory (NSI) responses to cognitive and affective symptoms in OEF/OIF veterans who screen positive for TBI. Poster presented at the VA QUERI National Meeting; 2008 Dec; Phoenix, AZ.
28. Donnelly, K. T., Donnelly, J. P., Dunnam, M., Warner, G. C., Kittleson, C. J., Constance, J. E., Bradshaw, C. B., & Alt, M. Reliability, sensitivity, and specificity of the VA traumatic brain injury screening tool. *J Head Trauma Rehabil*. 2011. Vol. 26, № 6. P. 439–453. DOI: 10.1097/HTR.0b013e3182005de3.
29. Feingold, D., & Zerach, G. Emotion regulation and experiential avoidance moderate the association between posttraumatic symptoms and alcohol use disorder among Israeli combat veterans. *Addictive Behaviors*. 2021. Vol. 115. Article number 106776. DOI: 10.1016/j.addbeh.2020.106776.
30. Fredman, S. J., Macdonald, A., Monson, C. M., Dondanville, K. A., Blount, T. H., Hall-Clark, B. N., Fina, B. A., Mintz, J., Litz, B. T., Young-McCaughan, S., Hancock, A. K., Rhoades, G. K., Yarvis, J. S., Resick, P. A., Roache, J. D., Le, Y., Wachen, J. S., Niles, B. L., McGeary, C. A., Keane, T. M., & Peterson, A. L. Intensive, multi-couple group therapy for PTSD: A nonrandomized pilot study with military and veteran dyads. *Behavior Therapy*. 2020. Vol. 51, № 5. P. 700–714. DOI: 10.1016/j.beth.2019.10.003.
31. Gale, J., Saftis, E., Vidaña Márquez, I., & Sánchez España, B. A psychological treatment programme for traumatised ex military personnel in

- the UK. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 2008. Vol. 26, № 2. P. 119–134.
32. Gavlovsky, O. D., & Golovanova, I. A. Analysis of disability dynamics among anti-terrorist operation participants. *Actual Problems of the Modern Medicine: Bulletin of Ukrainian Medical Stomatological Academy*. 2019. Vol. 19, № 61. P. 3–7. DOI: 10.31718/2077-1096.19.1.3.
33. Glebov, V. G. Psychological adaptation of military personnel to service and combat activities in an armed conflict. *Reference Point*. 2005. Vol. 12. P. 36–39.
34. Government Accountability Office. VA health care: mild traumatic brain injury screening and evaluation implemented for OEF/OIF veterans, but challenges remain. Washington (DC): Government Accounting Office, 2008.
35. Grinker, R., Spiegel, J. *Men Under Stress*. Philadelphia, 1945. pp. 86–106.
36. Grodin, J., Clark, J. L., Kolts, R., & Lovejoy, T. I. Compassion focused therapy for anger: A pilot study of a group intervention for veterans with PTSD. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2019. Vol. 13. P. 27–33. DOI: 10.1016/j.jcbs.2019.06.004.
37. Gronwall, D., Wrightson, P. Delayed recovery of intellectual function after minor head injury. *Lancet*. 1974. 2. P. 605–609.
38. Haynes, P. L., Kelly, M., Warner, L., Quan, S. F., Krakow, B., & Bootzin, R. R. Cognitive behavioral social rhythm group therapy for veterans with posttraumatic stress disorder, depression, and sleep disturbance: Results from an open trial. *Journal of Affective Disorders*. 2016. Vol. 192. P. 234–243. DOI: 10.1016/j.jad.2015.12.012.
39. Hodges, T. J., Sharma, S., Nicolas, Déja, S., & Moore, B. A. Conflict resolution workshops for service members and families: The potentials of

- alternatives to violence project (AVP) to address military domestic violence. *Aggression and Violent Behavior*. 2022. Vol. 66. Article number 101736. DOI: 10.1016/j.avb.2022.101736.
40. Hoge, C. W., McGurk, D., Thomas, J. L., Cox, A. L., Engel, C. C., & Castro, C. A. Mild traumatic brain injury in U.S. Soldiers returning from Iraq. *N Engl J Med*. 2008. Vol. 358, № 5. P. 453–463. DOI: 10.1056/NEJMoa072972.
41. Hrynzovskyi, A. M., Bielai, S. V., Kernickyi, A. M., Pasichnik, V. I., Vasishev, V. S., & Minko, A. V. Medical, social and psychological aspects of assisting the families of the military personnel of Ukraine who performed combat tasks in extreme conditions. *Wiadomości Lekarskie*. 2022. Vol. 75, № 1 Pt 2. P. 310–317.
42. Ishaq, B., Irfan, M., Bibi, A., Inam, M., Hussain, N. H. N., & Ismail, S. B. Prevalence and factors of sexual dysfunctions among military men: A systematic review. *The Journal of Sexual Medicine*. 2022. Vol. 19, № 5. P. S200. DOI: 10.1016/j.jsxm.2022.03.454.
43. Iverson, G. L. Clinical and methodological challenges with assessing mild traumatic brain injury in the military. *J Head Trauma Rehabil*. 2010. Vol. 25, № 5. P. 313–319.
44. Jayatunge, R. M. Psychosocial rehabilitation of the war affected Sri Lankan combat veterans. 2013. URL: <https://www.colombotelegraph.com/index.php/psychosocial-rehabilitation-of-the-war-affected-sri-lankan-combatveterans/>. Дата звернення: 24.05.2025.
45. Keane, T. M., & Warden, D. L. The Management of Concussion/mTBI Working Group. VA/DOD Clinical Practice Guideline for management of concussion/mild traumatic brain injury (mTBI). Washington (DC): Department of Veterans Affairs and Department of Defense, 2009.

46. Kharchenko D. M., Hurskyi S. O. Interaction between temperament and posttraumatic stress disorders of participants of the military actions. *Теорія і практика сучасної психології*. 2018. № 6. С.61-65
47. Kennedy, J. E., Jaffee, M. S., Leskin, G. A., Stokes, J. W., Leal, F. O., & Fitzpatrick, P. J. Posttraumatic stress disorder and posttraumatic stress disorder-like symptoms and mild traumatic brain injury. *J Rehabil Res Dev*. 2007. Vol. 44, № 7. P. 895–920. DOI: 10.1682/JRRD.2006.12.0166.
48. King, P. R., Donnelly, K. T., Donnelly, J. P., et al. Psychometric study of the Neurobehavioral Symptom Inventory. *Journal of Rehabilitation Research & Development*. 2012. Vol. 49, № 6. P. 879–888.
49. Lange, R. T., Iverson, G. L., & Rose, A. Depression strongly influences postconcussion symptom reporting following mild traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil*. 2011. Vol. 26, № 2. P. 127–137. DOI: 10.1097/HTR.0b013e3181e4622a.
50. Levin, H. S., Williams, D. H., Eisenberg, H. M., et al. Serial MRI and neurobehavioral findings after mild to moderate closed head injury. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*: 1992. 55. P. 255–262.
51. Lew, H. L., Vanderploeg, R. D., Moore, D. F., Schwab, K., Friedman, L., Yesavage, J., Keane, T. M., Warden, D. L., & Sigford, B. J. Overlap of mild TBI and mental health conditions in returning OIF/OEF service members and veterans. *J Rehabil Res Dev*. 2008. Vol. 45, № 3. P. xi–xvi.
52. Makarenko, S. S. Socio-psychological rehabilitation of participants in combat operations. *Psychological Journal*. 2018. Vol. 3. P. 86–95. DOI: 10.31108/2018vol13iss3pp86-95.
53. Mas, N. M. Methods of the morale assessing of personnel of the armed forces of Ukraine during the special period. *Bulletin of Taras Shevchenko*

- National University of Kyiv. Military-Special Sciences*. 2017. Vol. 2. P. 31–34. DOI: 10.17721/1728-2217.2017.37.31-33.
54. McKinney, J. M., Hirsch, J. K., & Britton, P. C. PTSD symptoms and suicide risk in veterans: Serial indirect effects via depression and anger. *Journal of Affective Disorders*. 2017. Vol. 214. P. 100–107. DOI: 10.1016/j.jad.2017.03.008.
55. Meshberg-Cohen, S., Gross, G. M., Kachadourian, L. K., & Harpaz-Rotem, I. B. Binge drinking following residential treatment for posttraumatic stress disorder among veterans with and without alcohol use disorder. *Journal of Psychiatric Research*. 2021. Vol. 143. P. 202–208. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2021.09.024.
56. Milliken, C. S., Auchterlonie, J. L., & Hoge, C. W. Longitudinal assessment of mental health problems among active and reserve component soldiers returning from the Iraq war. *Journal of the American Medical Association*. 2007. Vol. 298, № 18. P. 2141–2148. DOI: 10.1001/jama.298.18.2141.
57. Mykhaylov, B. Mental disturbances on anti-terrorist combatants in Ukraine. *European Psychiatry*. 2017. Vol. 41 (Supplement). P. S725–S726. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2017.01.1319.
58. Myronets, O. M., Dei, M. O., Korolchuk, O. L., Butenko, O. V., & Slabetskyi, O. N. Participants and victims of armed conflicts and hostilities rehabilitation: Issues and prospects. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2022. Vol. 210, № 3. P. 156–162. DOI: 10.1097/NMD.0000000000001430.
59. Okie, S. Traumatic brain injury in the war zone. *N Engl J Med*. 2005. Vol. 352, № 20. P. 2043–2047. DOI: 10.1056/NEJMp058102.
60. Piers Morgan Uncensored. Zelensky: 'We Want NUKES!' Plus: 'Tucker Carlson, Stop Licking Putin's Ass!'. URL:

[https://www.youtube.com/watchv=tCJRwlH948E&ab\\_channel=PiersMorganUncensored](https://www.youtube.com/watchv=tCJRwlH948E&ab_channel=PiersMorganUncensored)

61. Prykhodko, I. I., Voloshko, S. A., & Gunbin, K. Yu. Evaluation of the moral-psychological status of the military service of the national guards of Ukraine: The theoretical aspect. *Honor and Law*. 2018. Vol. 2. P. 89–96.
62. Rimel, R. W., Giordani, B., Barth, J. T. Disability caused by minor head injury. *Neurosurgery*. 1981. 9. P. 221–228.
63. Rona, R. J., Jones, M., Iversen, A., Hull, L., Greenberg, N., Fear, N. T., Hotopf, M., & Wessely, S. The impact of posttraumatic stress disorder on impairment in the UK military at the time of the Iraq War. *Journal of Psychiatric Research*. 2009. Vol. 43, № 6. P. 649–655. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2008.09.006.
64. Schnitzer, G., Holttum, S., & Huet, V. “My heart on this bit of paper”: A grounded theory of the mechanisms of change in art therapy for military veterans. *Journal of Affective Disorders*. 2022. Vol. 297. P. 327–337. DOI: 10.1016/j.jad.2021.10.049.
65. Smith, T. C., Ryan, M. A., Wingard, D. L., Slymen, D. J., Sallis, J. F., & Kritz-Silverstein, D. New onset and persistent symptoms of posttraumatic stress disorder self reported after deployment and combat exposures: Prospective population based US military cohort study. *British Medical Journal*. 2008. Vol. 336, № 7640. P. 366–371. DOI: 10.1136/bmj.39430.638241.AE.
66. Solomon, Z., & Mikulincer, M. Trajectories of PTSD: A 20-year longitudinal study. *American Journal of Psychiatry*. 2006. Vol. 163, № 1. P. 659–666. DOI: 10.1176/appi.ajp.163.4.659.
67. Stefanovics, E. A., Potenza, M. N., & Pietrzak, R. H. PTSD and obesity in U.S. military veterans: Prevalence, health burden, and suicidality. *Psychiatry*

- Research*. 2020. Vol. 291. Article number 113242. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.113242.
68. Sullivan, K., & Garden, N. A comparison of the psychometric properties of 4 postconcussion syndrome measures in a nonclinical sample. *J Head Trauma Rehabil*. 2011. Vol. 26, № 2. P. 170–176. DOI: 10.1097/HTR.0b013e3181e47f95.
69. Sundin, J., Fear, N. T., Iversen, A., Rona, R. J., & Wessely, S. PTSD after deployment to Iraq: Conflicting rates, conflicting claims. *Psychological Medicine*. 2010. Vol. 40, № 1. P. 367–382. DOI: 10.1017/S0033291709990791.
70. Talbot, L. A., Brede, E., & Metter, J. Psychological and physical health in military amputees during rehabilitation: Secondary analysis of a randomized controlled trial. *Military Medicine*. 2017. Vol. 182, № 5. P. e1619–e1625. DOI: 10.7205/MILMED-D-16-00328.
71. Tanielian, T., & Jaycox, L. H. *Invisible wounds of war: psychological and cognitive injuries, their consequences, and services to assist recovery*. Santa Monica (CA): The RAND Corporation, 2008.
72. Taylor, D. J., Pruiksma, K. E., Mintz, J., Slavish, D. C., Wardle-Pinkston, S., Tyler, H., Dondanville, K. A., Young-McCaughan, S., Scullin, M. K., Nicholson, K. L., Litz, B. T., Dietch, J. R., Williamson, D. E., Keane, T. M., Peterson, A. L., & Resick, P. A. Treatment of comorbid sleep disorders and posttraumatic stress disorder in active duty military: Design and methodology of a randomized clinical trial. *Contemporary Clinical Trials*. 2020. Vol. 99. Article number 106186. DOI: 10.1016/j.cct.2020.106186.
73. Travaglini, L. E., Kuykendall, L., Bennett, M. E., Abel, E. A., & Lucksted, A. Relationships between chronic pain and mood symptoms among veterans with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2020. Vol. 277. P. 765–771. DOI: 10.1016/j.jad.2020.08.069.

74. Tsurkan-Saifulina, Yu. V. Social and psychological rehabilitation of war veterans. *Scientific Bulletin of Mukachevo State University. Series "Pedagogy and Psychology"*. 2022. 8(4). P. 96–104.
75. Walker, M. S., Kaimal, G., Koffman, R., & DeGraba, T. J. Art therapy for PTSD and TBI: A senior active duty military service member's therapeutic journey. *The Arts in Psychotherapy*. 2016. Vol. 49. P. 10–18. DOI: 10.1016/j.aip.2016.05.015.
76. Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., & Schnurr, P. P. The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). Scale available from the National Center for PTSD at [www.ptsd.va.gov](http://www.ptsd.va.gov).


## ДОДАТКИ

## Додаток А

Бланк первинного психологічного скринінгу, за яким проводилося опитування респондентів, що проходили реабілітацію. Наданий ДЗ "Центр психічного здоров'я та реабілітації ветеранів "Лісова Поляна" МОЗ України".

**Первинний психологічний скринінг**

Проводив (ла) \_\_\_\_\_



**1. Загальні дані.**

Прізвище ім'я По батькові:	
Телефон:	+38 / 0 ___ / _____
Стать:	<input type="checkbox"/> Чоловік <input type="checkbox"/> Жінка
Вік:	
Рід військ/наявність людей в підпорядкуванні:	
Дата заповнення:	___ / ___ / 2024 р.
Дата поступлення:	___ / ___ / 2024 р.
Відділення та палата	
Лікуючий лікар:	

**2. Цільова категорія (зазначити хто саме).**

Ветерани

Діючі військовослужбовці

Служби рятування

Родина ветерана, родина УБД

Військовополонені

Родина військовополоненого

Колишні полонені

Інші (наприклад, ВПО) \_\_\_\_\_

**3. Показники дослідження:**

Психодіагностична методика	Результат	Інтерпретація
PCL		
Опитувальник нейроповедінкових симптомів		

Контактні дані особи, з якою можна зв'язатися у разі, якщо з вами не буде зв'язку (записує психолог, що бере в роботу)

## 4. Стан здоров'я.

Скарги на психологічний стан (якщо є) або на соматичні симптоми:

--

## 5. Суїцидальні думки або спроби:

Чи були у Вас думки про самогубство?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
"Якщо Так, то чи це була тільки думка, чи продумували спосіб та план дій?"	<input type="checkbox"/> Тільки думка <input type="checkbox"/> Планував
Чи здійснювали Ви спробу самогубства?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
"Якщо Так, то Скільки спроб? Коли це було? Що зупинило? *досліджуємо детально, якщо думки актуальні "	

## 6. Черепно-мозкові травми:

Чи були у Вас черепно-мозкові травми?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Якщо Так, то скільки?	

Соціальний працівник (якщо є необхідність вказати основні потреби):  Так     Ні

1. працевлаштування
2. гуманітарна допомога
3. представлення інтересів
4. соціальне консультування
5. оформлення інвалідності
6. консультування з соціальної адаптації
7. інше \_\_\_\_\_

Групова робота:

Індивідуальна робота:

## 4. Стан здоров'я.

Скарги на психологічний стан (якщо є) або на соматичні симптоми:

--

## 5. Суїцидальні думки або спроби:

Чи були у Вас думки про самогубство?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
"Якщо Так, то чи це була тільки думка, чи продумували спосіб та план дій?"	<input type="checkbox"/> Тільки думка <input type="checkbox"/> Планував
Чи здійснювали Ви спробу самогубства?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
"Якщо Так, то Скільки спроб? Коли це було? Що зупинило? *досліджуємо детально, якщо думки актуальні "	

## 6. Черепно-мозкові травми:

Чи були у Вас черепно-мозкові травми?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Якщо Так, то скільки?	

Соціальний працівник (якщо є необхідність вказати основні потреби):  Так     Ні

1. працевлаштування
2. гуманітарна допомога
3. представлення інтересів
4. соціальне консультування
5. оформлення інвалідності
6. консультування з соціальної адаптації
7. інше \_\_\_\_\_

Групова робота:

Індивідуальна робота:

### Опитувальник нейроповедінкових симптомів

Уважно читайте твердження і обирайте варіант відповіді від 0 до 4, який відповідає Вашому стану протягом останніх двох тижнів:

Шкали	Немає такого	Інколи, рідко	Помірно	Часто	Дуже часто
Відчуття запаморочення	0	1	2	3	4
Втрата рівноваги	0	1	2	3	4
Погана координація рухів, незграбність	0	1	2	3	4
Головні болі	0	1	2	3	4
Нудота	0	1	2	3	4
Проблеми із зором, розмитість	0	1	2	3	4
Висока чутливість до світла	0	1	2	3	4
Утруднення слуху	0	1	2	3	4
Висока чутливість до шуму	0	1	2	3	4
Оніміння чи поколювання в тілі	0	1	2	3	4
Зміни смаку чи/та нюху	0	1	2	3	4
Втрата або підвищення апетиту	0	1	2	3	4
Погана концентрація уваги, легко відволікаюся	0	1	2	3	4
Забудькуватість, не можу згадати певні речі	0	1	2	3	4
Труднощі у прийнятті рішень	0	1	2	3	4
Уповільнення думок, утруднення самоорганізованості, неможливість довести справу до кінця	0	1	2	3	4
Втома, зниження енергійності, швидка втомлюваність	0	1	2	3	4
Труднощі із засинанням або легко прокидаюся	0	1	2	3	4
Відчуття тривоги та напруженості	0	1	2	3	4
Відчуття депресії чи пригніченості	0	1	2	3	4
Дратівливість, легко вивести із себе	0	1	2	3	4
Відчуваю, що легко розчаровуюсь через дрібниці	0	1	2	3	4

Згадайте подію, яку Ви можете назвати стресовим досвідом.

Наскільки часто, за останній місяць, Вас турбували наступні проблеми:

	Зовсім не турбує	Трохи	Помірно	Значною мірою	Надзвичайно
1. Повторювальні, хвилюючі та небажані спогади про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
2. Повторювальні, хвилюючі сновидіння про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
3. Ви раптово відчуваєте, або поводитье себе так, ніби стресова подія відбувається знову (ніби ви дійсно повернулися туди та переживаєте стресову подію заново)	0	1	2	3	4

	Зовсім не турбує	Трохи	Помірно	Значною мірою	Надзвичайно
4. Відчуття засмученості, понівечиності, коли щось нагадало Вам про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
5. Відчуття сильної фізіологічної реакції, коли щось нагадувало про стресовий досвід (напр., у Вас прискорюється серцебиття, утруднюється дихання, Ви більше пітнієте, тощо)?	0	1	2	3	4
6. Уникання спогадів, думок або почуттів, пов'язаних із стресовим досвідом?	0	1	2	3	4
7. Уникання зовнішніх стимулів (людей, певних місць, речей, тем розмов, занять) які нагадують про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
8. Проблеми із згадуванням важливих моментів стресової події?	0	1	2	3	4
9. Сильні негативні переконання про себе, інших людей або навколишній світ (наприклад, «я поганий», «зі мною щось не так», «нікому не можна довіряти», «світ – небезпечне місце»)?	0	1	2	3	4
10. Звинувачування себе або когось іншого в тому, що відбулося, або в тому, що сталося після цього?	0	1	2	3	4
11. Сильні негативні емоції, такі як страх, жах, злість, почуття провини або сором?	0	1	2	3	4
12. Втрата інтересу до занять, які вам раніше подобалися?	0	1	2	3	4
13. Відчуття віддаленості або відокремленості від інших людей?	0	1	2	3	4
14. Проблеми з переживанням позитивних почуттів (наприклад, нездатність відчувати щастя або відчувати почуття любові до близьких Вам людей)?	0	1	2	3	4
15. Роздратування, спалахи гніву, агресивна поведінка?	0	1	2	3	4
16. Занадто часто ризикуєте, чи робите вчинки, які можуть завдати вам шкоди?	0	1	2	3	4
17. Часте перебування «на сторожі», підвищена пильність, ніби ви «на взводі»?	0	1	2	3	4
18. Ви відчуваєте що можете здригнутися в будь-який момент від раптової події (гучного звуку, різкої дії)?	0	1	2	3	4
19. Труднощі із зосередженням уваги?	0	1	2	3	4
20. Вам важко заснути, або ж Ви часто прокидаєтесь вночі?	0	1	2	3	4