

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Факультет психології

Кафедра психодіагностики та клінічної психології

**Зв'язок між симптомами посттравматичного стресового розладу і  
постконтузійного синдрому та копінг-стратегіями комбатантів**

*Кваліфікаційна робота*

Студентки 2 року ОР «Магістр»

(спеціальність 053 «Психологія»,

освітня програма «Клінічна психологія з  
основами психотерапії»)

**Дерев'янчук Ольги Сергіївни**

Науковий керівник:

кандидат психол. наук, асистент кафедри  
психодіагностики та клінічної психології

**Проскурня Аліна Сергіївна**

**Роботу рекомендовано до захисту на ЕК №2**

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

**Завідувач кафедри психодіагностики та клінічної психології**

\_\_\_\_\_ **Людмила КРУПЕЛЬНИЦЬКА**

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1 .....	8
ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ КОМБАТАНТІВ.....	8
1.1. Копінг-стратегії як психологічний конструкт .....	8
1.2. Види копіngu та їх зв'язок з вираженістю симптомів посттравматичного стресового розладу і постконтузійного синдрому .....	13
1.3. Особливості копінг-стратегій комбатантів .....	21
Висновки до розділу 1 .....	24
РОЗДІЛ 2 .....	26
ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	26
2.1. Емпірична модель дослідження .....	26
2.2. Обґрунтування вибору психодіагностичних методик дослідження .....	28
2.2.1. Опитувальник «Перелік симптомів посттравматичного стресового розладу» (PTSD Checklist for DSM-5, PCL-5).....	28
2.2.2. Опитувальник нейроповедінкових симптомів (Neurobehavioral Symptoms Inventory, NSI) .....	30
2.2.3. Методика COPE.....	31
2.3. Опис процедури та вибірки дослідження .....	32
Висновки до розділу 2.....	38
РОЗДІЛ 3 .....	40
АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ.....	40
3.1. Особливості прояву зв'язків між вираженістю симптомів посттравматичного стресового розладу і копінг-стратегіями .....	40
3.2. Результати дослідження зв'язку між статусом мобілізованого комбатанта або добровольця і тенденцією до обрання певних копінг-стратегій.....	50

3.3. Рекомендації щодо здійснення заходів психологічної корекції і реабілітації комбатантів.....	57
Висновки до розділу 3.....	61
ВИСНОВКИ.....	65
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	67
ДОДАТКИ.....	77

## ВСТУП

**Актуальність теми дослідження.** Вступ України у повномасштабну війну 24 лютого 2022 року у зв'язку із збройною агресією російської федерації став значим викликом для суспільства. Окрім професійних військовослужбовців і захисників, які раніше брали участь в АТО, десятки тисяч громадян, які до початку повномасштабної війни вели цивільне життя, стали на захист своєї держави як добровольці. Враховуючи високу інтенсивність ведення бойових дій і жорстокий характер війни із російською федерацією, комбатанти опинились у ситуації хронічного і високоінтенсивного дистресу, який вимагає від психіки застосування ефективних способів психологічної адаптації. Актуальність даного дослідження обумовлена тим, що у лавах військових формувань України наразі служать представники різного віку, професій і соціальних груп, не усі з яких на момент прибуття у зону ведення бойових дій мали військовий досвід і відповідну морально-психологічну підготовку. Відтак, науковий і практичний інтерес становить вивчення особливостей психологічної адаптації і копінг-стратегій комбатантів в залежності від особливостей їх бойового досвіду, а також демографічних характеристик. Дослідження зазначених питань можуть сприяти розробці ефективних психологічних і психореабілітаційних втручань, необхідних для зміцнення стресостійкості, збереження психічного здоров'я і надання психологічної допомоги військовослужбовцям під час участі у бойових діях, а також їх успішної реадаптації і ресоціалізації після завершення військових дій і повернення до цивільного життя.

**Об'єктом дослідження** є копінг-стратегії.

**Предмет дослідження:** зв'язок між симптомами посттравматичного стресового розладу і постконтузійного синдрому та копінг-стратегіями комбатантів.

**Мета і завдання дослідження.** *Метою дослідження* є емпіричне обґрунтування зв'язку між симптомами посттравматичного стресового розладу і постконтузійного синдрому та копінг-стратегіями комбатантів.

***Гіпотези:***

- 1) Мобілізовані військовослужбовці застосовують менш адаптивні копінг-стратегії, ніж добровольці;
- 2) Комбатанти з вищим ступенем вираженості симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) і постконтузійного синдрому застосовують менш адаптивні копінг-стратегії.

***Завдання дослідження:***

- 1) Здійснити теоретичний аналіз копінг-стратегій комбатантів;
- 2) Визначити взаємозв'язок між копінг-стратегіями, які застосовує особистість, та ступенем вираженості симптомів ПТСР і постконтузійного синдрому;
- 3) За результатами емпіричного дослідження описати і порівняти специфіку та особливості застосування копінг-стратегій мобілізованими комбатантами і комбатантами-добровольцями;
- 4) Розробити рекомендації щодо психологічної роботи з комбатантами з огляду на особливості їх бойового досвіду.

**Теоретико-методологічні основи дослідження.** Питання вивчення копінг-стратегій комбатантів недостатньо висвітлені у сучасній науковій літературі, як в українській, так і в іноземній. Теоретико-методологічну основу дослідження копінг-стратегій як психологічного конструкту складають праці Р. Лазаруса і С. Фолькман, Г. Сельє, Е. Скіннер, Ч. Карвера, Н. В. Родіної, С. Грабовської та інших дослідників. Зазначені автори розвивали різні концепції долаючої поведінки, досліджували особливості її прояву у різноманітних середовищних умовах та розробляли класифікації копінг-стратегій. Хоча концепція копінгу не є новою для психологічної науки, вона все ж потребує більшого розвитку. Особливо актуальним і затребуваним є напрям досліджень на тему особливостей застосування особистістю копінг-стратегій у надміру стресових життєвих обставинах, таких як участь у військових діях. Втім, попри актуальність даної теми, ґрунтовних праць, присвячених дослідженню особливостей застосування копінг-стратегій учасниками бойових дій у науковій літературі практично немає.

**Методи дослідження:** у роботі використано блок методик на визначення ступеня вираженості симптомів ПТСР і нейроповедінкових симптомів, а також на дослідження копінг-стратегій особистості. Для визначення симптомів і ступеня вираженості ПТСР було застосовано методику Шкала клінічної діагностики ПТСР «Перелік симптомів ПТСР» (PTSD Checklist for DSM-5, PCL-5), розроблену Національним центром з ПТСР США. Для визначення нейроповедінкових симптомів використано Опитувальник нейроповедінкових симптомів (Neurobehavioral Symptoms Inventory, NSI), розроблений К. Цицероном і К. Калмар. Для дослідження застосовуваних особистістю копінг-стратегій застосовано методику диспозиційний опитувальник COPE Ч. Карвера, М. Шайера і Д. Вайнтрауба. Для отримання даних про особливості бойового досвіду застосовано метод структурованого клінічного інтерв'ю.

**Наукова новизна одержаних результатів** полягає у:

- Розширенні теоретичних знань української психологічної науки про взаємозв'язок між застосовуваними копінг-стратегіями та особливостями бойового досвіду у специфічній категорії населення – комбатантів;
- Розширенні теоретичних уявлень про можливі зв'язки між тенденцією до обрання певних копінг-стратегій і статусом комбатанта-добровольця або мобілізованого комбатанта;
- Доповненні існуючих наукових уявлень про вплив вираженості симптомів ПТСР і постконтузійного синдрому у комбатантів на адаптивність застосовуваних ними копінг-стратегій.

**Практичне значення одержаних результатів** полягає у тому, що:

- Надано рекомендації щодо психологічно-консультативної, психореабілітаційної і психокорекційної роботи з комбатантами з огляду на застосовувані ними копінг-стратегії з метою підвищення адаптивності їх копінг-стратегій і подальшої успішної реінтеграції у суспільство після звільнення з військової служби;
- Результати дослідження, наведені у роботі, можуть стати поштовхом для подальших наукових досліджень копінг-стратегій

військовослужбовців, медико-психологічних факторів, що їх обумовлюють, та розширення можливостей психологічно-консультативної, психокорекційної і психореабілітаційної роботи з комбатантами.

**Структура роботи:** робота складається зі вступу, 3 розділів, висновків, списку використаної літератури та додатків.

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ КОМБАТАНТІВ

#### 1.1. Копінг-стратегії як психологічний конструкт

На життєвому шляху будь-якої людини зустрічаються тяжкі події і обставини, які чинять психологічний тиск на особистість, завдають емоційного дискомфорту або навіть стають чинником формування психологічної травми. Щоб впоратись і мінімізувати вплив негативних наслідків переживання важкого життєвого досвіду, психіка людини вживає заходів для відновлення психологічної рівноваги, застосовуючи копінг-стратегії. Зміст застосування особистістю копінг-стратегій влучно описала Родіна (2013): «Психологічне призначення копінгу полягає в тому, щоб якнайкраще адаптувати людину до вимог ситуації, даючи можливість опанувати її, послабити або пом'якшити ці вимоги, намагатися уникнути або звикнути до них і таким чином погасити стресову дію ситуації».

За своєю сутністю копінг-стратегії направлені на зниження психологічного дискомфорту та водночас залучення психологічних ресурсів особистості для подолання складних життєвих обставин, які викликали стрес. Термін «копінг-стратегії» за своїм значенням є синонімічним до понять «копінг-поведінка», «долаюча поведінка» і «копінг». У науковий і практичний обіг термін копінг ввела психологиня Л. Мерфі у 1962 році, використавши його у контексті способів поведінки, до яких вдаються діти для подолання життєвих труднощів і суб'єктивного стресу. Однак, поняття копінгу набуло ширшого значення і популярності після його використання у 70-х роках ХХ ст. американським психологом Річардом Лазарусом. Теорія копінгу Лазаруса і до нинішнього часу вважається класичною і найбільш розвиненою.

Одним із історично перших підходів до розуміння долаючої поведінки була диспозиційна теорія копінгу. З точки зору цього підходу, під терміном «копінг» слід розуміти схильність особистості певним чином реагувати на стресову ситуацію, яку психіка сприймає як таку, що несе загрозу. При цьому важливим аспектом визначення копінгу з позиції диспозиційного підходу є відносна сталість притаманних конкретній особистості способів (механізмів)



долаючої поведінки. Як зазначали К. Шефер і Р. Горсач, відносна сталість копінг-стратегій особистості пов'язана передусім із відносною незмінністю особистісних характеристик людини (Schaefer & Gorsuch, 1993). Втім, диспозиційний підхід до розуміння долаючої поведінки мав досить багато обмежень і, фактично, заперечував розвиток особистості і її копінг-стратегій. Надмірно лімітуючи погляд на природу копінгу зумовив непопулярність диспозиційного підходу серед дослідників-психологів, а відтак, не набув широкого розповсюдження і подальшого наукового розвитку.

*Річард Лазарус і С'юзан Фолькман* розробили трансакційну модель стресу і копінгу (Transactional Theory of Stress and Coping, TTSC), яка розглядає копінг як постійно змінювані когнітивні і поведінкові зусилля особистості, спрямовані на подолання конкретних внутрішніх і зовнішніх обставин, які можна оцінити як такі, що обтяжують або перевищують ресурси особистості (Lazarus & Folkman, 1984). Надалі до класичного визначення, яке об'єднує когнітивний і поведінковий рівні, було запропоновано також включати емоційний рівень, оскільки стрес як явище, що зумовлює необхідність у застосуванні поведінки подолання, інтегрований в емоційний рівень реагування людини. Саме єдність трьох компонентів долаючої поведінки – когнітивного, емоційного і поведінкового – визначає ефективність копінгу в адаптації до стресу. Як зазначають Грабовська і Єсип (2010), «Когнітивні зусилля особи скеровано на аналіз проблеми, складання можливого плану дій, пошук альтернативних варіантів виходу із ситуації тощо. За допомогою емоційних зусиль людина контролюватиме свої переживання, шукатиме емоційну підтримку в оточення. Поведінкові зусилля дають змогу особі досягти бажаного результату».

Важливою характеристикою копінгу є його усвідомленість. Копінг-поведінка цілеспрямовано застосовується особистістю для зменшення впливу стресогенного чинника. Такий підхід до трактування долаючої поведінки нині є загальноприйнятим в українських та іноземних дослідників копінгу і дозволяє розмежувати його із поняттям захисних механізмів. Так, як зазначає Родіна (2013), у той час як психологічний захист є неусвідомлюваним поведінковим рівнем, опанувальну (долаючу) поведінку натомість слід розглядати як

усвідомлюваний рівень адаптивної поведінки особистості. Для копінгу характерне свідоме застосування особистістю стратегій долаючої поведінки, що базується на когнітивній оцінці стресора і власних ресурсів подолання. Ч. Карвер і Коннор-Сміт звертають увагу на те, що, хоча стилі копінгу можуть сформуватись за результатом застосування особистістю несвідомих паттернів реагування на дію стресора, вони остаточно закріплюються в результаті свідомої когнітивної оцінки і вольових зусиль особистості (Carver & Connor-Smith, 2010). Іншим важливим аспектом копінгу, який впливає із концепції Лазаруса і Фолькман, є незалежність долаючої поведінки від результату таких зусиль. Автори підкреслювали, що копінг є орієнтованим на процес, а не на результат (Lazarus & Folkman, 1984). Таким чином, копінг передбачає активні спроби особистості подолати стрес і адаптуватись до нього, навіть якщо такі зусилля протягом певного часу є неуспішними або неефективними.

Лазарус і Фолькман наголошували на тому, що застосування особистістю конкретного виду копінг-поведінки у відповідь на дію стресора визначається на підставі первинної і вторинної когнітивної оцінки. Первинна когнітивна оцінка передбачає оцінку ситуації загрози, тоді як друга когнітивна оцінка спрямована на виявлення і оцінку ресурсів подолання, якими володіє особистість (Lazarus & Folkman, 1984). Ще одним важливим аспектом теорії копінгу Р. Лазаруса є класифікація копінг-стратегій на види, які за своєю суттю і наслідками можуть призводити до адаптації або дезадаптації особистості (Lazarus, 1976). У контексті даного дослідження критерій адаптивності-дезадаптивності копінг-стратегій військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, може бути визначальним з точки зору прогнозу щодо можливих віддалених наслідків такого досвіду для психіки.

У теорії стресу *Ганса Сельє* копінгу відводиться окреме місце. Вчений визначав копінг (подолання) як процес боротьби зі стресом. Зокрема, Сельє вважав, що стрес є фізіологічною реакцією на зовнішні подразники, а подолання — це спосіб, яким людина реагує на цей стрес. На переконання Сельє, подолання включає ряд фізичних, психологічних і поведінкових реакцій, які люди використовують для адаптації до стресу та підтримки гомеостазу. Застосовані у

сукупності, когнітивні і поведінкові зусилля особистості допомагають їй ефективно відповідати на внутрішні і зовнішні стресори (Selye, 1956).

Теорія стресу Сельє заснована на концепції загального адаптаційного синдрому (General Adaptation Syndrome, GAS), яка передбачає, що реакція організму на стресовий чинник включає три послідовні стадії: 1) тривога, 2) опір і 3) виснаження (Selye, 1956). Сельє описував подолання як важливу складову стадії опору, яка спрямована на адаптацію до стресора та відновлення психологічної рівноваги. Водночас вчений підкреслював, що копінг є механізмом боротьби зі стресом, який дозволяє запобігти вичерпанню адаптаційних ресурсів особистості та, як наслідок, виснаження організму і порушення соматичного та психічного здоров'я. Таким чином, у теорії стресу Г. Сельє копінг-стратегії виконують одразу дві функції: з однієї сторони, вони допомагають долати стрес «тут і зараз», а з іншої – раціонально розподіляти адаптаційні ресурси людини.

Копінг як механізм подолання впливу стресогенних чинників є критично важливим для збереження психологічної рівноваги особистості. При цьому дослідження демонструють, що принциповим фактором збереження і підтримання умовного психологічного гомеостазу у багатьох випадках є сама по собі наявність долаючої поведінки, а не конкретні стратегії. Як писав Р. Лазарус, перебуваючи у стресових умовах, особистість може реагувати на них активно або пасивно (Lazarus, 1991). Втім, в залежності від конкретної ситуації, зовнішніх та внутрішніх чинників, як активні, так і пасивні стратегії подолання можуть бути як корисними (адаптивними), так і шкідливими (дезаптивними). Ця ідея є широко визнаною у наукових колах серед дослідників копінгу і впливає із самої сутності долаючої поведінки, адже застосовуючи копінг, особистість намагається контролювати як зовнішні обставини (ситуацію, яка викликала стрес), так і власні емоційні реакції на таку ситуацію (Lazarus, 2003). Відповідно, контекст стресової ситуації є вкрай важливим, адже не усі стресові ситуації піддаються контролю або впливу особистості. Наприклад, участь у бойових діях і військовий досвід в цілому значною мірою є неконтрольованими обставинами із високим рівнем стресогенного впливу (Kulka et al., 1990). У

такому середовищі сам факт докладання особистістю зусиль для подолання наслідків дистресу і збереження психологічної рівноваги є визначальним, тоді як конкретні моделі поведінки, які застосовує особистість у таких ситуаціях є другорядними за своїм значенням.

У контексті наведеного вище прикладу слід відзначити, що, хоча у традиційній теорії копінгу цей конструкт переважно розглядається у розрізі буденних стресорів, він також є актуальним і застосовним до значного дистресу. Участь у бойових діях визначається як стресор вкрай високої інтенсивності і для багатьох осіб є найбільш травматичним досвідом за усе життя (Kulka et al., 1990). Досвід переживання ситуації такого екстремального стресу чинить суттєвий вплив на особистість, модифікуючи її індивідуально-особистісні характеристики і постаючи чинником поведінкових порушень і психічних розладів (Timchenko et al., 2021). За даними одного із досліджень, яке вивчало поширеність посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед американських ветеранів війни у В'єтнамі, які брали безпосередню участь у боях, показники морбідності становили до 35,8 % для чоловіків та до 17,5 % для жінок (Kulka et al., 1990). Водночас, дослідження, проведене О. С. Чабаном і В. Г. Безшейко, показало, що станом на 2017 рік клінічно значущі симптоми ПТСР були виявлені у 20% військових-учасників АТО (Чабан & Безшейко, 2017). Наведені дані дають підстави припускати, що поширеність ПТСР серед військовослужбовців, які беруть участь у військових діях в рамках повномасштабного вторгнення російської федерації в Україну, може бути дуже високою. Втім, навіть у випадку, якщо тривале перебування у ситуації значного дистресу не спровокувало розвиток ПТСР або інших психічних розладів, такий вплив як мінімум суттєво знижує адаптаційний потенціал особистості. Як зазначив Василенко (2019), «За умови накопичення негативних травмуючих впливів на психіку військовослужбовців ще під час проходження ними служби спостерігається явище невідповідності ресурсних адаптаційних можливостей їх організму впливові зовнішніх стресових подразників».

Важливо також підкреслити, що одним із значущих факторів, які визначають, чи розвинеться у конкретної особи посттравматичний синдром, є

особистісні характеристики, включаючи стресостійкість (резиліентність) та особливості долаючої поведінки. Дослідження показали, що активний копінг, тобто цілеспрямовані і постійні зусилля особистості із подолання стресу, виступає детермінуючим фактором у розвитку стресостійкості особистості як якості, яка є ключовою для ефективної протидії стресу (Molenaar et al., 2021; Wu et al., 2013). Як зазначає Василенко (2016), «Незалежно від характеру бойових дій, впливу чинників навколишнього середовища, стійкість військовослужбовців до бойових психічних травм залежить, в першу чергу, від особистісних якостей військовослужбовця». До особистісних якостей можна віднести і притаманні конкретній особистості копінг-стратегії. Таким чином, прояви і особливості долаючої поведінки у військовослужбовців, які беруть участь у бойових діях, можуть позитивно або негативно впливати на процес адаптації до високоінтенсивного стресу та певною мірою визначати його наслідки для психіки і організму в цілому. У цьому контексті особливої актуальності набувають дослідження копінг-стратегій військовослужбовців, які мають досвід участі у військових діях, адже вони можуть стати основою для науково обґрунтованого прогнозу про реальну поширеність ПТСР серед українських військових і розробки відповідних психологічно-реабілітаційних втручань.

## 1.2. Види копіngu та їх зв'язок з вираженістю симптомів посттравматичного стресового розладу і постконтузійного синдрому

У теорії психологічного копіngu є декілька основних і загальноприйнятих класифікацій долаючої поведінки. Однією з таких класифікацій є поділ усіх копінг-стратегій на активні та пасивні. В основі такого поділу лежить критерій цілеспрямованості зусиль особистості, спрямованих на зниження негативного впливу стресу. На противагу активному копіngu, пасивні стратегії долаючої поведінки характеризуються небажанням і відсутністю спроб особистості справитись із стресогенним чинником поряд із спробами знизити психологічне напруження шляхом застосування механізмів психологічного захисту (Lazarus & Folkman, 1984).

Лазарус і Фолькман звертали увагу на те, що обрання особистістю тих чи інших копінг-стратегій значною мірою залежить від того, як особистість оцінює власні ресурси подолання у ситуації стресу (Lazarus & Folkman, 1984). Таким чином, когнітивна оцінка стресової ситуації як стимулу, з однієї сторони, і тих внутрішніх і зовнішніх ресурсів, які має особистість, з іншої сторони, обумовлює застосування конкретної копінг-стратегії – адаптивної або дезадаптивної.

Лазарус і Фолькман розділили усі копінг-стратегії на дві групи:

1. Проблемно-орієнтований копінг (problem-focused coping);
2. Емоційно-орієнтований копінг (emotion-focused coping).

До першої групи автори включали такі стратегії як конфронтаційне подолання, пошук соціальної підтримки і планування вирішення проблеми. Друга група копінг-стратегій включала самоконтроль, дистанціювання, позитивну переоцінку, прийняття відповідальності та уникнення (Lazarus & Folkman, 1984). Таким чином, на поведінковому рівні долаюча поведінка опосередковувалася або через когнітивні зусилля особистості, спрямовані на пошук шляхів вирішення проблеми, або через емоційне переживання і відношення до ситуації. Вищенаведена дихотомічна класифікація Лазаруса і Фолькман слугувала основою для розробки авторами Опитувальника способів подолання (Ways of Coping Questionnaire, WCQ).

На думку Лазаруса і Фолькман, застосування особистістю проблемно-орієнтованої копінг-поведінки є більш вірогідним у ситуаціях, коли за результатами первинної і вторинної когнітивної оцінки особистість приходить до висновку про те, що вона може певним чином протистояти ситуації або змінити її. Натомість, до емоційно-орієнтованого копінгу особистість частіше вдається у ситуаціях, які вона сприймає як такі, де вона нічого не може вдіяти, щоб змінити або запобігти стресу чи загрозі (Lazarus & Folkman, 1984). Водночас, автори зазначали, що у багатьох стресових ситуаціях особистість застосовує як проблемно-, так і емоційно-орієнтовані стратегії на різних етапах розвитку ситуації, тож ці групи стратегій не є взаємовиключними.

Після розробки Лазарусом і Фолькман класифікації копінг-стратегій на проблемно- та емоційно-орієнтовані цей підхід піддався критиці, і, зрештою був

визнаний самим Р. Лазарусом занадто примітивним (Lazarus, 1996). Як зазначили Е. Скіннер і співавтори, більшість копінг-стратегій можуть вважатися із проблемно-орієнтованими, так і емоційно-орієнтованими, та не можуть бути чітко віднесені лише до однієї із двох груп (Skinner et al., 2003). На сучасному етапі розвитку теорії копінгу Лазаруса і Фолькман поділ стратегій долаючої поведінки є умовним і не ставить за мету провести чітке розмежування між видами такої поведінки.

Ще одна відома класифікація стратегій копінг-поведінки була розроблена Чарльзом Карвером і Майклом Шейєром на основі вищенаведеної класифікації Річарда Лазаруса і С'юзан Фолькман, і фактично являє собою більш удосконалену версію останньої.

Зокрема, Карвер і Шейєр виділили копінг-стратегії на три групи:

1. проблемно-орієнтовані (problem-focused coping);
2. емоційно-орієнтовані (emotion-focused coping);
3. дисфункціональні/потенційно менш корисні (dysfunctional/arguably less useful) [19].

*Проблемно-орієнтовані* копінг-стратегії спрямовані на подолання або врегулювання впливу самого стресора. До цієї групи копінгів Ч. Карвер і співавтори відносять п'ять стратегій, зокрема: активне опанування, планування, пригнічення конкуруючої діяльності, обмеження і пошук інструментальної соціальної підтримки. Натомість, *емоційно-орієнтовані* копінг-стратегії являють собою зусилля особистості із врегулювання власного емоційного реагування на дію стресогенного чинника. Емоційно-орієнтованих копінгів також п'ять, і включають вони такі варіанти поведінки як пошук емоційної соціальної підтримки, позитивна реінтерпретація, прийняття, заперечення і звернення до релігії. Група *дисфункціональних або потенційно менш корисних* копінгів включає стратегії долаючої поведінки, які у більшості контекстів є дезадаптивними і можуть бути шкідливими для психічного здоров'я і психологічної рівноваги особистості, особливо при тривалому застосуванні. До цієї групи Ч. Карвер і співавтори включили такі стратегії як сфокусованість на

емоціях і прояв їх назовні, поведінкове самоусунення, а також психологічне або когнітивне відсторонення (Carver et al., 1989).

На думку В. Олефіра, обрання особистістю суб'єктивно ефективних (адаптивних) копінг-стратегій сприяє зміцненню психологічного благополуччя і підвищення рівня задоволеності життям (Олефір, 2011). Зокрема, автор зазначає, що активні копінг-стратегії, спрямовані на вирішення проблеми є предикторами психологічного благополуччя і більш успішної адаптації до стресу. Натомість, дезадаптивна копінг-поведінка, така як уникнення, не є ефективною і здоровою у довгостроковій перспективі, оскільки не сприяє зміцненню психологічного благополуччя особистості. У літературі також відзначається, що пасивні копінг-стратегії, які уособлюють спробу особистості уникнути впливу стресора або пов'язаних із ним емоційних переживань, не сприяють підвищенню рівня психологічного благополуччя через те, що не передбачають залучення особистості у ситуацію подолання і, відповідно, зміцненню відчуття суб'єктивного контролю над стресором. Натомість, активні копінг-стратегії, для яких характерним є цілеспрямоване і проактивне стрес-подолання чи протидія стресору, допомагають особистості мобілізувати власні ресурси і усвідомити свою роль у подоланні життєвих труднощів (Василенко, 2009). Іншим значущим фактором, що сприяє підвищенню рівня суб'єктивного психологічного благополуччя, на думку В. Олефіра, є різноманітність копінг-стратегій, які використовує особистість. Варіативність у застосуванні стратегій копінг-поведінки засвідчує адаптивність і гнучкість особистості у способах реагування на стресор. При цьому, як зазначає вчений, «...копінг-стратегії є своєрідним медіатором, через який глибинні психологічні конструкти забезпечують саморегуляцію поведінки в стресовій ситуації» (Олефір, 2011).

М. Василенко (Дідух) ототожнює активні копінг-стратегії з конструктивними, а пасивні – з неконструктивними (Дідух, 2018). Дослідниця вважає конструктивною долаючу поведінку, «спрямовану на подолання стресу шляхом контролю психологічно напруженої ситуації, її уникання або отримання психологічної підтримки» (Дідух, 2018). Н. Родіна, наводячи дефініцію конструктивного копінгу, зазначає, що «Індивід не реактивний, а проактивний у



тому розумінні, що він ініціює конструктивні способи дій і створює можливості для зростання. Проактивний індивід жадає поліпшення життя й вибудовує ... ресурси, які роблять можливими прогрес і високу якість функціонування» (Родіна, 2012). У класифікації Д. Уїллі та Є. Хейм конструктивним (продуктивним) копінгом є такі стратегії, які допомагають ефективно подолати стрес, тоді як неконструктивним (непродуктивним) копінгом є такий, що не дозволяє особистості знизити дію стресогенного фактора (Willi & Heim, 1986; Карамушка & Снігур, 2020). Варто також взяти до уваги думку Грандта (2020), який зазначає, що конструктивну копінг-поведінку визначає рівень розвитку особистісних та зовнішніх копінг-ресурсів, які особистість залучає для подолання стресу. Відтак, як зазначає автор, особистість може залучати як зовнішні, так і внутрішні ресурси для подолання стресу. У той же час, як слушно наголосили Е. Скіннер і співавтори, копінг-стратегії особистості не завжди є видимими і такими, що виявляються у конкретних діях або бездіяльності, які можна спостерігати (Skinner et al., 2013). Натомість, деякі аспекти копінг-поведінки особистості є її внутрішніми психічними процесами, які самі по собі можуть жодним чином не виявлятися та не бути помітними оточуючим.

Г. Сельє підкреслював важливість застосування особистістю ефективних і адаптивних копінг-стратегій для запобігання шкідливому і дестабілізуючому впливу стресу на соматичне і психічне здоров'я особистості. Вчений писав, що адаптивні стратегії подолання, такі як вирішення проблемних ситуацій, які є стресогенними, і пошук соціальної підтримки, можуть сприяти успішному подоланню стресу, тоді як дезадаптивні стратегії долаючої поведінки, такі як стратегія уникнення та зловживання психоактивними речовинами, можуть лише посилити дію стресу і мати негативні наслідки для здоров'я особистості (Selye, 1956).

Стратегії подолання є важливими для психологічного благополуччя, оскільки вони допомагають особистості справлятися з викликами і стресогенними життєвими ситуаціями та ефективно адаптуватися до них, таким чином мінімізуючи вплив стресу. Адаптивні стратегії подолання можуть допомогти особистості зберегти відчуття контролю над власним життям,

наскільки це можливо, і ефективно справлятися з негативними емоціями і психічними явищами, пов'язаними зі стресом, такими як симптоми тривоги, депресії та емоція гніву. Натомість, дезадаптивні стратегії не лише є неефективними у довгостроковій перспективі, але і можуть сприяти посиленню і навіть хроніфікації стресу, що у свою чергу матиме виражені негативні наслідки для психічного і соматичного здоров'я. Саме такого ефекту слід очікувати від таких дезадаптивних стратегій подолання як поведінка уникнення або зловживання психоактивними речовинами, адже особистість не вчиться адаптуватись до обставин стресу, а зменшення його впливу, які ці стратегії забезпечують, є тимчасовим і нестійким. Підсумовуючи, можна зазначити, що обрані особистості методи подолання стресу можуть як знизити, так і підвищити негативний вплив несприятливих життєвих подій і умов, причому не лише у короткостроковій, але і в довгостроковій перспективі, за рахунок дестабілізуючого впливу на функціонування і загальне здоров'я людини (Skinner et al., 2013).

Варто відзначити класифікацію копінгу, яка розширює уявлення про долаючу поведінку як таку, що застосовується особистістю лише як реакція на стрес, що вже відбувся. Як зазначає М. Дідух, «Копінг може спрямовуватися на подолання, або на компенсування втрати чи збитків від події, що вже сталася (реактивний копінг), на подолання загроз, що насуваються або компенсування їх (антиципаторний копінг), на вибудовування ресурсів для подолання наслідків події, яка потенційно може відбутися (превентивний копінг) та на вибудовування ресурсів для подолання наслідків ситуацій, які являють собою складні завдання й життєві виклики (проактивний копінг)» (Дідух, 2018). Така класифікація дозволяє розглядати копінг-поведінку як ресурс, який особистість може застосовувати безвідносно конкретної стресогенної події і для досягнення різних цілей, наближуючи за змістом копінг до понять локусу контролю і життєстійкості.

Говорячи про класифікацію копінг-стратегій важливо відзначити, що у сучасній психологічній науці все більшої підтримки набуває думка про недоцільність і умовність суворого дихотомічного поділу копінг-стратегій на

адаптивні і дезадаптивні. Контекст ситуації і особистісні характеристики є ключовими детермінантами ефективності або неефективності кожної конкретної копінг-стратегії. Відтак, одна і та сама модель долаючої поведінки може виявитись адаптивною або дезадаптивною в залежності від зовнішніх (середовищних) і внутрішніх (особистісних) факторів. Як слушно зазначають Брітт і співавтори, замість того, щоб розглядати одні копінг-стратегії як фундаментально корисніші або ефективніші, ніж інші, особистості слід вчитись підлаштовувати власні моделі долаючої поведінки під конкретні ситуації (Britt et al., 2016).

З досліджень вбачається, що між деякими дезадаптивними копінг-стратегіями, зокрема, уникненням, та посттравматичним стресовим розладом є прямий зв'язок. Як зазначили К. Бадур і співавтори, з однієї сторони, звернення особистості до поведінки уникнення у ситуаціях стресу є предиктором підвищеного ризику розвитку у неї ПТСР у разі дії психотравмуючого чиннику, тоді як з іншої, за наявності діагностованого ПТСР, особистість має більшу схильність до застосування уникаючого типу копіngu (Badour et al., 2012). У дослідженні, проведеному Д. Цай та співавторами, також було встановлено позитивний зв'язок між наявністю діагностованого ПТСР у ветеранів війни та більшою схильністю до застосування копінг-стратегії когнітивного і поведінкового уникнення порівняно із групою досліджуваних, які не мали діагностованого ПТСР (Tsai et al., 2012). Як зазначають М. Морріс і У. Рао, схильність до уникаючої поведінки і дезадаптивні варіації такого виду копіngu як пошук соціальної підтримки – наприклад, звернення до інших людей з метою ко-румінацій – пов'язані із підвищеними рівнями кортизолу, високою активністю парасимпатичної нервової системи і гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі, що є характерною нейробіологічною реакцією на стрес (Morris & Rao, 2013). Окрім цього, для осіб, схильних до застосування уникаючого типу копіngu, характерне збереження симптомів ПТСР протягом тривалого часу і підвищена фізіологічна реакція на будь-які тригери, які нагадують про травмуючу ситуацію (Pineles et al., 2011). Зазначені наукові висновки є важливими для розуміння тенденцій долаючої поведінки у осіб із

посттравматичним стресовим розладом, а також психологічних і нейробиологічних механізмів, що такі тенденції зумовлюють.

Незважаючи на збільшення кількості відповідних наукових досліджень протягом останніх років, питання взаємозв'язку постконтузійного синдрому і копінг-стратегій у науковій літературі висвітлене недостатньо. Низка вітчизняних і зарубіжних досліджень підкреслюють взаємозв'язок між симптомами ПТСР або гострої реакції на травму і постконтузійного синдрому (Silverberg & Iverson, 2011; Асонов & Хаустова, 2020; Смашна & Хаустова, 2017; Broshek et al., 2015). Зокрема, однією із характерних об'єднуючих рис цих симптомокомплексів є схильність до унікаючої поведінки (Broshek et al., 2015). Серед емоційних порушень, характерних для як для ПТСР, так і для контузії слід виділити підвищену емоційну лабільність і збудливість (реактивність) зі спалахами гніву (Khaustova & Smashna, 2017). Ще одним важливим аспектом взаємозв'язку між контузією і посттравматичним стресовим розладом у військовослужбовців є тенденція до зниження стресостійкості навіть через відкладений період часу після перенесення черепно-мозкової травми (Асонов & Хаустова, 2020; Meyer et al., 2019; Elliott et al., 2017; Elliott et al., 2019) і підвищена схильність до унікаючої поведінки (Larsen et al., 2020). Окрім того, як вбачається із дослідження Міллер і співавторів, множинні черепно-мозкові травми суттєво ускладнюють перебіг постконтузійного синдрому, впливаючи на кількість і вираженість симптомів (Miller et al., 2013). Таким чином, наявні у науковій літературі дані дозволяють стверджувати, що на копінг-стратегії комбатантів, що перенесли контузію, мають вплив особливості їх анамнезу, коморбідні психічні розлади (зокрема, ПТСР) і специфіка бойового досвіду. Зокрема, комбатанти із високим рівнем вираженості симптомів ПТСР і перенесеною черепно-мозковою травмою можуть мати схильність до застосування дезадаптивних стилів подолання стресу, таких як уникнення, і мати загалом знижений рівень толерантності до стресу.

### 1.3. Особливості копінг-стратегій комбатантів

З огляду на специфіку діяльності і середовища, у якому знаходяться військовослужбовці, які беруть участь у бойових діях, застосовувані ними копінг-стратегії можуть відрізнитись від тих, що використовуються людьми у цивільному житті. Постійний стрес дуже високої інтенсивності, безпосередня загроза життю і здоров'ю, а також підвищена відповідальність створюють такі умови життєдіяльності, у яких деякі поширені і ефективні у цивільному житті копінги не є актуальними. Крім того, досвід участі у бойових діях, особливо досить тривалий або інтенсивний, може виступати каталізатором деяких змін у функціонуванні психіки або навіть змін особистості (Pavlova et al., 2022). Останнє явище є поширеним як серед професійних військовослужбовців, які свідомо обирають сферу діяльності, пов'язану із підвищеним рівнем ризику і небезпеки, так і серед цивільних осіб, які добровільно вступили у збройні формування. Втім, копінг-стратегії комбатантів можуть значною мірою відрізнитись між собою в залежності від конкретної військової посади (ролі), місцезнаходження (несення служби у зоні активних бойових дій або у відносно мирній зоні), досвіду військової служби і особистісних властивостей конкретного військовослужбовця (Pavlova et al., 2022; Дубяга, 2014). У літературі є наукові висновки про те, що захисний характер війни в Україні, з однієї сторони виконує протективну функцію щодо психічного здоров'я і зумовлює особливу мотивацію українських військовослужбовців – захист своєї землі і незалежності, а з іншої сторони є джерелом додаткового психологічного стресу (Bryant et al., 2022). Відтак, досліджуючи копінг-поведінку комбатантів, слід брати до уваги зазначену специфіку, зважати на особистий і бойовий досвід, а також особливості особистості військовослужбовців.

У той же час, для багатьох військовослужбовців ефективними і актуальними є копінг-стратегії, які широко використовуються цивільними людьми. Наприклад, ритуали, такі як молитва або повторення певних фраз, допомагають деяким військовослужбовцям, які беруть участь у бойових діях, хоча б певною мірою стабілізувати свій психоемоційний стан (Жигайло & Коструба, 2022; Wansink & Wansink, 2013; Бойко & Царенко, 2017). Крім того, з

огляду на високий рівень відповідальності військового і необхідність діяти чітко і злагоджено із побратимами за задалегідь погодженим планом, військовослужбовці часто у напружені моменти (наприклад, безпосередньо під час активного бою) не відчувають впливу стресу завдяки концентрації уваги і фокусуванні на діях, які належить вчинити. Як зазначає О. Блінов, зосередження на завданні дозволяє військовослужбовцю мобілізувати свої психічні і фізичні ресурси, таким чином знижуючи психоемоційну напругу та інші прояви стресу (Блінов, 1999; Блінов, 2013). Така особливість реагування на стресові події є характерною для комбатантів і часто досягається завдяки постійним тренуванням і розвитку відповідних навичок.

Психоемоційний стан комбатанта значною мірою залежить від рівня психологічного напруження, яким супроводжується виконання завдань на полі бою. У разі, якщо рівень психологічного напруження не перевищує допустиму межу, військовослужбовець не втрачає здатності діяти активно, цілеспрямовано і мотивовано; натомість, у стані надмірного стресу і психоемоційного напруження, який перевищує адаптаційні ресурси особистості, порушується не лише його психологічний стан, але і якість виконання ним професійних обов'язків (Опальчук & Овод, 2019).

В українській і зарубіжній науковій літературі є деякі дані стосовно переважання окремих стилів копінгу над іншими у військовослужбовців. Як зазначає Ярмольчик (2021), військовослужбовці найчастіше вдаються до таких адаптивних копінг-стратегій як дистанціювання, конфронтація, пошук соціальної підтримки, прийняття відповідальності і планування рішення, поряд із дезадаптивними – втечею, самоконтролем і позитивною переоцінкою. Згідно дослідження В. Мушкевича і Л. Пасічник, у якому автори порівнювали особливості застосування копінг-стратегій цивільним населенням і військовослужбовцями, для останніх характерне переважання проблемно-орієнтованого стилю копінгу, що характеризує цю соціальну групу як «таких, що прагнуть докладати аналітичні зусилля для зміни проблемної ситуації» (Мушкевич & Пасічник, 2022). Серед незвичних для цивільного населення копінг-стратегій, зокрема, можна виділити чорний гумор, що є досить

поширеним серед комбатантів, і спрямований на стабілізацію психоемоційного стану, зниження тривоги, фрустрації і психологічного напруження, що виникає внаслідок актуалізації страху смерті як невід'ємного екзистенційного аспекту участі у бойових діях (Храбан, 2021). Загалом, слід погодитись із думкою В. Стасюка і співавторів, які зазначили про доцільність і ефективність поєднання військовослужбовцями різних копінг-стратегій в залежності від конкретних обставин бойової ситуації (Стасюк та ін., 2021).

Під час перебування у зоні бойових дій у деяких військовослужбовців розвиваються і дезадаптивні копінг-стратегії, які в подальшому можуть призводити до негативних наслідків для психічного здоров'я, таких як маніфестація і загострення тривожних, депресивних розладів, ПТСР тощо, а також окремих симптомів психічних розладів. Однією із таких копінг-стратегій є вживання психоактивних речовин, зокрема, алкоголю. Як зазначають Т. Сімпсон і співавтори, поширеним мотивом вживання алкоголю є «самомедикація» - тобто, спроба особистості справитись із негативними або небажаними переживаннями шляхом вживання психоактивних речовин і модифікації власного психологічного стану (Simpson et al., 2024). При цьому, такий копінг є особливо характерним для осіб із вираженими симптомами ПТСР. Як вже зазначалось раніше, комбатанти з посттравматичним стресовим розладом також часто звертаються до унікаючого типу копіngu, що може бути пов'язано як із проявом посттравматичних симптомів, так і загальним зниженням стресостійкості (Bartone & Nomish, 2020).

Робота із виявлення і корекції дезадаптивних копінг-стратегій проводиться вже на етапі декомпресії – системі заходів і втручань, спрямованих на психологічну реабілітацію військовослужбовців. Згідно Інструкції з організації психологічної декомпресії військовослужбовців Збройних Сил України, затвердженої Наказом Генерального штабу Збройних Сил України від 27.11.2018 року № 462, психологічною декомпресією є «комплекс психологічних та медико-психологічних заходів, які здійснюються після виведення військової частини (підрозділу) з району виконання завдань за призначенням для відновлення психофізіологічного стану та реадaptaції військовослужбовців» (Генеральний

штаб Збройних Сил України, 2018). Окрім інших заходів, під час психологічної декомпресії військовослужбовців-учасників бойових дій навчають ефективним і адаптивним стратегіям подолання стресу та проводять психоедукаційну роботу, спрямовану на отримання базових знань із протидії психологічній травматизації під час участі у бойових діях (Сафін & Беспалько, 2021). Як зазначають О. Древіцька і О. Філатова, в рамках виховних заходів із підвищення стресостійкості і адаптивності копінгу військовослужбовців навчають розрізняти проблемно- і емоційно-орієнтовані копінг стратегії за рахунок оволодіння такими навичками психологічної саморегуляції: «1) вплив на внутрішні контрольовані емоційні стресори; 2) вплив на внутрішні контрольовані когнітивні стресори; 3) вплив на зовнішні контрольовані когнітивні стресори; 4) вплив на неконтрольовані стресори; 5) вплив на багатозначність подразників» (Древіцька & Філатова, 2020). Підсумовуючи, слід зазначити, що, незважаючи на високу вірогідність психологічної травматизації і закріплення дезадаптивних копінг-стратегій у комбатантів, значна роль у мінімізації негативного травмуючого впливу бойового досвіду на стресостійкість і загальний психологічний стан військовослужбовців належить своєчасним і ефективним психореабілітаційним і психокорекційним втручанням.

### Висновки до розділу 1

З аналізу теоретичного підґрунтя теми дипломної роботи можна зробити такі висновки:

1. Хоча психологічний конструкт копінг-стратегій не є новим для психологічної науки, ґрунтовних досліджень, присвячених особливостям долаючої поведінки окремих соціальних груп, таких як комбатанти, практично немає ані у зарубіжній, ані у вітчизняній психологічній науці. Водночас, протягом останніх років в українській психології стало з'являтися більше наукових праць на дану тему, що пов'язано із її актуальністю для української популяції.



2. Під копінгом слід розуміти цілеспрямовані зусилля особистості із подолання негативного впливу стресора. Копінг спрямований на адаптацію особистості до стресогенної ситуації, зниження або нівелювання її впливу, а також можливе вирішення ситуації.

3. Серед психологічних теорій копінгу, які розглядалися у даній роботі, можна виділити диспозиційну і транзакційну. Остання модель набула значного поширення завдяки працям Р. Лазаруса і С. Фолькман. Ці автори також розробили актуальну і донині класифікацію копінг-стратегій на проблемно-орієнтовані і емоційно-орієнтовані. На основі даної класифікації дослідник копінгу Ч. Карвер розробив власну, яка, окрім проблемно-орієнтованих і емоційно-орієнтованих стратегій, також включає групу дисфункціональних або умовно менш адаптивних копінгів. Теорія про поділ усіх копінг-стратегій на адаптивні (корисні) і дезадаптивні (некорисні) протягом останніх десятиліть піддавалась критиці серед дослідників, хоча така класифікація і досі зустрічається у наукових працях, присвячених копінг-стратегіям.

4. У нечисленних наукові працях, присвячених вивченню копінг-стратегій військовослужбовців, містяться висновки про схильність комбатантів до обрання неадаптивних копінг-стратегій. При цьому наявні дослідження акцентують увагу на зв'язку між більшою вираженістю симптомів посттравматичного стресового розладу, а також наявністю контузії в анамнезі, і тенденцією до обрання таких дезадаптивних копінгів як уникнення і зловживання психоактивними речовинами. Водночас, для військовослужбовців також характерне застосування адаптивних проблемно-орієнтованих копінг-стратегій, таких як конфронтація і планування вирішення проблеми.

## РОЗДІЛ 2

### ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

#### 2.1. Емпірична модель дослідження

Цілі дослідження:

1. Визначення зв'язку між наявністю і рівнем вираженості у комбатанта симптомів ПТСР та тенденцією до обрання неадаптивних (менш адаптивних) копінг-стратегій;
2. Визначення зв'язку між наявністю і рівнем вираженості у комбатанта симптомів постконтузійного синдрому та тенденцією до обрання неадаптивних (менш адаптивних) копінг-стратегій;
3. Дослідження відмінностей у застосуванні копінг-стратегій мобілізованими комбатантами і комбатантами-добровольцями.

Емпірична модель дослідження представлена на Рис. 2.1.



Рис. 2.1. Емпірична модель дослідження

Методичну основу даного дослідження становлять психодіагностичні методики, що містять запитання, спрямовані на:

- діагностику ступеня вираженості симптомів посттравматичного стресового розладу;
- діагностику ступеня вираженості симптомів постконтузійного синдрому;
- дослідження характерних для особистості копінг-стратегій (стилів копінгу) у ситуації стресу.

Також було проведене структуроване клінічне інтерв'ю з метою встановлення особливостей бойового досвіду, які можуть корелювати з тенденцією до обрання окремих копінг-стратегій. Такими особливостями бойового досвіду є: вступ у збройні формування України і участь у бойових діях в якості мобілізованого військовослужбовця або добровольця; наявність або відсутність в анамнезі принаймні однієї контузії, отриманої під час участі у бойових діях; перебування або неперехування у військовому полоні.

На першому етапі емпіричного дослідження визначено об'єкт, предмет, мету і завдання дослідження; проведено рекрутинг досліджуваних; підбрано блок психодіагностичних методик, що забезпечують виконання завдань дослідження; сформульовано запитання для структурованого клінічного інтерв'ю; розроблено план і програму дослідження.

На другому етапі емпіричного дослідження для цілей якісного аналізу проведено розподіл вибірки на групу мобілізованих комбатантів і групу комбатантів-добровольців; проведено якісний аналіз отриманих даних шляхом систематизації даних і формулювання висновків про казуальні зв'язки між досліджуваними явищами; проведено кількісний статистичний аналіз даних методами описової статистики і кореляційного аналізу Спірмена (на базі програми SPSS версії 29.0).

На третьому етапі емпіричного дослідження підсумовувано і систематизовано результати дослідження, сформульовано висновки та рекомендації.

Основу для емпіричного дослідження склали такі психодіагностичні методики:

1. Опитувальник «Перелік симптомів посттравматичного стресового розладу» (PTSD Checklist for DSM-5, PCL-5) F. Weathers і співавторів, адаптований для української вибірки В. Безшейком, О. Хаустовою і Л. Трачук;
2. Опитувальник нейроповедінкових симптомів (Neurobehavioral Symptom Inventory, NSI) К. Cicerone і К. Kalmar, адаптований для української вибірки А. Швецем і співавторами;
3. Диспозиційний опитувальник «COPE», повна версія (COPE Inventory, full version) С. Carver, адаптований для української вибірки Ю. Коваленко.

Стимульний матеріал до усіх застосованих методик наведено у Додатках 1-3.

## 2.2. Обґрунтування вибору психодіагностичних методик дослідження

### 2.2.1. Опитувальник «Перелік симптомів посттравматичного стресового розладу» (PTSD Checklist for DSM-5, PCL-5)

Опитувальник «Перелік симптомів посттравматичного стресового розладу» (PTSD Checklist for DSM-5, PCL-5) був розроблений Ф. Везерсом і співавторами (F. Weathers et al.) у 2013 році для скринінгу симптомів ПТСР і постановки попереднього діагнозу ПТСР. Дана методика рекомендована до застосування Національним центром з ПТСР США (Weathers et al., 2013). Опитувальник складається із 20 питань і сформульований у формі самозвіту. Для української популяції методика була адаптована і перекладена українською мовою В. Безшейком, О. Хаустовою і Л. Трачук. За результатами адаптації і апробації методики на українській вибірці, опитувальник PCL-5 продемонстрував досить високі показники надійності і валідності, співставні із даними, отриманими при розробці і апробації оригінального дослідження на американській вибірці (Безшейко, 2013).

Методика PCL-5 враховує усі симптоми ПТСР за Diagnostic and Statistical Manual 5-го перегляду (DSM-5) за чотирма критеріями (кластерами) – В (інтрузивні симптоми), С (симптоми уникнення стимулів, пов'язаних з

травматичною подією), D (негативні зміни у когнітивній сфері і настрої у зв'язку із травматичною подією), E (виражені зміни у збудженні і реактивності у зв'язку із травматичною подією) (Weathers et al., 2013; Безшейко, 2013; American Psychiatric Association, 2013). Відтак, за результатами проведення даної методики клініцист має змогу побачити, які саме та скільки симптомів посттравматичного стресового розладу наявні у досліджуваної особи. Методика є зручною у використанні і досить короткою, що робить її адаптованою до можливостей пацієнтів зі зниженим рівнем психічного функціонування.

До усіх 20 питань наведено загальну інструкцію: «Протягом останнього місяця, як сильно Вас турбували...». Відповіді на питання методики ранжовані за типом чотирибальної порядкової шкали Лайкерта і включають такі варіанти: «Зовсім не турбували», «Трохи», «Помірно», «Відчутно», «Дуже». Відповіді оцінюються від 0 до 4 балів в залежності від ступеня вираженості симптому (варіант «Зовсім не турбували» оцінюється в 0 балів, «Трохи» – в 1 бал, «Помірно» – 2 бали, «Відчутно» – 3 бали, «Дуже» – 4 бали). Хоча автори методики наводять декілька підходів до її інтерпретації і обрахунку результатів (Weathers et al., 2013; Безшейко, 2013), у даному дослідженні застосовувався метод підрахунку загального балу за методикою в цілому (від 0 до 80 балів) для визначення ступеня тяжкості прояву клінічних або субклінічних симптомів ПТСР, без окремої інтерпретації балів за критеріями (кластерами). Про вірогідну наявність клінічного діагнозу ПТСР, який має надалі підтвердити лікар, свідчить результат за методикою від 31-33 балів (Weathers et al., 2013; Безшейко, 2013).

Обрання цієї методики для даного дослідження мотивовано тим, що учасники дослідження – комбатанти, які повернулись із зони ведення бойових дій – з дуже високою імовірністю мають психологічну травму і можуть мати посттравматичний стресовий розлад. Оскільки однією з гіпотез даного дослідження є наявність зв'язку між ступенем вираженості симптомів ПТСР і копінг-стратегіями, які застосовує особа, доцільним є застосування методики для скринінгу наявності і вираженості симптомів ПТСР у досліджуваних.

### 2.2.2. Опитувальник нейроповедінкових симптомів (Neurobehavioral Symptoms Inventory, NSI)

Опитувальник нейроповедінкових симптомів був розроблений у 1995 році К. D. Cicerone і К. Kalmar для діагностики наявності і ступеня вираженості специфічних симптомів, які можуть виникати після травматичного ураження головного мозку (Cicerone & Kalmar, 1995). Результати діагностики за допомогою даної методики допомагають психологам, неврологам і психіатрам спрогнозувати можливі наслідки черепно-мозкової травми (ЧМТ). Даний опитувальник є особливо актуальним для діагностики постконтузійного синдрому у ветеранів і комбатантів, адже травматичне ураження головного мозку чинить негативний вплив на психічне функціонування людини, якість життя особи в цілому, та соціальну, сімейну і трудову сфери життя зокрема (Черненко & Чухно, 2018; Pugh et al., 2018).

Методика була адаптована для української популяції А. Швецем і співавторами і нині застосовується в рамках програми превентивних і профілактичних заходів із попередження розвитку невротичних та інших психічних розладів у військовослужбовців (Швець та ін., 2016). Як і в оригінальному варіанті, адаптована методика NSI сконструйована у формі самозвіту і включає 22 твердження, які відповідають неврологічним і фізіологічним симптомам, що можуть виявлятися після отримання контузії. До усіх 22 тверджень наведено загальну інструкцію: «Оберіть варіант відповіді, який відповідає Вашому стану протягом останніх двох тижнів...». Опитувальник сконструйований за типом чотирибальної рядкової шкали Лайкерта і включає такі варіанти відповідей: «Ніколи не було чи було дуже рідко», «Рідко трапляється, але це не впливає на мою працездатність», «Часто буває і інколи порушує працездатність», «Дуже часто буває і порушує працездатність», «Завжди турбує. Не можу працювати і потребує допомоги». Відповіді оцінюються від 0 до 4 балів в залежності від ступеня вираженості симптому (варіант «Ніколи не було чи було дуже рідко» оцінюється в 0 балів, «Рідко трапляється, але це не впливає на мою працездатність» – в 1 бал, «Часто буває і інколи порушує працездатність» – 2 бали, «Дуже часто буває і порушує

працездатність» – 3 бали, «Завжди турбує. Не можу працювати і потребує допомоги» – 4 бали) (Cicerone & Kalmar, 1995; Швець та ін., 2016). Результат за методикою обраховується шляхом підсумовування отриманих балів за усіма питаннями, на підставі чого фахівець робить висновок про ступінь тяжкості прояву клінічних або субклінічних симптомів постконтузійного синдрому. Максимально можливий результат за методикою становить 88 балів.

Застосування методики NSI у даному дослідженні пояснюється двома причинами. По-перше, значна кількість комбатантів отримують принаймні одне травматичне ураження головного мозку (контузію) за час служби. По-друге, оскільки окремі симптоми постконтузійного синдрому є подібними до симптомів посттравматичного стресового розладу (Хаустова & Смашна, 2016), виникає потреба у діагностиці обох цих симптомокомплексів для більш чіткого розуміння їх впливу на копінг-стратегії комбатантів.

### 2.2.3. Методика COPE

Методика COPE була розроблена відомим дослідником копіngu С. Carver та співавторами у 1989 році (Carver et al., 1989). Хоча методика застосовується у трьох варіаціях, для даного дослідження був обраний диспозиційний варіант методики, метою якого є вимірювання звичних для особистості стратегій копіngu у ситуації стресу, на протигагу ситуаційним реакціям (Carver et al., 1989). Даний опитувальник вважається одним із найбільш валідних психометричних інструментів для дослідження долаючої поведінки особистості.

Методика була повністю адаптована для української вибірки дослідницею Ю. Коваленко (Коваленко, 2020). За результатами адаптації методики для українською популяції були отримані досить високі показники внутрішньої надійності. Як і оригінальна версія опитувальника, адаптована методика містить 60 тверджень, які оцінюються за чотирибальною шкалою Лайкерта з такими варіантами відповідей: «Як правило, я зовсім цього не роблю» (оцінюється в 1 бал), «Я зрідка це роблю» (2 бали), «Час від часу я це роблю» (3 бали), «Я роблю це досить часто» (4 бали). Усі 60 питань опитувальника утворюють 15 субшкал, що відповідають стилям (стратегіям) копіngu: 1) позитивна інтерпретація та

особистісний розвиток; 2) ментальне відволікання – уникнення проблеми; 3) фокусування на емоціях та емоційна розрядка; 4) пошук інструментальної соціальної підтримки; 5) активне подолання; 6) заперечення; 7) релігійний копінг; 8) почуття гумору; 9) поведінкове відволікання; 10) обмеження; 11) пошук емоційної соціальної підтримки; 12) вживання алкоголю та наркотиків; 13) прийняття; 14) придушення конкурентних дій; 15) планування (Коваленко, 2020). Кожна субшкала включає по 4 питання.

Характерною особливістю методики є те, що обрахунок отриманих результатів здійснюється за окремими шкалами, а не за методикою загалом. Таким чином, респондент може набрати від 4 до 16 балів за кожною субшкалою. Для інтерпретації результатів застосовується порівняння результатів за субшкалами із визначенням домінуючого (домінуючих) стилів копіngu – тих субшкал, за якими респондент набрав найбільшу кількість балів (Carver et al., 1989). Включення диспозиційного опитувальника COPE до блоку обраних для даного дослідження методик пояснюється тим, що методика COPE є валідною, надійною і досить універсальною за рахунок врахування великої кількості стилів копіngu.

### 2.3. Опис процедури та вибірки дослідження

Емпіричне дослідження було проведено у лютому-березні 2023 року серед неоднорідної вибірки комбатантів віком від 19 до 45 років. Збір даних проводився шляхом проведення очного структурованого клінічного інтерв'ю та проведення методик у паперовому варіанті. Рекрутинг респондентів для вибірки відбувався шляхом не випадкового (спрямованого) відбору за критерієм морально-психологічної та фізичної здатності взяти участь у дослідженні (з огляду на стан соматичного і психічного здоров'я) та з дотриманням принципів конфіденційності і добровільності участі у дослідженні. Усі респонденти засвідчували свою добровільну згоду на участь у дослідженні і ознайомлення із процедурою дослідження шляхом підписання відповідного документу. Після первинного відбору і початку процедури збору даних було відсіяно 3 учасників дослідження через їх бажання вибути з дослідження (1 учасник) або



неможливість закінчити дослідження у зв'язку зі станом здоров'я (2 учасника). За результатами усіх етапів відбору і після процедури відсіювання фінальний обсяг вибірки склав 18 осіб.

Рекрутинг респондентів і збір даних для емпіричного дослідження відбувався на базі Державного закладу «Центр психічного здоров'я та реабілітації ветеранів «Лісова Поляна» Міністерства охорони здоров'я України. Зазначена установа є медичним закладом, де військовослужбовці і ветерани проходять реабілітацію. Відтак, важливими характеристиками вибірки є те, що вона є клінічною і специфічною. Клінічною вибірка є через те, що учасники дослідження є пацієнтами медичного закладу, яких було госпіталізовано для проходження медико-психологічної реабілітації. Окрім того, більшість респондентів мають середні або високі показники посттравматичного стресового розладу (ПТСР) за шкалою PCL-5, виражені нейроповедінкові симптоми за шкалою NSI, і щонайменше одну контузію в анамнезі. Дана вибірка є специфічною, оскільки до неї належать військовослужбовці, які мають досвід участі у бойових діях. Ще однією особливістю даної вибірки також є те, що вона на 100% складається із респондентів чоловічої статі. Однорідність вибірки за критерієм статі пояснюється переважанням серед військовослужбовців осіб чоловічої статі в цілому, і серед пацієнтів ДЗ «Центр психічного здоров'я та реабілітації ветеранів «Лісова Поляна» МОЗ України зокрема.

Середнє значення вибірки за віком складає 32 роки, медіана – 31,50, мода – 30 і 38 років, стандартне відхилення – 7.244. Мінімальний вік респондентів у вибірці – 19 років, максимальний – 45. Асиметрія розподілу є додатною, хоча і наближеною до нуля (коефіцієнт асиметрії розподілу – 0.051) (Табл. 2.1.).

Розподіл вибірки за віком у відсотковому співвідношенні представлений у табл. 2.2. Розподіл вибірки за віком у даному дослідженні тяжіє до нормального, що вбачається з графіку розподілу вибірки відносно кривої нормального розподілу (Рис. 2.2.).

Кількість досліджуваних (N)	18
Середнє значення	32
Медіана	31,50
Мода	30
Діапазон	26
Мінімальне значення	19
Максимальне значення	45

Табл. 2.1. Описові статистики вибірки за критерієм віку

**Вік**

		Частота	Відсоток
Дійсні	19	1	5.6
	22	1	5.6
	24	1	5.6
	25	1	5.6
	26	1	5.6
	29	1	5.6
	30	2	11.1
	31	1	5.6
	32	1	5.6
	33	1	5.6
	34	1	5.6
	37	1	5.6
	38	2	11.1
	40	1	5.6
	43	1	5.6
	45	1	5.6
	Всього	18	100.0

Табл. 2.2. Розподіл вибірки за віком у відсотковому співвідношенні

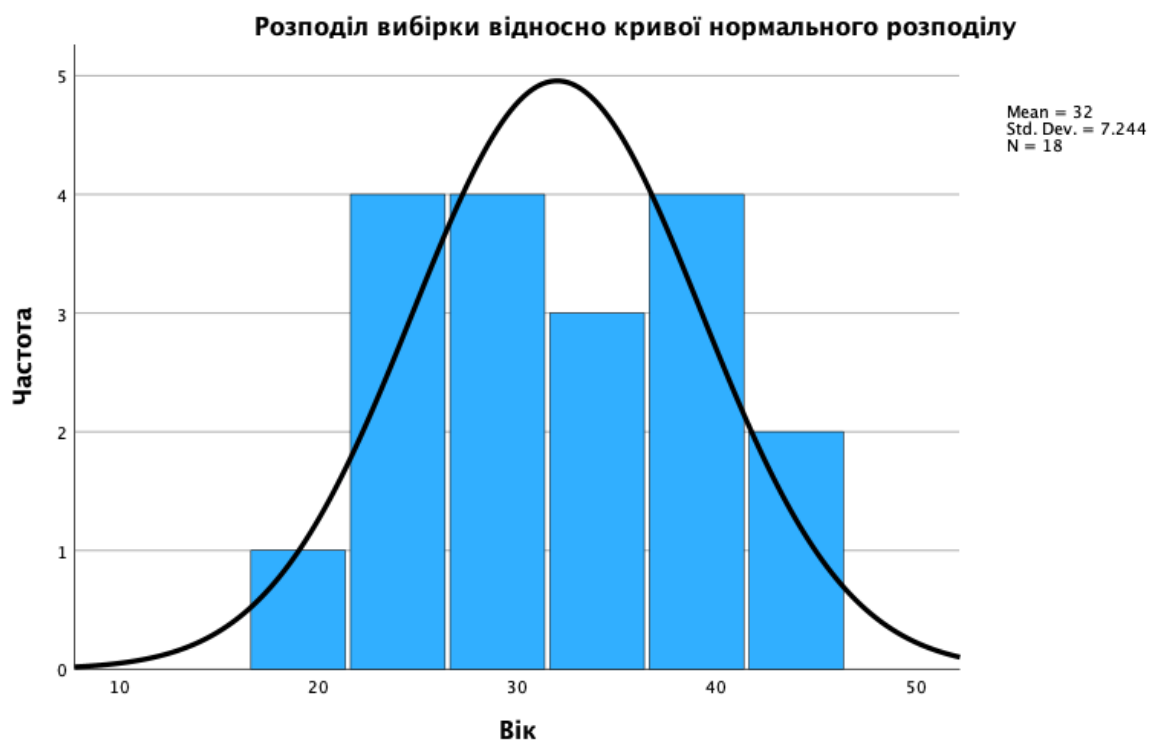


Рис. 2.2. Розподіл вибірки за критерієм віку відносно кривої нормального розподілу

За критерієм участі у бойових діях в якості мобілізованого або добровольця вибіркова сукупність респондентів кількісно розподілилась таким чином: 8 респондентів – мобілізовані військовослужбовці (44,4% від загальної вибірки) і 10 – добровольці (55,6%) (Табл. 2.3, Рис. 2.3).

### Мобілізований чи доброволець

	N	%
Мобілізований	8	44.4%
Доброволець	10	55.6%

Табл. 2.3. Відсоткове співвідношення респондентів у вибірці за критерієм «Мобілізований-доброволець»

### Розподіл вибірки за критерієм "Мобілізований – доброволець"

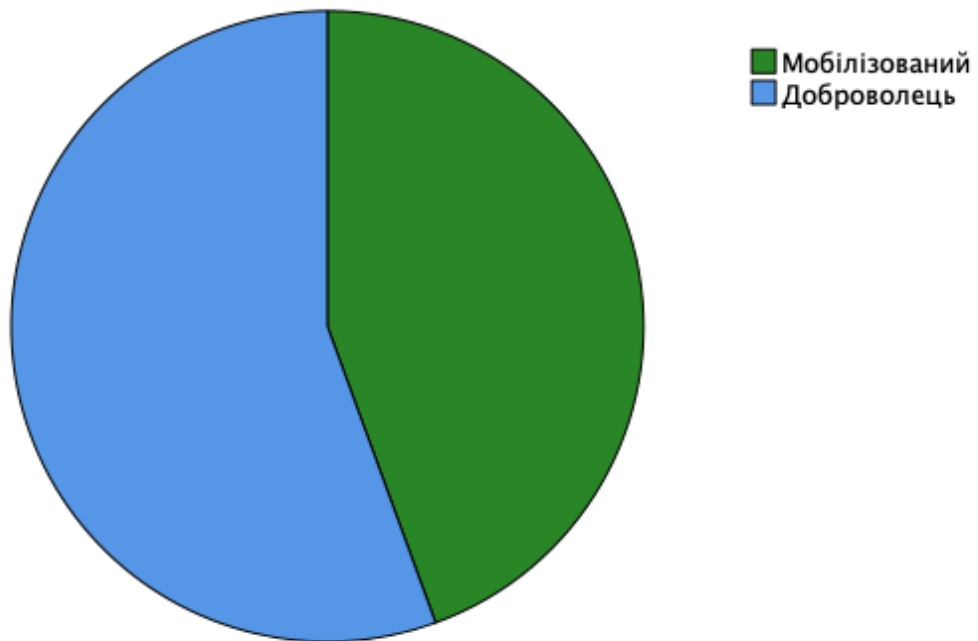


Рис. 2.3. Розподіл вибірки за критерієм «Мобілізований-доброволець»

Розподіл вибірки за критерієм «Мобілізований-доброволець» відносно кривої нормального розподілу також тяжіє до нормального (Рис. 2.4.).

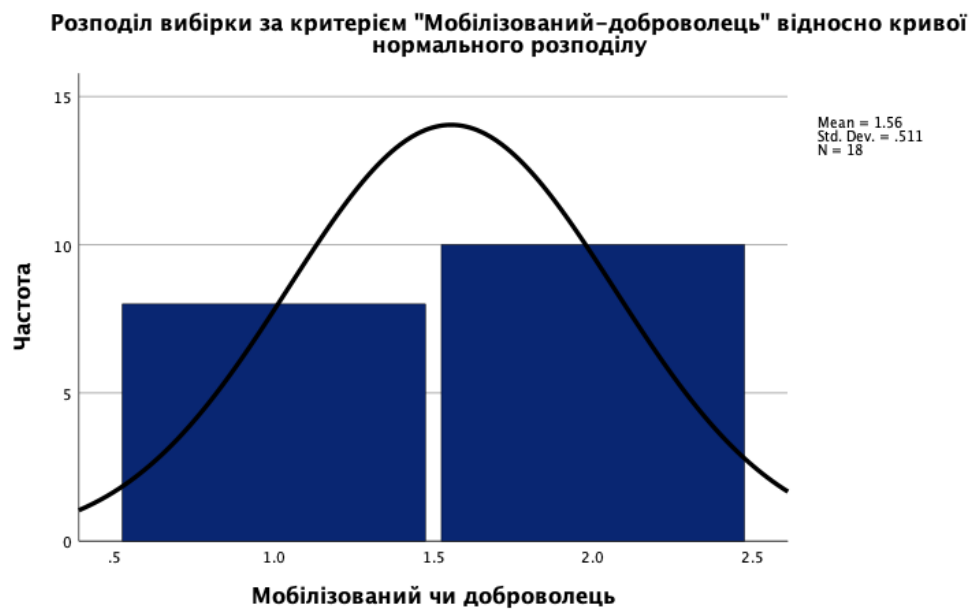


Рис. 2.4. Розподіл вибірки за критерієм «Мобілізований-доброволець» відносно кривої нормального розподілу

За критерієм наявності в анамнезі контузії вибірка кількісно розподілилась таким чином: у 10 респондентів була контузія (55,6%), у 8 – не було (44,4%). (Табл. 2.4, Рис. 2.5).

### Чи була контузія

	N	%
Була контузія	10	55.6%
Не було контузії	8	44.4%

Табл. 2.4. Відсоткове співвідношення респондентів у вибірці за критерієм наявності контузії

### Розподіл вибірки за критерієм наявності в анамнезі контузії

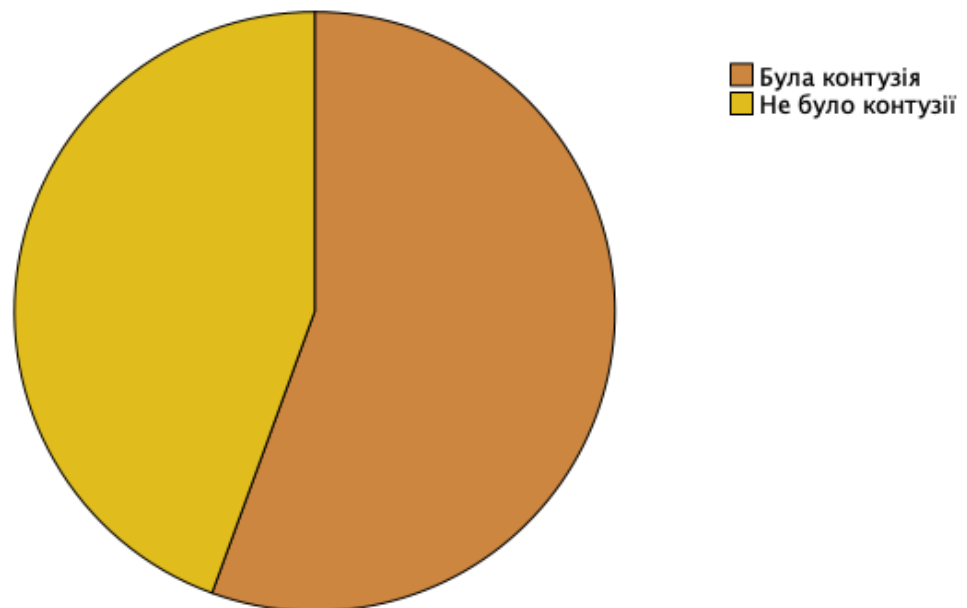


Рис. 2.5. Розподіл вибірки за критерієм наявності контузії

Розподіл вибірки відносно кривої нормального розподілу за критерієм наявності контузії тяжіє до нормального (Рис. 2.6.).

Розподіл вибірки за критерієм наявності контузії відносно кривої нормального розподілу

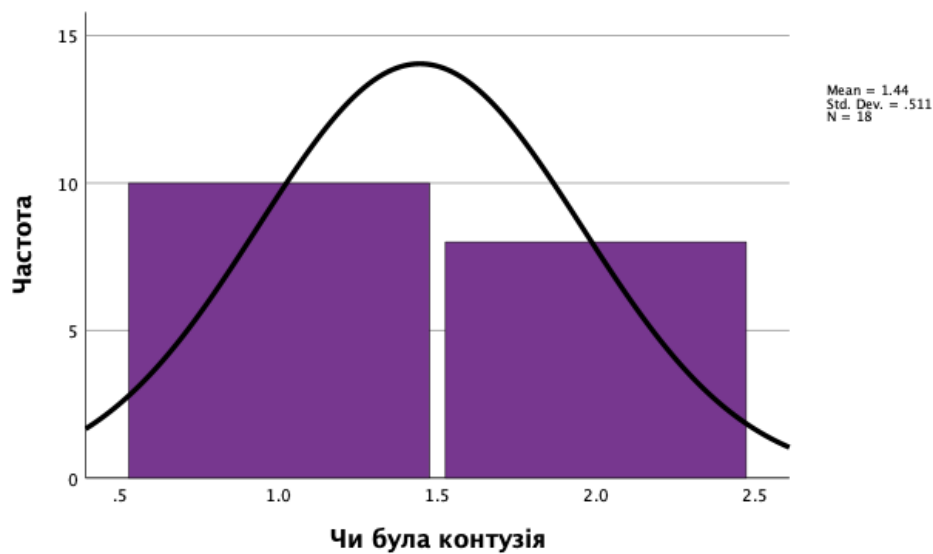


Рис. 2.6. Розподіл вибірки відносно кривої нормального розподілу

### Висновки до розділу 2

У розділі 2 було наведено:

1. Емпіричну модель дослідження, яка опосередковується визначенням зв'язків між вираженістю симптомів ПТСР, нейроповедінкового синдрому і участі у бойових діях в якості мобілізованого комбатанта або комбатанта-добровольця на тенденцію до вибору менш адаптивних (неадаптивних) копінг-стратегій, таких як зловживання психоактивними речовинами, психологічне і поведінкове відволікання, уникнення, фокусування на емоціях, заперечення і пошук емоційної соціальної підтримки.

2. Опис і характеристику вибірки. Зокрема, було зазначено, що обсяг вибірки складає 18 осіб; ключовими характеристиками вибірки є те, що вона є клінічною (респонденти є пацієнтами медичної установи, у якій вони проходять медико-психологічну реабілітацію після ротації із зони ведення бойових дій) і специфічною, оскільки вибірка повністю складається із комбатантів, які повернулись із зони ведення бойових дій. В межах вибірки було виділено підгрупу респондентів, які є мобілізованими комбатантами (8 осіб), і підгрупу комбатантів-добровольців (10 осіб). Окрім цього, за даними самозвіту

респондентів, 10 осіб із загальної вибірки мали принаймні одну контузію в анамнезі, і 8 осіб – не мали жодної.

3. Характеристику обраних для дослідження психодіагностичних інструментів. Зокрема, було обрано такі методики: 1) Опитувальник «Перелік симптомів посттравматичного стресового розладу» (PTSD Checklist for DSM-5, PCL-5) F. Weathers і співавторів (для визначення ступеня вираженості симптомів ПТСР); 2) Опитувальник нейроповедінкових симптомів (Neurobehavioral Symptom Inventory, NSI) К. Cicerone і К. Kalmar (для визначення ступеня вираженості симптомів постконтузійного синдрому); 3) Диспозиційний опитувальник «COPE», повна версія (COPE Inventory, full version) С. Carver (для дослідження характерних для особистості стилів копіngu). Усі обрані психодіагностичні інструменти є адаптованими для української популяції.

## РОЗДІЛ 3

## АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

## 3.1. Особливості прояву зв'язків між вираженістю симптомів посттравматичного стресового розладу і копінг-стратегіями

З огляду на невеликий обсяг вибірки і нелінійні зв'язки між вираженістю симптомів посттравматичного стресового розладу і тенденцією до обрання окремих копінг-стратегій, для проведення кореляційного аналізу було обрано ранговий коефіцієнт кореляції  $r$ -Спірмена (Мазуренко, 2006).

З результатів кореляційного аналізу вбачається наявність значної кількості слабких ( $r \leq 0,3$ ) та середньої сили ( $0,3 < r \leq 0,7$ ) зв'язків між ступенем вираженості симптомів ПТСР (за методикою «Перелік симптомів посттравматичного стресового розладу») та тенденцією до вибору окремих копінг-стратегій (за методикою COPE) (Табл. 3.1).

Таблиця 3.1

**Зв'язки між вираженістю симптомів ПТСР і окремими копінг-стратегіями**

Копінг-стратегії	Вираженість симптомів ПТСР
1. Позитивна інтерпретація та особистісний розвиток	$r = -0,109$ ; $p = 0,333$
2. Ментальне відволікання – уникнення проблеми	$r = 0,288$ ; $p = 0,123$
3. Фокусування на емоціях та емоційна розрядка	$r = 0,517^*$ ; $p = 0,014$
4. Пошук інструментальної соціальної підтримки	$r = -0,173$ ; $p = 0,246$
5. Активне подолання	$r = -0,341$ ; $p = 0,083$
6. Заперечення	$r = 0,466^*$ ; $p = 0,026$
7. Релігійний копінг	$r = 0,254$ ; $p = 0,154$

Продовження табл. 3.1.



8. Почуття гумору	$r = -0,346; p = 0,080$
9. Поведінкове відволікання	$r = 0,398; p = 0,051$
10. Обмеження	$r = 0,596^{**}; p = 0,005$
11. Пошук емоційної соціальної підтримки	$r = -0,258; p = 0,151$
12. Вживання алкоголю та наркотиків	$r = 0,679^{**}; p = <0,001$
13. Прийняття	$r = 0,316; p = 0,101$
14. Придушення конкурентних дій	$r = 0,020; p = 0,468$
15. Планування	$r = -0,348; p = 0,079$

Примітка: \*\* -  $p < 0,01$ ; \* -  $p < 0,05$

***Інтерпретація зв'язків між ступенем вираженості симптомів ПТСР і окремими копінг-стратегіями:***

1. Зворотний статистично не значимий слабкий зв'язок ( $r = -0,109, p = 0,333$ ) між ступенем вираженості симптомів ПТСР і копінг-стратегією позитивна інтерпретація та особистісний розвиток: чим більш вираженими є симптоми ПТСР, тим нижча тенденція до застосування стратегії позитивної інтерпретації та особистісного розвитку. З огляду на показник статистичної значимості  $p = 0,333$ , нульову гіпотезу не можна відкинути з достатньою впевненістю.

2. Прямий статистично не значимий слабкий зв'язок ( $r = 0,288, p = 0,123$ ) між ступенем вираженості симптомів ПТСР і копінг-стратегією ментальне відволікання – уникнення проблеми: чим більш вираженими є симптоми ПТСР, тим вища тенденція до застосування стратегії ментального відволікання – уникнення проблеми. З огляду на показник статистичної значимості  $p = 0,123$ , нульову гіпотезу не можна відкинути з достатньою впевненістю.

3. Прямий статистично значимий зв'язок середньої сили ( $r = 0,517, p = 0,014$ ) між ступенем вираженості симптомів ПТСР і копінг-стратегією фокусування на емоціях та емоційна розрядка: чим більш вираженими є симптоми ПТСР, тим вища тенденція до застосування стратегії фокусування на емоціях та емоційної розрядки. З огляду на показник статистичної значимості  $p = 0,014$ , нульову гіпотезу можна відкинути.

4. Зворотний статистично не значимий слабкий зв'язок ( $r = -0,173$ ,  $p = 0,246$ ) між ступенем вираженості симптомів ПТСР і копінг-стратегією пошук інструментальної соціальної підтримки: чим більш вираженими є симптоми ПТСР, тим нижча тенденція до застосування стратегії пошуку інструментальної соціальної підтримки. З огляду на показник статистичної значимості  $p = 0,246$ , нульову гіпотезу не можна відкинути з достатньою впевненістю.

5. Зворотний статистично не значимий зв'язок середньої сили ( $r = -0,341$ ,  $p = 0,083$ ) між ступенем вираженості симптомів ПТСР і копінг-стратегією пошук інструментальної соціальної підтримки: чим більш вираженими є симптоми ПТСР, тим нижча тенденція до застосування стратегії пошуку інструментальної соціальної підтримки. З огляду на показник статистичної значимості  $p = 0,083$ , нульову гіпотезу не можна відкинути з достатньою впевненістю.

6. Прямий статистично значимий зв'язок середньої сили ( $r = 0,466$ ,  $p = 0,026$ ) між ступенем вираженості симптомів ПТСР і копінг-стратегією заперечення: чим більш вираженими є симптоми ПТСР, тим вища тенденція до застосування стратегії заперечення. З огляду на показник статистичної значимості  $p = 0,026$ , нульову гіпотезу можна відкинути.

7. Прямий статистично не значимий слабкий зв'язок ( $r = 0,254$ ,  $p = 0,154$ ) між ступенем вираженості симптомів ПТСР і релігійним копінгом: чим більш вираженими є симптоми ПТСР, тим вища тенденція до застосування стратегії релігійного копіngu. З огляду на показник статистичної значимості  $p = 0,154$ , нульову гіпотезу не можна відкинути з достатньою впевненістю.

8. Зворотний статистично не значимий зв'язок середньої сили ( $r = -0,346$ ,  $p = 0,080$ ) між ступенем вираженості симптомів ПТСР і копінг-стратегією почуття гумору: чим більш вираженими є симптоми ПТСР, тим нижча тенденція до застосування стратегії почуття гумору. З огляду на показник статистичної значимості  $p = 0,080$ , нульову гіпотезу не можна відкинути з достатньою впевненістю.

9. Прямий статистично не значимий зв'язок середньої сили ( $r = 0,398$ ,  $p = 0,051$ ) між ступенем вираженості симптомів ПТСР і копінг-стратегією поведінкове відволікання: чим більш вираженими є симптоми ПТСР, тим вища

тенденція до застосування стратегії поведінкового відволікання. Оскільки показник статистичної значимості ( $p = 0,051$ ) практично наближається до значення 0,05, нульову гіпотезу можна відкинути, хоча формально показник 0,051 говорить про статистично не значимий зв'язок.

10. Прямий статистично значимий зв'язок середньої сили ( $r = 0,596$ ,  $p = 0,005$ ) між ступенем вираженості симптомів ПТСР і копінг-стратегією обмеження: чим більш вираженими є симптоми ПТСР, тим вища тенденція до застосування стратегії обмеження. З огляду на показник статистичної значимості  $p = 0,005$ , нульову гіпотезу можна впевнено відкинути.

11. Зворотний статистично не значимий слабкий зв'язок ( $r = -0,258$ ,  $p = 0,151$ ) між ступенем вираженості симптомів ПТСР і копінг-стратегією пошук емоційної соціальної підтримки: чим більш вираженими є симптоми ПТСР, тим нижча тенденція до застосування стратегії пошуку емоційної соціальної підтримки. З огляду на показник статистичної значимості  $p = 0,151$ , нульову гіпотезу не можна відкинути з достатньою впевненістю.

12. Прямий статистично значимий зв'язок середньої сили ( $r = 0,679$ ,  $p = <0,001$ ) між ступенем вираженості симптомів ПТСР і копінг-стратегією вживання алкоголю та наркотиків: чим більш вираженими є симптоми ПТСР, тим вища тенденція до застосування стратегії вживання алкоголю та наркотиків. З огляду на показник статистичної значимості  $p = <0,001$ , нульову гіпотезу можна впевнено відкинути.

13. Прямий статистично не значимий слабкий зв'язок ( $r = 0,316$ ,  $p = 0,101$ ) між ступенем вираженості симптомів ПТСР і копінг-стратегією прийняття: чим більш вираженими є симптоми ПТСР, тим вища тенденція до застосування стратегії прийняття. З огляду на показник статистичної значимості  $p = 0,101$ , нульову гіпотезу не можна відкинути з достатньою впевненістю.

14. Прямий статистично не значимий дуже слабкий зв'язок ( $r = 0,020$ ,  $p = 0,468$ ) між ступенем вираженості симптомів ПТСР і копінг-стратегією придушення конкурентних дій: чим більш вираженими є симптоми ПТСР, тим вища тенденція до застосування стратегії придушення конкурентних дій. З

огляду на показник статистичної значимості  $p = 0,468$ , нульову гіпотезу не можна відкинути.

15. Зворотний статистично не значимий зв'язок середньої сили ( $r = -0,348$ ,  $p = 0,079$ ) між ступенем вираженості симптомів ПТСР і копінг-стратегією планування: чим більш вираженими є симптоми ПТСР, тим нижча тенденція до застосування стратегії планування. З огляду на показник статистичної значимості  $p = 0,079$ , нульову гіпотезу не можна відкинути з достатньою впевненістю.

Отже, статистично значимі зв'язки виявлено між ступенем вираженості симптомів ПТСР і такими копінг-стратегіями (Табл. 3.2):

Таблиця 3.2

**Статистично значимі зв'язки між вираженістю симптомів ПТСР і  
окремими копінг-стратегіями**

Копінг-стратегія	Сила зв'язку	Напрямок зв'язку
Фокусування на емоціях та емоційна розрядка	Середній ( $r = 0,517$ )	Прямий
Заперечення	Середній ( $r = 0,466$ )	Прямий
Обмеження	Середній ( $r = 0,596$ )	Прямий
Вживання алкоголю та наркотиків	Середній ( $r = 0,679$ )	Прямий

Також виявлено значну кількість слабких ( $r \leq 0,3$ ) та середньої сили ( $0,3 < r \leq 0,7$ ) зв'язків, а також сильний зв'язок ( $r > 0,7$ ) між ступенем вираженості симптомів нейроповедінкового синдрому (за методикою «Опитувальник нейроповедінкових симптомів») та тенденцією до вибору окремих копінг-стратегій (за методикою COPE) (Табл. 3.3).

Таблиця 3.3

**Зв'язки між вираженістю симптомів нейроповедінкового синдрому і  
окремими копінг-стратегіями**

Копінг-стратегії	Вираженість симптомів нейроповедінкового синдрому
1. Позитивна інтерпретація та особистісний розвиток	$r = -0,268; p = 0,141$
2. Ментальне відволікання – уникнення проблеми	$r = 0,626^{**}; p = 0,003$
3. Фокусування на емоціях та емоційна розрядка	$r = 0,259; p = 0,149$
4. Пошук інструментальної соціальної підтримки	$r = -0,246; p = 0,163$
5. Активне подолання	$r = -0,207; p = 0,204$
6. Заперечення	$r = 0,511^*; p = 0,015$
7. Релігійний копінг	$r = 0,260; p = 0,148$
8. Почуття гумору	$r = -0,345; p = 0,081$
9. Поведінкове відволікання	$r = 0,227; p = 0,182$
10. Обмеження	$r = 0,316; p = 0,101$
11. Пошук емоційної соціальної підтримки	$r = 0,018; p = 0,472$
12. Вживання алкоголю та наркотиків	$r = 0,496^*; p = 0,018$
13. Прийняття	$r = 0,027; p = 0,458$
14. Придушення конкурентних дій	$r = -0,274; p = 0,136$
15. Планування	$r = -0,752^{**}; p = <0,001$

Примітка: \*\* -  $p < 0,01$ ; \* -  $p < 0,05$

***Інтерпретація зв'язків між ступенем вираженості симптомів  
нейроповедінкового синдрому і окремими копінг-стратегіями:***

1. Зворотний статистично не значимий слабкий зв'язок ( $r = -0,268$ ,  $p = 0,141$ ) між ступенем вираженості симптомів нейроповедінкового синдрому і копінг-стратегією позитивна інтерпретація та особистісний розвиток: чим більш вираженими є симптоми нейроповедінкового синдрому, тим нижча тенденція до застосування стратегії позитивної інтерпретації та особистісного розвитку. З огляду на показник статистичної значимості  $p = 0,141$ , нульову гіпотезу не можна відкинути з достатньою впевненістю.

2. Прямий статистично значимий зв'язок середньої сили ( $r = 0,626$ ,  $p = 0,003$ ) між ступенем вираженості симптомів нейроповедінкового синдрому і копінг-стратегією ментальне відволікання – уникнення проблеми: чим більш вираженими є симптоми нейроповедінкового синдрому, тим вища тенденція до застосування стратегії ментального відволікання – уникнення проблеми. З огляду на показник статистичної значимості  $p = 0,003$ , нульову гіпотезу можна впевнено відкинути.

3. Прямий статистично не значимий слабкий зв'язок ( $r = 0,259$ ,  $p = 0,149$ ) між ступенем вираженості симптомів нейроповедінкового синдрому і копінг-стратегією фокусування на емоціях та емоційна розрядка: чим більш вираженими є симптоми нейроповедінкового синдрому, тим вища тенденція до застосування стратегії фокусування на емоціях та емоційної розрядки. З огляду на показник статистичної значимості  $p = 0,149$ , нульову гіпотезу не можна відкинути з достатньою впевненістю.

4. Зворотний статистично не значимий слабкий зв'язок ( $r = -0,246$ ,  $p = 0,163$ ) між ступенем вираженості симптомів нейроповедінкового синдрому і копінг-стратегією пошук інструментальної соціальної підтримки: чим більш вираженими є симптоми нейроповедінкового синдрому, тим нижча тенденція до застосування стратегії пошуку інструментальної соціальної підтримки. З огляду на показник статистичної значимості  $p = 0,163$ , нульову гіпотезу не можна відкинути з достатньою впевненістю.

5. Зворотний статистично не значимий слабкий зв'язок ( $r = -0,207$ ,  $p = 0,204$ ) між ступенем вираженості симптомів нейроповедінкового синдрому і копінг-стратегією пошук інструментальної соціальної підтримки: чим більш вираженими є симптоми нейроповедінкового синдрому, тим нижча тенденція до застосування стратегії пошуку інструментальної соціальної підтримки. З огляду на показник статистичної значимості  $p = 0,204$ , нульову гіпотезу не можна відкинути з достатньою впевненістю.

6. Прямий статистично значимий зв'язок середньої сили ( $r = 0,511$ ,  $p = 0,015$ ) між ступенем вираженості симптомів нейроповедінкового синдрому і копінг-стратегією заперечення: чим більш вираженими є симптоми нейроповедінкового синдрому, тим вища тенденція до застосування стратегії заперечення. З огляду на показник статистичної значимості  $p = 0,015$ , нульову гіпотезу можна відкинути.

7. Прямий статистично не значимий слабкий зв'язок ( $r = 0,260$ ,  $p = 0,148$ ) між ступенем вираженості симптомів нейроповедінкового синдрому і релігійним копінгом: чим більш вираженими є симптоми нейроповедінкового синдрому, тим вища тенденція до застосування стратегії релігійного копінгу. З огляду на показник статистичної значимості  $p = 0,148$ , нульову гіпотезу не можна відкинути з достатньою впевненістю.

8. Зворотний статистично не значимий зв'язок середньої сили ( $r = -0,345$ ,  $p = 0,081$ ) між ступенем вираженості симптомів нейроповедінкового синдрому і копінг-стратегією почуття гумору: чим більш вираженими є симптоми нейроповедінкового синдрому, тим нижча тенденція до застосування стратегії почуття гумору. З огляду на показник статистичної значимості  $p = 0,081$ , нульову гіпотезу не можна відкинути з достатньою впевненістю.

9. Прямий статистично не значимий слабкий зв'язок ( $r = 0,227$ ,  $p = 0,182$ ) між ступенем вираженості симптомів нейроповедінкового синдрому і копінг-стратегією поведінкове відволікання: чим більш вираженими є симптоми нейроповедінкового синдрому, тим вища тенденція до застосування стратегії поведінкового відволікання. З огляду на показник статистичної значимості  $p = 0,081$ , нульову гіпотезу не можна відкинути з достатньою впевненістю.

10. Прямий статистично не значимий зв'язок середньої сили ( $r = 0,316$ ,  $p = 0,101$ ) між ступенем вираженості симптомів нейроповедінкового синдрому і копінг-стратегією обмеження: чим більш вираженими є симптоми нейроповедінкового синдрому, тим вища тенденція до застосування стратегії обмеження. З огляду на показник статистичної значимості  $p = 0,101$ , нульову гіпотезу не можна відкинути з достатньою впевненістю.

11. Прямий статистично не значимий дуже слабкий зв'язок ( $r = 0,018$ ,  $p = 0,472$ ) між ступенем вираженості симптомів нейроповедінкового синдрому і копінг-стратегією пошук емоційної соціальної підтримки: чим більш вираженими є симптоми нейроповедінкового синдрому, тим вища тенденція до застосування стратегії пошуку емоційної соціальної підтримки. З огляду на показник статистичної значимості  $p = 0,472$ , нульову гіпотезу не можна відкинути.

12. Прямий статистично значимий зв'язок середньої сили ( $r = 0,496$ ,  $p = 0,018$ ) між ступенем вираженості симптомів нейроповедінкового синдрому і копінг-стратегією вживання алкоголю та наркотиків: чим більш вираженими є симптоми нейроповедінкового синдрому, тим вища тенденція до застосування стратегії вживання алкоголю та наркотиків. З огляду на показник статистичної значимості  $p = 0,018$ , нульову гіпотезу можна впевнено відкинути.

13. Прямий статистично не значимий дуже слабкий зв'язок ( $r = 0,027$ ,  $p = 0,458$ ) між ступенем вираженості симптомів нейроповедінкового синдрому і копінг-стратегією прийняття: чим більш вираженими є симптоми нейроповедінкового синдрому, тим вища тенденція до застосування стратегії прийняття. З огляду на показник статистичної значимості  $p = 0,458$ , нульову гіпотезу не можна відкинути.

14. Зворотний статистично не значимий слабкий зв'язок ( $r = -0,274$ ,  $p = 0,136$ ) між ступенем вираженості симптомів нейроповедінкового синдрому і копінг-стратегією придушення конкурентних дій: чим більш вираженими є симптоми нейроповедінкового синдрому, тим нижча тенденція до застосування стратегії придушення конкурентних дій. З огляду на показник статистичної



значимості  $p = 0,136$ , нульову гіпотезу не можна відкинути з достатньою впевненістю.

15. Зворотний статистично значимий сильний зв'язок ( $r = -0,752$ ,  $p = <0,001$ ) між ступенем вираженості симптомів нейроповедінкового синдрому і копінг-стратегією планування: чим більш вираженими є симптоми нейроповедінкового синдрому, тим нижча тенденція до застосування стратегії планування. З огляду на показник статистичної значимості  $p = <0,001$ , нульову гіпотезу можна впевнено відкинути.

Отже, статистично значимі зв'язки виявлено між ступенем вираженості симптомів нейроповедінкового синдрому і такими копінг-стратегіями (Табл. 3.4):

Таблиця 3.4

**Статистично значимі зв'язки між вираженістю симптомів  
нейроповедінкового синдрому і окремими копінг-стратегіями**

Копінг-стратегія	Сила зв'язку	Напрямок зв'язку
Ментальне відволікання – уникнення проблеми	Середній ( $r = 0,626$ )	Прямий
Заперечення	Середній ( $r = 0,511$ )	Прямий
Вживання алкоголю та наркотиків	Середній ( $r = 0,496$ )	Прямий
Планування	Сильний ( $r = -0,752$ )	Зворотний

Отже, за результатами кореляційного аналізу виявлено прямі статистично значимі середньої сили ( $0,3 < r < 0,7$ ) зв'язки між ступенем вираженості симптомів ПТСР і чотирма копінг-стратегіями, а саме: фокусування на емоціях та емоційна розрядка, заперечення, обмеження і вживання алкоголю та наркотиків. Також виявлено прямі статистично значимі середньої сили ( $0,3 < r < 0,7$ ) зв'язки між ступенем вираженості симптомів нейроповедінкового синдрому і трьома копінг-стратегіями, зокрема: ментальне відволікання – уникнення проблеми, заперечення і вживання алкоголю та наркотиків. Водночас, виявлено зворотний статистично значимий сильний зв'язок ( $r > 0,7$ ) між ступенем вираженості

симптомів нейроповедінкового синдрому і копінг-стратегією планування. Як вбачається з отриманих результатів, ступені вираженості симптомів як ПТСР, так і нейроповедінкового синдрому, мають прямий статистично значимий зв'язок середньої сили з двома копінг-стратегіями – заперечення і вживання алкоголю та наркотиків.

3.2. Результати дослідження зв'язку між статусом мобілізованого комбатанта або добровольця і тенденцією до обрання певних копінг-стратегій

Для перевірки наявності зв'язку між статусом мобілізованого комбатанта або комбатанта-добровольця і тенденцією до обрання певних копінг-стратегій було застосовано непараметричний тест суми рангу Вілкоксона (Hogg & Tanis, 2006) і якісний аналіз структурованих клінічних інтерв'ю. Тесту суми рангу Вілкоксона як альтернативу тесту Манна-Уїтні було обрано з огляду на невеликий обсяг загальної вибірки (N = 18 осіб).

Результати тесту суми рангу Вілкоксона наведено у табл. 3.5., 3.6.

**Таблиця 3.5**

**Зв'язок статусу мобілізованого комбатанта або комбатанта-добровольця з тенденцією до обрання певних копінг-стратегій (середні ранги за тестом суми рангу Вілкоксона)**

Копінг-стратегії	Мобілізовані	Добровольці
1. Позитивна інтерпретація та особистісний розвиток	13,69	6,15
2. Ментальне відволікання – уникнення проблеми	9,69	9,35
3. Фокусування на емоціях та емоційна розрядка	9,38	9,60
4. Пошук інструментальної соціальної підтримки	13,50	6,30

Продовження табл. 3.5.

5. Активне подолання	11,81	7,35
6. Заперечення	9,06	9,85
7. Релігійний копінг	7,88	10,80
8. Почуття гумору	13,19	6,55
9. Поведінкове відволікання	8,13	10,60
10. Обмеження	12,44	7,15
11. Пошук емоційної соціальної підтримки	10,63	8,60
12. Вживання алкоголю та наркотиків	9,69	9,35
13. Прийняття	13,44	6,35
14. Придушення конкурентних дій	11,56	7,85
15. Планування	11,50	7,90

Таблиця 3.6

**Зв'язок статусу мобілізованого комбатанта або комбатанта-добровольця з тенденцією до обрання певних копінг-стратегій**

Копінг-стратегії	W Вілкоксона	Точна статистична значимість
1. Позитивна інтерпретація та особистісний розвиток	61,500	<0,001*
2. Ментальне відволікання – уникнення проблеми	93,500	0,461
3. Фокусування на емоціях та емоційна розрядка	75,000	0,474
4. Пошук інструментальної соціальної підтримки	63,000	0,001*
5. Активне подолання	76,500	0,050

Продовження табл. 3.6.

6. Заперечення	72,500	0,399
7. Релігійний копінг	63,000	0,130
8. Почуття гумору	65,500	0,003*
9. Поведінкове відволікання	65,000	0,177
10. Обмеження	71,500	0,016*
11. Пошук емоційної соціальної підтримки	86,000	0,224
12. Вживання алкоголю та наркотиків	93,500	0,458
13. Прийняття	63,500	0,002*
14. Придушення конкурентних дій	78,500	0,073
15. Планування	79,000	0,078

Примітка: \* -  $p < 0,05$

Як вбачається з отриманих результатів тесту суми рангу Вілкоксона, статистично значимі відмінності між групами мобілізованих комбатантів і комбатантів-добровольців виявлено у тенденції до застосування п'яти копінг-стратегій: позитивна інтерпретація та особистісний розвиток, пошук інструментальної соціальної підтримки, почуття гумору, обмеження, прийняття. Зокрема виявлено, що до усіх зазначених п'яти копінг-стратегій частіше вдаються мобілізовані комбатанти, ніж добровольці.

Втім, варто зауважити, що кількості спостережень для обґрунтованих висновків у даному дослідженні недостатньо. Попри високу статистичну значимість результатів для чотирьох копінг-стратегій, отримані результати слід брати до уваги із застереженням з огляду на малий обсяг вибірки. Статистичні результати, отримані в рамках даного дослідження, потребують додаткової перевірки на вибірці більшого обсягу.

Для виявлення зв'язків між особливостями бойового досвіду і тенденції до обрання певних копінг-стратегій також було обрано метод якісного аналізу.

Зокрема, було проведено якісний аналіз первинних даних – структурованих клінічних інтерв'ю із респондентами.

Структуроване клінічне інтерв'ю включало такі питання:

1. Ви брали участь у бойових діях як мобілізований військовослужбовець чи як доброволець?
2. Чи були Ви у військовому полоні?
3. Чи була у Вас щонайменше одна контузія під час участі у бойових діях?
4. Після початку участі у бойових діях, як Ви справлялись зі стресом і емоційним напруженням?

У відповідь на перше питання 8 респондентів повідомили, що вони є мобілізованими військовослужбовцями, і 10 – добровольцями. У відповідь на друге питання 3 досліджувані повідомили, що вони є колишніми військовополоненими, і 15 досліджуваних не були у військовому полоні. Щодо третього питання, то 10 респондентів мали щонайменше одну контузію за період участі у бойових діях, і 8 – не мали жодної. У відповідь на четверте питання респонденти наводили приклади застосовуваних ними методів зняття психологічного напруження і подолання стресу, на кшталт «дзвоню додому рідним», «намагаюсь брати себе в руки», «жартую і відволікаюсь» тощо.

Для якісного аналізу отриманих даних було використано метод контент аналізу. Зазначений метод базується на виявленні та інтерпретації ідей і патернів, які повторюються у зібраних даних, а також формулюванні висновків з огляду на знайдені закономірності (Vaismoradi et al., 2013). Контент аналіз включав оцінку вербальних і невербальної інформації, наданої респондентами, зокрема, словесний зміст, вирази обличчя, міміку, жести і рухи тіла, тембр голосу та інтонацію. З отриманих результатів вбачається, що мобілізовані військовослужбовці частіше, ніж добровольці, демонстрували ознаки депресивних симптомів, говорячи про свій досвід участі у бойових діях: такі ознаки були відмічені у 5 з 8 респондентів, які ідентифікували себе як мобілізовані комбатанти, і у 4 з 10 досліджуваних-добровольців. Ознаки депресивних симптомів виражались у монотонній і дещо уповільненій мові, виразах безнадії у мові («ну а що ж поробиш», «іноді мені здається, що

нормально вже не буде»), стишеному голосі, замкнутій позі тіла і опущеному погляді. В обох групах зустрічались респонденти, які повідомляли про наявність у них агресивних імпульсів («останнім часом з'явилося багато агресії, іноді, коли надто сильне напруження, різко хочеться когось вдарити, і важко стримуватись»), що може бути проявом симптомів ПТСР і постконтузійного синдрому. Втім, більшість респондентів в обох групах (6 з 8 мобілізованих і 9 з 10 добровольців) демонстрували рішучість у прагненні до відновлення власної психологічної рівноваги («я працюю з психотерапевтом і намагаюсь зрозуміти себе», «я помічаю, коли починаю закриватись у собі і стаю агресивним», «я вчусь приймати ситуацію такою, як вона є, і звикнути до неї», «іноді дуже важко (...), але я дуже стараюсь»).

Стосовно тенденції до обрання певних копінг-стратегій, то результати якісного аналізу свідчать про дещо більшу вираженість тенденції до пошуку емоційної соціальної підтримки у комбатантів-добровольців порівняно із мобілізованими. Зокрема, 7 з 10 добровольців зазначали про те, що їм «допомагає спілкування з людьми, підтримка», та «приємно бачити, як багато людей переживає за тебе і хоче допомогти (...), це дає сили продовжувати боротьбу, як би важко не було», тоді як подібні теми звучали у 4 з 8 мобілізованих. Водночас, у обох групах респондентів (10 з 10 добровольців, 8 із 8 мобілізованих) прослідковувався патерн важливості зв'язку з побратимами. Зокрема, досліджувані зазначали, що для них «побратими стали рідними людьми, братами», і що «ти просто розумієш, наскільки ти тут потрібен хлопцям [побратимам – прим. інтерв'юера], і ти ніяк не можеш підвести їх, опустити руки або здатись». Тема патріотичної мотивації, хоча і була озвучена багатьма респондентами, в межах даної роботи не досліджувалась. Ще одним приблизно однаково поширеним патерном копінгу в обох групах респондентів (5 з 10 добровольців, 6 з 8 мобілізованих) було звернення до віри або релігії. Зокрема, досліджувані зазначали, що «(...) іноді ти просто молишся і сподіваєшся, що Бог тебе врятує» або «у тяжкі моменти я молюсь і прошу Бога допомогти». Копінг-стратегія відволікання – як психологічного, так і поведінкового, також була приблизно однаково поширеною серед респондентів в обох групах. 8 з 10

добровольців і 7 з 8 мобілізованих комбатантів зазначили, що намагаються відволікатись задля стабілізації свого психоемоційного стану. Зокрема, у інтерв'ю звучали такі формулювання: «у вільні хвилини намагаюсь якось відволіктись, подивитись щось або щось зробити. Особливо коли стає важко, і у голову лізуть неприємні думки», «під час бою тобі нема коли про щось думати, але коли є час, то (...) накриває, тоді одразу хочеться чимось зайнятись, щоб не думати про це». Патернів або тенденцій щодо застосування інших копінг-стратегій в ході аналізу проведених інтерв'ю не було виявлено.

В узагальненому вигляді результати якісного аналізу отриманих даних наведено у табл. 3.7.

**Таблиця 3.7**

**Результати якісного аналізу – поширеність окремих копінг-стратегій у групах респондентів у відсотковому співвідношенні**

Копінг-стратегії	Поширеність у групі добровольців	Поширеність у групі мобілізованих
Пошук емоційної соціальної підтримки	70%	50%
Релігійний копінг	50%	75%
Відволікання (ментальне і поведінкове)	80%	87,5%

На окрему увагу заслуговують відповіді респондентів, які повідомили про досвід перебування у військовому полоні. Ці респонденти, хоча і мали різний рівень вираженості симптомів посттравматичного синдрому за опитувальником PCL-5, демонстрували найбільший оптимізм і емоційну стабільність у відповідях на запитання клінічного інтерв'ю. Зокрема, усі троє респондентів-колишніх військовополонених повідомили, що вони звертаються за допомогою фахівців (психологів, психотерапевтів, лікарів) і вмотивовані активно займатись реабілітацією. Надалі наведено цитату одного з респондентів у відповідь на четверте питання структурованого інтерв'ю: «Головне, що я живий (...). Іноді буває складно, але це дрібниці, бо я розумію, наскільки мені пощастило. (...)

Мені допомагає підтримка від людей, спілкування, а також розуміння того, що попереду ще багато роботи». З огляду на занадто малу кількість респондентів, які є колишніми військовополоненими (3 особи), в межах даної роботи дослідження відмінностей у групах колишніх полонених комбатантів і комбатантів, які не мали досвіду перебування у військовому полоні, не проводився. Проте, дані, отримані за результатами якісного аналізу інтерв'ю, свідчать про те, що певні відмінності у таких групах комбатантів можуть мати місце. Відтак, детальне вивчення даного питання вбачається необхідним у подальших дослідженнях.

Загалом, за результатами кількісного і якісного аналізу даних про зв'язок між статусом мобілізованого комбатанта або добровольця і тенденцією до обрання певних копінг-стратегій було визначено, що між групами є деякі відмінності. За результатами кількісного аналізу було знайдено статистично значимі відмінності у тенденції до застосування п'яти стилів копінгу: позитивна інтерпретація та особистісний розвиток, пошук інструментальної соціальної підтримки, почуття гумору, обмеження, прийняття. Водночас, за результатами якісного аналізу відмінності було знайдено у тенденції до застосування інших копінг-стратегій – пошук емоційної соціальної підтримки, релігійний копінг, а також відволікання (ментальне і поведінкове). За результатами кількісного аналізу відмінності між групами щодо цих стилів копінгу не є статистично значимими. Неспівпадіння у результатах кількісного і якісного аналізу може пояснюватись невеликим обсягом вибірки і необхідністю проведення більш ґрунтовних і розгорнутих клінічних інтерв'ю. З огляду на зазначене, вбачається необхідність у проведенні подальших досліджень змішаного дизайну із залученням вибірки більшого обсягу. Втім, отримані в ході цього дослідження результати можуть слугувати відправною точкою для проведення подальших емпіричних досліджень і формулювання практичних рекомендацій щодо психологічної і психореабілітаційної роботи з комбатантами.



### 3.3. Рекомендації щодо здійснення заходів психологічної корекції і реабілітації комбатантів

У даному підрозділі сформульовано науково-обґрунтовані і практично-орієнтовані рекомендації щодо проведення психокорекційних і психореабілітаційних втручань в межах надання психологічної допомоги комбатантам. Наведені рекомендації, зокрема, враховують особливості психічного статусу військовослужбовців-учасників бойових дій та тенденції їх долаючої поведінки.

В цілому, психокорекційні і психореабілітаційні інтервенції спрямовані на покращення психічного стану військовослужбовця і його ресоціалізацію (у випадку звільнення з військової служби) або повернення у стрій (у разі можливості продовження участі у бойових діях). Стасюк (2013) виділяє такі завдання психологічної допомоги військовослужбовцям, які беруть участь у бойових діях:

- Сприяння в мобілізації й активізації бойової готовності і боєздатності;
- Зняття психологічного напруження та втоми;
- Швидке повернення в підрозділи військовослужбовців, котрі за характером психічних травм не потребують госпіталізації;
- Відновлення психологічної стійкості деморалізованих і дезорганізованих підрозділів.

Хоча вищезазначені завдання є самостійними цілями психологічної реабілітації і корекції, їх системне виконання є ключовою умовою надання ефективної психологічної допомоги. В залежності від цілей роботи з конкретним комбатантом і його поточного психічного і фізичного стану, окремі напрями психологічної допомоги можуть бути визначені як пріоритетні.

При проведенні психореабілітаційної роботи з комбатантами важливо дотримуватись не лише загальних правил і принципів психологічних втручань, але і враховувати специфічний досвід таких клієнтів як на узагальненому, так і на індивідуальному рівнях. На узагальненому рівні психологу слід розглядати клієнта-комбатанта як представника специфічної соціальної групи. Однак,

найбільш важливим критерієм ефективності психологічних і психореабілітаційних втручань є створення індивідуальної програми допомоги для кожного військовослужбовця, з огляду на його життєвий і бойовий досвід, особистісні характеристики, стан психічного і соматичного здоров'я, соціально-демографічні характеристики, ціннісні орієнтації тощо. Навіть попри обмежену вибірку і предмет дослідження, у даній роботі проілюстровано, наскільки різним може бути психічний стан комбатантів, вираженість у них симптомів розладів адаптації та інших психічних розладів. Відтак, персоніфікований підхід має лежати в основі методології будь-яких психологічних втручань. З точки зору копінг-стратегій комбатантів і їх корекції варто відзначити, що вона також має відбуватись з урахуванням актуальних можливостей і ситуації кожного військовослужбовця. Зокрема, якщо у конкретного пацієнта домінують дезадаптивні копінг-стратегії, працювати над їх корекцією психологу варто лише тоді, коли психологічний стан комбатанта стабілізовано, задоволено його базові потреби у фізичній і психологічній безпеці, відпочинку, харчуванні тощо, а також коли сам військовослужбовець готовий працювати над своїми тенденціями долаючої поведінки. В іншому випадку, така психологічна робота не лише не матиме належного результату, але і може спровокувати негативні наслідки для психіки – загострення наявних симптомів психічних розладів, ретравматизацію тощо. Водночас, слід із застереженням ставитись до грубого поділу копінг-стратегій на адаптивні і дезадаптивні, беручи до увагу історію життя комбатанта, його бойовий досвід, поточний стан психічного і соматичного здоров'я, оточення тощо. Наприклад, якщо військовослужбовець найближчим часом планує повернутись до участі у бойових діях, глибинна робота над його стратегіями долаючої поведінки може бути небезпечною і непотрібною з огляду на те, що він продовжуватиме перебувати у загрозовому середовищі і піддаватись дії високоінтенсивного стресу.

Під час впровадження психологічно-реабілітаційних заходів важливо сприяти демобілізованим комбатантам у адаптації до умов мирного життя (Markova et al., 2022). Звільненим зі служби комбатантам властиві труднощі у звиканні до перебування у мирному або відносно мирному середовищі,

порівняно із зоною ведення бойових дій. Зокрема, для багатьох демобілізованих військовослужбовців характерним є постійне перебування у стані підвищеного емоційного напруження і психомоторного збудження, навіть через деякий час після ротації із зони ведення бойових дій. В залежності від поточних потреб комбатанта, психологічно-реабілітаційні заходи можуть акцентувати увагу на наданні емоційної підтримки і відновленні психологічного ресурсу, або бути спрямованими на стабілізацію психоемоційного стану шляхом розвитку навичок саморегуляції, психоедукації і психологічної корекції дезадаптивних патернів поведінки і емоційного реагування на стресори (Markova et al., 2022). В останньому випадку психологічні втручання, спрямовані на стабілізацію психологічного стану і виведення психіки комбатанта з режиму активної реакції на стрес (такого як реакція «бий, замри або біжи»), є необхідною передумовою для подальшої психокорекційної роботи і надання психологічної допомоги.

Організація психоедукаційних заходів є вкрай важливим аспектом проведення психологічної реабілітації ветеранів і демобілізованих комбатантів. Саме на цьому етапі проводиться початкова робота з домінуючими стратегіями стрес-долаючої поведінки. На цьому етапі психологи допомагають військовослужбовцям визначити і зрозуміти свої домінуючі способи реагування на стрес, прояв наявних симптомів психічної дезадаптації. З точки зору долаючої поведінки, на етапі психологічної реабілітації комбатанти мають можливість усвідомити, як їх психіка реагує на події надмірного стресу, і які способи його подолання вони обирають. Крім цього, за допомогою психолога військовослужбовці вчаться розмежовувати копінг-стратегії, які можуть бути тимчасово ефективними і адаптивними на полі бою, але стають дезадаптивними у мирному житті. Саме з усвідомлення і когнітивної оцінки власних тенденцій долаючої поведінки починається їх корекція і пристосування до актуальних умов зовнішнього середовища.

Розвиток і укріплення навичок емоційної саморегуляції необхідне комбатантам для опанування методів самостійної протидії стресу, без залучення кваліфікованої допомоги фахівців. Для військовослужбовців дана навичка є вкрай важливою, адже в умовах бойових дій не завжди є можливість звернутись

до військового психолога або капелана, тоді як інтенсивність дії стресорів часто є дуже високою. Серед методів саморегуляції, які можуть опанувати військовослужбовці-учасники бойових дій, слід виділити м'язову релаксацію, дихальні релаксаційні вправи, самопереконавання і самонавіювання, самоконтроль, десенсибілізацію, відволікання та аутогенне тренування (Стасюк, 2013а). Суттєвою перевагою усіх зазначених методів є їх простота, зрозумілість та можливість самостійного використання. Для закріплення навичок емоційної саморегуляції як на етапі навчання військовослужбовців, так і в ході реабілітації, фахівець-психолог може продемонструвати, яким чином дані методи застосовуються, та пояснити їх сутність доступною мовою. У довгостроковій перспективі методи емоційної саморегуляції можуть стати довільними способами долаючої поведінки – обраними копінг-стратегіями, які замінять менш адаптивні варіації, які могли бути присутні у комбатанта. Слід відзначити, що, хоча навички емоційної саморегуляції не є достатніми мірами для уникнення стресогенних розладів, при належному і регулярному застосуванні вони можуть знизити інтенсивність надмірного стресу та сприяти більш ефективній реабілітації і ресоціалізації комбатанта.

Іншою важливою складовою успішної реабілітації є залучення до неї міждисциплінарних команд – медиків, психологів і соціальних працівників. Поєднання фармакологічного лікування дезадаптивних психічних станів з психологічними втручаннями і допомогою соціального працівника створює збалансовану реабілітаційну програму, яка враховує усі потреби військовослужбовця. Як зазначає Хаустова (2016), «Ці три складові – медична, соціальна й психологічна – створюють «трикутник допомоги», або трійчасту унію, ефективність якої визначається усвідомленням себе як спільноти із гнучким, відповідно до актуальної проблеми, перерозподілом зусиль». Саме завдяки поєднанню зусиль і компетенції різних фахівців у складі мультидисциплінарної команди відбувається закріплення позитивних результатів, отриманих в ході реабілітаційного процесу. Наприклад, для військовослужбовця-учасника бойових дій із високим рівнем вираженості симптомів тривоги і тенденцією до застосування копінг-стратегії заперечення у

ситуації надмірного стресу не буде ефективним тренінг навичок адаптивної емоційної саморегуляції без фармакологічного і психолого-психотерапевтичного втручання для роботи з симптомами тривоги.

Дієвим для психологічної реабілітації комбатантів також є підхід до навчання за принципом «рівний рівному». Такий метод набуває все більшої популярності у світі для різних соціальних груп, і продемонстрував свою ефективність у тому числі для взаємодопомоги ветеранів один одному. Він також є рекомендованим до застосування у психологічній реабілітації ветеранів Організацією з безпеки і співробітництва в Європі (ОБСЄ). Сутність методу зводиться до використання спільності досвіду і належності до визначеної соціальної групи (у даному випадку – комбатантів, ветеранів) для взаємопідтримки, допомоги і сприяння взаємному розвитку учасників (Царенко та ін., 2018). Для комбатантів участь у таких групах є ефективною з огляду на можливість поділитись власними переживаннями з людьми, які їх добре розуміють з огляду на наявність подібного власного досвіду. Окрім цього, важливим психоедукаційним напрямком роботи груп за принципом «рівний рівному» є культивування і передача навичок подолання психотравмуючих ситуацій від одних учасників до інших (Царенко та ін., 2018). Відтак, ветерани, які вже пройшли певний шлях подолання психологічних наслідків участі у бойових діях, можуть допомогти нещодавно демобілізованим побратимам, які лише стають на шлях ресоціалізації і реабілітації, ідентифікувати і скоригувати дезадаптивні копінг-стратегії і поведінкові прояви, та натомість розвинути більш адаптивні варіації. Хоча ідея такої роботи подібна принципу функціонування психотерапевтичної групи, у випадку об'єднання учасників групи за критерієм наявності дуже специфічного досвіду, як-от участь у бойових діях, метод «рівний рівному» виявляє себе найкраще з точки зору ефективності.

### Висновки до розділу 3

1. За результатами емпіричного дослідження із застосуванням методу кількісного аналізу, зокрема коефіцієнту кореляції  $r$ -Спірмена, було виявлено такі статистично значимі зв'язки між ступенем вираженості симптомів ПТСР

(обрахованого за методикою PCL-5) і тенденцією до обрання певних копінг-стратегій (згідно результатів методики COPE):

- Прямий зв'язок середньої сили між ступенем вираженості симптомів ПТСР і копінг-стратегією фокусування на емоціях та емоційна розрядка;
- прямий зв'язок середньої сили між ступенем вираженості симптомів ПТСР і копінг-стратегією заперечення;
- прямий зв'язок середньої сили між ступенем вираженості симптомів ПТСР і копінг-стратегією обмеження;
- прямий зв'язок середньої сили між ступенем вираженості симптомів ПТСР і копінг-стратегією вживання алкоголю та наркотиків.

Отже, було визначено, що комбатанти з вищим ступенем вираженості симптомів ПТСР мають вищу тенденцію до застосування вищенаведених копінг-стратегій. Водночас, не було виявлено статистично значимих кореляційних зв'язків між ступенем вираженості симптомів ПТСР і такими копінг-стратегіями як позитивна інтерпретація та особистісний розвиток, ментальне відволікання – уникнення проблеми, пошук інструментальної соціальної підтримки, активне подолання, релігійний копінг, почуття гумору, поведінкове відволікання, пошук емоційної соціальної підтримки, прийняття, придушення конкурентних дій, і планування. Таким чином, за результатами емпіричного дослідження було підтверджено гіпотезу про схильність комбатантів із вищим ступенем вираженості симптомів ПТСР і постконтузійного синдрому до застосовування менш адаптивних копінг-стратегій.

2. За результатами емпіричного дослідження із застосуванням методу кількісного аналізу, зокрема коефіцієнту кореляції  $r$ -Пірсона, також було виявлено такі статистично значимі зв'язки між ступенем вираженості симптомів нейроповедінкового синдрому (обрахованого за методикою NSI) і тенденцією до обрання певних копінг-стратегій (згідно результатів методики COPE):

- Прямий зв'язок середньої сили між ступенем вираженості симптомів нейроповедінкового синдрому і копінг-стратегією ментальне відволікання – уникнення проблеми;

- прямий зв'язок середньої сили між ступенем вираженості симптомів нейроповедінкового синдрому і копінг-стратегією заперечення;
- прямий зв'язок середньої сили між ступенем вираженості симптомів нейроповедінкового синдрому і копінг-стратегією вживання алкоголю та наркотиків;
- сильний зворотний зв'язок між ступенем вираженості симптомів нейроповедінкового синдрому і копінг-стратегією планування.

Таким чином, було визначено, що комбатанти з вищим ступенем вираженості симптомів нейроповедінкового синдрому мають вищу тенденцію до застосування копінг-стратегій ментальне відволікання – уникнення проблеми, заперечення і вживання алкоголю та наркотиків. Водночас, військовослужбовці-учасники бойових дій мають нижчу тенденцію до застосування копінг-стратегії планування. Між ступенем вираженості симптомів нейроповедінкового синдрому та іншими копінг-стратегіями не було виявлено статистично значимих кореляційних зв'язків.

3. Для перевірки наявності зв'язку між статусом мобілізованого комбатанта або комбатанта-добровольця і тенденцією до обрання певних копінг-стратегій було застосовано непараметричний тест суми рангу Вілкоксона і якісний аналіз структурованих клінічних інтерв'ю. За результатами проведення тесту суми рангу Вілкоксона було визначено, що статистично значимі відмінності між групами мобілізованих комбатантів і комбатантів-добровольців виявлено у тенденції до застосування п'яти копінг-стратегій: позитивна інтерпретація та особистісний розвиток, пошук інструментальної соціальної підтримки, почуття гумору, обмеження, прийняття. Виявлено, що застосування усіх вищенаведених копінг-стратегій є більш характерним для мобілізованих комбатантів, ніж добровольців.

За результатами проведення якісного аналізу структурованих клінічних інтерв'ю було визначено, що відмінності між групами мобілізованих комбатантів і комбатантів-добровольців наявні у тенденції до застосування таких стилів копінгу як пошук емоційної соціальної підтримки, релігійний

копінг і відволікання (ментальне і поведінкове). При цьому, мобілізовані комбатанти мають більш виражену тенденцію до застосування стратегії копінгу пошук емоційної соціальної підтримки, добровольці – до релігійного копінгу, а стратегію відволікання (ментального і поведінкового) групи застосовують практично з однаковою частотою. Втім, при співставленні отриманих даних якісного аналізу із результатами кількісного аналізу було виявлено, що відмінності між групами у тенденції до застосування трьох вищезазначених копінг-стратегій не є статистично значимими. Отже, гіпотезу про тенденцію до застосування менш адаптивних копінг-стратегій мобілізованими комбатантами порівняно із добровольцями не було підтверджено. Окрім цього, неспівпадіння між результатами кількісної і якісної обробки даних свідчить про необхідність проведення більш ґрунтовних досліджень на вибірці більшого обсягу.

4. На підставі отриманих результатів дослідження і з урахуванням теоретичного підґрунтя теми було сформульовано рекомендації щодо психореабілітаційної і психокорекційної роботи з комбатантами. Зокрема, було наголошено на необхідності застосування індивідуального підходу до психологічної роботи з кожним комбатантом з огляду на його бойовий і життєвий досвід, поточний психічний стан, оточення, подальші плани щодо участі у бойових діях та інші важливі фактори. Було окреслено ефективність проведення реабілітації військовослужбовців у мультидисциплінарних командах, важливість розвитку навичок емоційної саморегуляції, доцільність проведення психоедукації, а також наголошено на необхідності сприяння адаптації до умов мирного життя демобілізованих комбатантів.

Отже, за результатами даного дослідження було виявлено зв'язок між тенденцією до застосування окремих копінг-стратегій та ступенем вираженості симптомів ПТСР і нейроповедінкового синдрому. Однак, не було отримано чітких результатів щодо зв'язку між статусом мобілізованого комбатанта або комбатанта-добровольця і такою тенденцією. Результати дослідження переконливо свідчать про важливість вивчення даної теми і необхідність у подальшому проведенні більш ґрунтовних досліджень на вибірці більшого обсягу.



## ВИСНОВКИ

1. У роботі було наведено основні підходи до визначення копінг-поведінки, виділено основні її характеристики та окреслено найбільш відомі класифікації копінг-стратегій. Також було проведено теоретичний аналіз особливостей долаючої поведінки як особистості в цілому, так і представників окремої соціальної групи – комбатантів. Було виявлено, що теоретичне підґрунтя даної теми є недостатньо розвиненим як в українській, так і у зарубіжній психологічній науці, попри зростаючу актуальність проблеми.

2. За результатами емпіричного дослідження було визначено наявність статистично значимих прямих кореляційних зв'язків середньої сили між ступенем вираженості симптомів ПТСР у комбатантів і тенденцією до застосування таких копінг-стратегій як фокусування на емоціях та емоційна розрядка, заперечення, обмеження і вживання алкоголю та наркотиків. Також було виявлено статистично значимі прямі кореляційні зв'язки середньої сили між ступенем вираженості симптомів нейроповедінкового синдрому і такими копінг-стратегіями як ментальне відволікання – уникнення проблеми, заперечення і вживання алкоголю та наркотиків. Насамкінець було виявлено сильний зворотний зв'язок між ступенем вираженості симптомів нейроповедінкового синдрому і копінг-стратегією планування. Таким чином, за результатами кількісної обробки даних в межах емпіричного дослідження було підтверджено гіпотезу про наявність прямого кореляційного зв'язку між вищим ступенем вираженості симптомів ПТСР і постконтузійного синдрому та тенденцією до застосування менш адаптивних копінг-стратегій.

3. Для з'ясування зв'язку між статусом мобілізованого комбатанта і тенденцією до застосування менш адаптивних копінг-стратегій у порівнянні з комбатантами-добровольцями було проведено кількісний і якісний аналіз даних. За результатами обробки даних було отримано неоднозначні і суперечливі результати. Зокрема, за результатами кількісного аналізу було знайдено статистично значимі відмінності між групами у тенденції до застосування таких копінг-стратегій як позитивна інтерпретація та особистісний розвиток, пошук інструментальної соціальної підтримки, почуття гумору, обмеження, прийняття,

із вищою тенденцією до їх застосування мобілізованими комбатантами. Водночас, за результатами якісного аналізу було виявлено відмінності між групами у схильності до застосування інших копінг-стратегій – пошук емоційної соціальної підтримки і релігійний копінг. За результатами кількісного аналізу відмінності у тенденції до застосування таких стратегій долаючої поведінки двома групами досліджуваних виявились статистично не значимими. Таким чином, гіпотезу про те, що мобілізовані комбатанти застосовують менш адаптивні копінг-стратегії, ніж добровольці, не було підтверджено. Отримані неоднозначні результати свідчать про необхідність проведення подальших більш ґрунтовних досліджень на вибірці більшого обсягу.

4. У роботі сформульовано теоретично і практично обґрунтовані рекомендації щодо психологічно-реабілітаційної і психологічно-корекційної роботи з комбатантами. Було окреслено важливість застосування індивідуального підходу до кожного військовослужбовця-учасника бойових дій при проведенні психокорекційних і психореабілітаційних втручань з урахуванням життєвого і бойового досвіду комбатанта, його поточного середовища, психічного стану тощо. Проведено огляд ефективності залучення мультидисциплінарних команд до психологічної реабілітації військовослужбовців комбатантів. Надано рекомендації щодо розвитку навичок емоційної саморегуляції, проведення психоедукації комбатантів і сприяння їх адаптації до умов мирного життя.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
2. Badour, C. L., Blonigen, D. M., Boden, M. T., Feldner, M. T., & Bonn-Miller, M. O. (2012). A longitudinal test of the bi-directional relations between avoidance coping and PTSD severity during and after PTSD treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 50(10), 610–616. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.06.006>
3. Bartone, P. T., & Homish, G. G. (2020). Influence of hardiness, avoidance coping, and combat exposure on depression in returning war veterans: A moderated-mediation study. *Journal of Affective Disorders*, 265, 511-518. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.127>
4. Britt, T. W., Crane, M., Hodson, S. E., & Adler, A. B. (2016). Effective and ineffective coping strategies in a low-autonomy work environment. *Journal of Occupational Health Psychology*, 21(2), 154–168. <https://doi.org/10.1037/a0039898>
5. Broshek, D. K., De Marco, A. P., & Freeman, J. R. (2015). A review of post-concussion syndrome and psychological factors associated with concussion. *Brain injury*, 29(2), 228-237. <https://doi.org/10.3109/02699052.2014.974674>
6. Bryant, R. A., Schnurr, P. P., & Pedlar, D. (2022). Addressing the mental health needs of civilian combatants in Ukraine. *The Lancet Psychiatry*, 9(5), 346-347. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00097-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00097-9)
7. Carver, C. S., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual Review of Psychology*, 61, 679-704 <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100352>
8. Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>
9. Cicerone, K. D., & Kalmar, K. (1995). Persistent postconcussion syndrome: The structure of subjective complaints after mild traumatic brain injury. *The Journal*

- of Head Trauma Rehabilitation*, 10(3), 1–17. <https://doi.org/10.1097/00001199-199510030-00002>
10. Dijkstra, M. T., & Homan, A. C. (2016). Engaging in rather than disengaging from stress: Effective coping and perceived control. *Frontiers in Psychology*, 7, 1415. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01415>
  11. Elliott, T. R., Hsiao, Y. Y., Kimbrel, N. A., Meyer, E., DeBeer, B. B., Gulliver, S. B., Kwok, O.-M., & Morissette, S. B. (2017). Resilience and traumatic brain injury among Iraq/Afghanistan war veterans: Differential patterns of adjustment and quality of life. *Journal of Clinical Psychology*, 73(9), 1160-1178. <https://doi.org/10.1002/jclp.22414>
  12. Elliott, T. R., Hsiao, Y.-Y., Kimbrel, N. A., DeBeer, B. B., Gulliver, S. B., Kwok, O.-M., Morissette, S. B., & Meyer, E. C. (2019). Resilience facilitates adjustment through greater psychological flexibility among Iraq/Afghanistan war veterans with and without mild traumatic brain injury. *Rehabilitation Psychology*, 64(4), 383–397. <https://doi.org/10.1037/rep0000282>
  13. Hogg, R. V., & Tanis, E. A. (2006). *Probability and statistical inference* (7th ed.). Macmillan.
  14. Khaustova, O., & Smashna, O. (2017). Clinical features of PTSD in patients with TBI. *European Psychiatry*, 41(1), 474-475. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.550>
  15. Kulka, R. A., Schlenger, W. E., Fairbank, J. A., Hough, R. L., Jordan, B. K., Marmar, C. R., & Weiss, D. S. (1990). *Trauma and the Vietnam war generation: Report of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study*. Brunner/Mazel.
  16. Larsen, S. E., Larson, E. R., Hunt, J. C., Lorber, W. G., & deRoos-Cassini, T. A. (2020). Interaction between psychiatric symptoms and history of mild TBI when evaluating postconcussion syndrome in veterans. *Military Medicine*, 185(1), 161-167.
  17. Lazarus, R. S. (2003). Does the positive psychology movement have legs? *Psychological Inquiry*, 14, 93–109.
  18. Lazarus, R. S. (1976). *Patterns of adjustment*. McGraw-Hill.

19. Lazarus, R. S. (1991). Psychological stress in the workplace. *Journal of Social Behavior & Personality*, 6, 1–13.
20. Lazarus, R. S. (1996). The role of coping in the emotions and how coping changes over the life course. In C. Magai & S. H. McFadden (Eds.), *Handbook of emotion, adult development, and aging* (pp. 289–306). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-012464995-8/50017-0>
21. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
22. Markova, M. V., Aliieva, T. A., Markov, A. R., Korop, O. A., Lisovaya, E. V., Babych, V. V., & Vyazmitinova, S. O. (2022). Disorders of adaptation of combatants and their medical and psychological rehabilitation at the sanatorium stage of treatment. *Wiad Lek*, 75(2), 444-450. <https://doi.org/10.36740/WLek202202121>
23. Meyer, E. C., Szabo, Y. Z., Frankfurt, S. B., Kimbrel, N. A., DeBeer, B. B., & Morissette, S. B. (2019). Predictors of recovery from post-deployment posttraumatic stress disorder symptoms in war veterans: The contributions of psychological flexibility, mindfulness, and self-compassion. *Behaviour Research and Therapy*, 114, 7-14. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.01.002>
24. Miller, K. J., Ivins, B. J., & Schwab, K. A. (2013). Self-reported mild TBI and postconcussive symptoms in a peacetime active duty military population: effect of multiple TBI history versus single mild TBI. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 28(1), 31-38. <https://doi.org/10.1097/HTR.0b013e318255ceae>
25. Molenaar, C., Blessin, M., Erfurth, L. M., & Imhoff, R. (2021). Were we stressed or was it just me – and does it even matter? Efforts to disentangle individual and collective resilience within real and imagined stressors. *British Journal of Social Psychology*, 61(1), 167-191. <https://doi.org/10.1111/bjso.12475>
26. Morris, M. C., & Rao, U. (2013). Psychobiology of PTSD in the acute aftermath of trauma: Integrating research on coping, HPA function and sympathetic nervous system activity. *Asian Journal of Psychiatry*, 6(1), 3–21. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2012.07.012>
27. Pavlova, I., Graf-Vlachy, L., Petrytsa, P., Wang, S., & Zhang, S. X. (2022). Early evidence on the mental health of Ukrainian civilian and professional combatants

- during the Russian invasion. *European Psychiatry*, 65(1), e79.  
<https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.2335>
28. Pineles, S. L., Mostoufi, S. M., Ready, C. B., Street, A. E., Griffin, M. G., & Resick, P. A. (2011). Trauma reactivity, avoidant coping, and PTSD symptoms: A moderating relationship? *Journal of Abnormal Psychology*, 120(1), 240–246.  
<https://doi.org/10.1037/a0022123>
29. Pugh, M. J., Swan, A. A., Carlson, K. F., Jaramillo, C. A., Eapen, B. C., Dillahun-Aspillaga, C., Amuan, M. E., Delgado, R. E., McConnell, K., Finley, E. P., Grafman, J. H., Trajectories of Resilience, & Complex Comorbidity Study Team. (2018). Traumatic brain injury severity, comorbidity, social support, family functioning, and community reintegration among veterans of the Afghanistan and Iraq wars. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 99(2), 40-49. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2017.05.021>
30. Schaefer, C. A., & Gorsuch, R. L. (1993). Situational and personal variations in religious coping. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 32(2), 136-147.  
<https://doi.org/10.2307/1386793>
31. Selye, H. (1956). *The stress of life*. McGraw Hill.
32. Silverberg, N. D., & Iverson, G. L. (2011). Etiology of the post-concussion syndrome: physiogenesis and psychogenesis revisited. *NeuroRehabilitation*, 29(4), 317-329. <https://doi.org/10.3233/NRE-2011-0708>
33. Simpson, T. L., Stappenbeck, C. A., Luterek, J. A., Lehavot, K., & Kaysen, D. L. (2014). Drinking motives moderate daily relationships between PTSD symptoms and alcohol use. *Journal of Abnormal Psychology*, 123(1), 237–247.  
<https://doi.org/10.1037/a0035193>
34. Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129(2), 216–269.  
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.2.216>
35. Skinner, E., Pitzer, J., & Steele, J. (2013). Coping as part of motivational resilience in school: A multidimensional measure of families, allocations, and profiles of

- academic coping. *Educational and Psychological Measurement*, 73(5), 803-835.  
<https://doi.org/10.1177/0013164413485241>
36. Timchenko O., Prykhodko I., Shyrobokov Y., Onishchenko N., & Lefterov V. (2021). Psychological aspects of captivity in the war in the East of Ukraine. *Polish Psychological Bulletin*, 52(1), 97–106.  
<https://doi.org/10.24425/ppb.2021.136820>
37. Tsai, J., Harpaz-Rotem, I., Pietrzak, R. H., & Southwick, S. M. (2012). The Role of coping, resilience, and social support in mediating the relation between PTSD and social functioning in veterans returning from Iraq and Afghanistan. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 75(2), 135–149.  
<https://doi.org/10.1521/psyc.2012.75.2.135>
38. Vaismoradi, M., Turunen, H., & Bondas, T. (2013). Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing & Health Sciences*, 15(3), 398-405. <https://doi.org/10.1111/nhs.12048>
39. Wansink B., & Wansink C. S. (2013). Are there atheists in foxholes? Combat intensity and religious behavior. *Journal of Religion and Health*, 52, 768-779.  
<https://doi.org/10.1007/s10943-013-9733-y>
40. Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., & Schnurr, P. P. (2013). *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)*. National Center for PTSD.
41. Willi, J., & Heim, E. (1986). *Psychosoziale Medizin: Gesundheit und Krankheit in bio-sozialer Sicht*. Springer.
42. Wu, G., Feder, A., Cohen, H., Kim, J. J., Calderon, S., Charney, D. S., & Mathe, A. A. (2013). Understanding resilience. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 7, 1–15. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2013.00010>
43. Асонов, Д. О. & Хаустова, О. О. (2020). Резилієнс у ветеранів війни з травматичним ураженням головного мозку: Огляд та клінічний випадок. *Психіатрія, Неврологія та Медична Психологія*, 14, 58-67.  
<https://doi.org/10.26565/2312-5675-2020-14-07>

44. Безшейко, В. Г. (2016). Адаптація Шкали для клінічної діагностики ПТСР та опитувальника «Перелік симптомів ПТСР» для української популяції. *Psychosomatic Medicine and General Practice*, 1(1).
45. Блінов, О. А. (2013). Психічні стани військовослужбовців у процесі служби. *Вісник Національного університету оборони України*, 4 (35), 196–201. <https://er.nau.edu.ua/handle/NAU/43990>
46. Блінов, О. А. (1999). *Формування емоційної стійкості у військовослужбовців аеромобільних військ під час повітряно–десантної підготовки* [Кандидатська дисертація, Київський військовий гуманітарний інститут]. <https://er.nau.edu.ua/handle/NAU/44159>
47. Бойко, С. Т., & Царенко, Л. Г. (2017). Трансформація традиційних уявлень про здоров'я і благополуччя в умовах збройного конфлікту в Україні. *Personality, family and society: issue of pedagogy, psychology, politology and sociology: International scientific-practical conference*, 164-167.
48. Василенко, М. М. (2009). Сучасні напрями психологічних досліджень копінг-стратегій. *Проблеми загальної та педагогічної психології: зб. наук. пр. Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України*, 11(7), 95-107.
49. Василенко, С. В. (2020). Особливості здійснення психологічного супроводу особового складу військових частин (підрозділів) Збройних сил України. *Індивідуальність у психологічних вимірах спільнот та професій: Збірник наукових праць*, 292-295.
50. Василенко, С. В. (2019). Психологічна реабілітація в системі психологічного забезпечення підготовки та застосування військ (сил) Збройних Сил України в сучасних умовах. *Вісник Національного університету оборони України*, 5-10. <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2019-51-1-5-10>
51. Генеральний штаб Збройних Сил України (2018). *Наказ від 27.11.2018 року № 462 «Про затвердження Інструкції з організації психологічної декомпресії військовослужбовців Збройних Сил України»*. <https://dovidnykmpz.info/wp-content/uploads/2018/12/Nakaz-HSH-462-27.12.2018-Dekompresiiia-Instruktsiia.pdf>



52. Грабовська, С., & Єсип, М. Я. (2010). Проблема копіngu в сучасних психологічних дослідженнях. *Соціогуманітарні Проблеми Людини*, 4, 188-199. <http://dspace.nbuiv.gov.ua/handle/123456789/27423>
53. Грандт, В. В. (2012). Копінг-ресурси як чинник професійного здоров'я представників екстрених служб: Вектори психологічної ефективності збереження професійної надійності. *Проблеми Сучасної Психології*, 1, 97-102. [http://nbuv.gov.ua/UJRN/pspz\\_2012\\_1\\_19](http://nbuv.gov.ua/UJRN/pspz_2012_1_19)
54. Дідух, М. М. (2018). *Конструктивна копінг-поведінка слідчих Національної поліції України у психологічно напружених ситуаціях. Constructive coping behavior of investigators of the National Police of Ukraine in psycologically stressfull situations* [Докторська дисертація, Національна академія внутрішніх справ]. <http://elar.naiav.kiev.ua/jspui/handle/123456789/4634>
55. Древіцька, О. О., & Філатова, О. А. (2020). Підвищення стресостійкості військовослужбовців. *Філософсько-соціологічні та психолого-педагогічні проблеми підготовки особистості до виконання завдань в особливих умовах: Наук.-практ. конф.*, 80-84.
56. Дубяга, А. А. (2014). Використання копінг-стратегій військовослужбовцями Національної гвардії України. *Вісник Національного університету оборони України*, 6(43), 289-293.
57. Жигайло, Н. І., & Коструба, Н. С. (2022). Залученість служби військового капеланства до заходів зі збереження психічного здоров'я військовослужбовців. *Перспективи та Інновації Науки*, 12(17), 314-327. [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2022-12\(17\)](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2022-12(17))
58. Карамушка, Л. М., & Снігур, Ю. С. (2020). Копінг-стратегії: Сутність, підходи до класифікації, значення для психологічного здоров'я особистості та організації. *Актуальні Проблеми Психології: Зб. Наук. Праць Інституту Психології імені Г. С. Костюка НАПН України*, 55(1), 23-30.
59. Коваленко, Ю. В. (2020). *Етнорелігійна ідентичність молоді як чинник поведінки подолання стресової ситуації* [Кандидатська дисертація,

Національна академія педагогічних наук України, Інститут психології імені Г. С. Костюка].

60. Мазуренко, В. П. (2006). *Статистика: Навч.-метод. посіб.* ВПЦ «Київський університет».
61. Мушкевич, В., & Пасічник, Л. (2022). Психологічні особливості копінг-поведінки військовослужбовців та цивільного населення в умовах бойових дій. *Психологічні Перспективи*, 40, 104–120. <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2022-40-mus>
62. Олефір, В. О. (2011). Взаємозв'язок життєстійкості, копінг-стратегій та психологічного благополуччя. *Вісник Харківського національного університету ім. В. Н. Каразіна (Серія «Психологія»)*, 47, 168–172.
63. Опальчук, Б. В., & Овод, В. Д. (2019). Особливості психоемоційного стану військовослужбовців під час виконання бойових завдань. *Військова психологія у вимірах війни і миру: Проблеми, досвід, перспективи*, 168–171.
64. Родіна, Н. В. (2013). *Психологія копінг-поведінки: Системне моделювання* [Докторська дисертація, Київський національний університет ім. Т. Шевченка].
65. Родіна, Н. В., & Бірон, Б. В. (2012). Роль проактивного копіngu в подоланні особистістю життєвої кризи. *Теорія і Практика Сучасної Психології*, 4, 80–84. [http://nbuv.gov.ua/UJRN/tpcp\\_2012\\_4\\_18](http://nbuv.gov.ua/UJRN/tpcp_2012_4_18).
66. Сафін, О., & Беспалько, А. (2021). Психологічна декомпресія як система первинного відновлення копінг-ресурсів військовослужбовців, що брали участь у бойових діях. *Проблеми Екстремальної та Кризової Психології*, 1(1), 44-58.
67. Смашна, О. Є., & Хаустова, О. О. (2017). Особливості діагностики посттравматичних стресових розладів у пацієнтів з легкою черепно-мозковою травмою. *Архів Психіатрії*, 23(4), 225-231.
68. Стасюк, В. В. (2013а). Оперативна психокорекція станів військовослужбовців та військових колективів: Діагностування, комплексні заходи. *Проблеми Екстремальної та Кризової Психології*, 14(1), 290-303.

69. Стасюк, В. В. (2013b). *Страх і паніка на війні* [монографія].
70. Стасюк, В. В., Дикун, В. Г., & Кириченко, А. В. (2021). Психологічні особливості копінг-поведінки військовослужбовців десантно-штурмових військ у процесі адаптації до умов службово-бойової діяльності. *Вісник Національного університету оборони України*, 1(59), 166-174. <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2021-59-1-166-174>
71. Хаустова, О. О. (2016). Психосоціальна реабілітація: Проблеми і шляхи вирішення. *Архів Психіатрії*, 2(76), 36-42.
72. Хаустова О. О., & Сماشна О. Є. (2016). Коморбідність посттравматичного стресового розладу та черепно-мозкової травми: Мультифакторна модель взаємодії. *Архів Психіатрії*, 22(1), 22-27.
73. Храбан, Т. Є. (2021). Військовий чорний гумор як форма адаптаційних процесів і реагування індивіда на страх смерті (психолінгвістичний аспект). *Вісник Університету імені Альфреда Нобеля. Серія: Філологічні науки*, 1, 243-251.
74. Царенко, Л., Вебер, Т., Войтович, М., Гриценко, Л., Кочубей, В., & Гридковець, Л. (2018). *Основи реабілітаційної психології: Подолання наслідків кризи. Том 2*. ОБСЄ.
75. Чабан, О. С., & Безшейко, В. Г. (2017). Симптоми посттравматичного стресу, тривоги та депресії серед учасників бойових дій в зоні Антитерористичної операції. *Український Вісник Психоневрології*, 25(2), 80-84.
76. Черненко, І. І., & Чухно, І. А. (2018). Медико-соціальні наслідки перенесеної бойової черепно-мозкової травми. *International Journal of Innovative Technologies in Social Science*, 1(5), 26–29.
77. Швець А. В., Коваль О. В., Лук'янчук І. А., Іванцова Г. В., & Чайковський А. Р. (2016). *Превентивні психофізіологічні заходи з попередження розвитку дезадаптації у військовослужбовців (невротичних та психічних розладів, пресуїцидальних форм поведінки) в умовах воєнного конфлікту та після його завершення: Метод. реком.* МП Леся.

78. Ярмольчик, М. О. (2021). Особливості копінг-стратегій у військовослужбовців збройних сил України під час заходів декомпресії. *Габітус. Розділ: Психологія Особистості*, 22, 111-115.

## ДОДАТКИ

Додаток А. Опитувальник «Перелік симптомів посттравматичного стресового розладу» (PTSD Checklist for DSM-5, PCL-5; адаптація для української вибірки В. Безшейка, О. Хаустової і Л. Трачук)

Далі будуть перераховані проблеми, з якими інколи стикаються люди, які пережили сильну стресову подію: будь ласка, тримаючи у голові найгіршу подію, уважно прочитайте проблеми та відмітьте, наскільки вона Вас турбувала протягом останнього тижня.

Будь ласка, коротко опишіть подію (якщо це викликає сильне занепокоєння, пропустіть цей пункт):

---



---

	<b>Протягом останнього місяця, як сильно Вас турбували...</b>	<b>Зовсім не турбували</b>	<b>Трохи</b>	<b>Помірно</b>	<b>Відчутно</b>	<b>Дуже</b>
1	Повторювані, хвилюючі та небажані спогади стресового досвіду?					
2	Повторювані, хвилюючі сновидіння про стресовий досвід?					
3	Раптові почуття або події, ніби стресовий досвід знову трапляється?					
4	Почуття засмученості, коли щось нагадує про стресовий досвід?					
5	Сильні фізичні реакції, коли щось нагадувало про стресовий досвід (наприклад, серцебиття, утруднене дихання, потіння)?					
6	Уникання спогадів, думок або почуттів, пов'язаних із стресовим досвідом?					
7	Уникання зовнішніх стимулів (людей, предметів, місць...), які нагадують про стресовий досвід?					
8	Проблеми згадування важливих моментів стресового досвіду?					

9	Сильні негативні переконання про себе, інших людей або навколишній світ (наприклад, «я поганий», «зі мною щось дуже не так», «нікому не можна довіряти», «світ –небезпечне місце»)?					
10	Самозвинувачення або звинувачення інших на рахунок стресового досвіду, або того, що сталося після нього?					
11	Сильні негативні емоції, такі як страх, жах, злість, почуття провини або сором?					
12	Втрата інтересу до тієї активності (діяльності), яка раніше приносила задоволення?					
13	Відчуття віддаленості або відокремленості від інших людей?					
14	Проблеми у переживанні позитивних емоцій (наприклад, незмога у відчутті радості або любові по відношенні до близької людини)					
15	Роздратування, спалахи гніву, агресивна поведінка?					
16	Те, що ви дуже ризикуєте або робите речі, які можуть зашкодити?					
17	Бути «на взводі» або «на сторожі»?					
18	Відчуття постійної напруги?					
19	Труднощі із зосередженістю?					
20	Проблеми із засинанням або нічні прокидання?					

Додаток Б. Опитувальник Опитувальник нейроповедінкових симптомів  
(Neurobehavioral Symptoms Inventory, NSI; адаптація для української вибірки А.  
Швеця і співавторів)

Уважно прочитайте твердження і оберіть варіант відповіді від 0 до 4, який відповідає Вашому стану протягом останніх двох тижнів, де:

0 = ніколи не було чи було дуже рідко

1 = рідко трапляється, але не впливає на мою працездатність

2 = часто буває і інколи порушує працездатність

3 = дуже часто буває і порушує працездатність

4 = завжди турбує. Не можу працювати і потребую допомоги.

		0	1	2	3	4
1	Відчуття запаморочення					
2	Втрата рівноваги					
3	Погана координація рухів, незграбність					
4	Головні болі					
5	Нудота					
6	Проблеми із зором, розмитість					
7	Висока чутливість до світла					
8	Утруднення слуху					
9	Висока чутливість до шуму					
10	Оніміння чи поколювання в тілі					
11	Зміни смаку та/чи нюху					
12	Втрата апетиту чи його підвищення					
13	Погана концентрація уваги					
14	Забудькуватість, не можу згадати певні речі					
15	Труднощі у прийнятті рішень					
16	Уповільнення думок, утруднення самоорганізованості, неможливість довести справу до кінця					

17	Втома, зниження енергійності, швидка втомлюваність					
18	Важко засинати, проблеми зі сном					
19	Відчуття занепокоєння, нервово- емоційного напруження					
20	Відчуття депресії чи пригнічення					
21	Висока дратівливість					
22	Відчуття розчарування від дрібниць					



Додаток В. Диспозиційний опитувальник «COPE» (адаптація для української вибірки Ю. Коваленко)

Інструкція:

Вам будуть запропоновані 60 тверджень, які стосуються поведінки у важких життєвих ситуаціях. Позначте, як часто Ви робите саме це. Для цього, напишіть 1, 2, 3, або 4 у відповідній клітинці бланку:

1 = як правило, я зовсім цього не роблю

2 = я зрідка це роблю

3 = час від часу я це роблю

4 = я роблю це досить часто.

Будь ласка, дайте відповідь на кожне питання. Не існує «правильної» чи «неправильної» відповіді: обирайте відповідь, яка стосується ВАС найбільше (не думайте про те, що б зробили або відповіли «інші люди» у подібній ситуації).

	Твердження	Ні 1	Зрідка 2	Інколи 3	Часто 4
1	Я намагаюся знайти плюси у тому, що відбулося.				
2	Я занурююся у роботу або інші справи, щоб відволіктися від проблем.				
3	Я засмучуюся та даю вихід своїм емоціям.				
4	Я шукаю поради в інших людей про те, що робити далі.				
5	Я зосереджую зусилля на тому, щоб якимось вирішити проблему.				
6	Я кажу собі: «Цього не може бути»				
7	Я надіюся на те, що Бог мені допоможе.				
8	Я намагаюся сприймати те, що відбулося, з почуттям гумору.				
9	Я зізнаюся собі, що нічого не можу вдіяти з проблемою, та перестаю намагатися.				
10	Я намагаюся утримувати себе від поспішних кроків.				
11	Я обговорюю з кимось те, що я зараз відчуваю.				
12	Я приймаю заспокійливі або п'ю алкоголь, щоб мені стало краще.				

13	Я намагаюся звикнути до думки, що це сталося, адаптуватися до ситуації.				
14	Я обговорюю те, що сталося, щоб краще зрозуміти ситуацію.				
15	Я намагаюся вирішити проблему, не відволікаючись на інші справи або думки.				
16	Я віддаюся фантазіям на інші теми, щоб відволіктися.				
17	Я засмучуюся, нервуюся та хвилююся.				
18	Я прошу допомоги у Бога.				
19	Я намагаюся спланувати та обміркувати свої подальші дії.				
20	Я переводжу те, що сталося, на жарт (жартую над тим, що сталося).				
21	Я намагаюся прийняти те, що сталося, звикнути до цього.				
22	Я намагаюся нічого не робити, поки ситуація не покращиться.				
23	Я намагаюся отримувати емоційну підтримку від друзів або рідних.				
24	Я не роблю активних дій.				
25	Я роблю якісь дії, намагаючись подолати ситуацію, яка склалася.				
26	Я намагаюся відволіктися на якийсь час, приймаючи алкоголь або ліки.				
27	Мені не хочеться вірити, що це відбулося.				
28	Я даю вихід своєму хвилюванню.				
29	Я намагаюся подивитися на ситуацію з більш позитивного боку, в іншому світлі.				
30	Я розмовляю з кимось, хто міг би конкретно допомогти вирішити мою проблему.				
31	Я сплю більше, ніж зазвичай, намагаючись забути про проблему.				
32	Я міркую, як діяти далі.				
33	Я повністю концентруюся на розв'язанні цієї проблеми та, у разі необхідності, відкладаю вбік інші справи.				
34	Я шукаю співчуття та розуміння в інших людях.				
35	Я п'ю алкоголь або приймаю ліки, щоб менше думати про проблему.				
36	Я жартую над тим, що сталося.				

37	Я перестаю намагатися досягти свого (отримати те, що хочу).				
38	Я шукаю щось хороше в тому, що відбулося.				
39	Я думаю, як краще за все впоратися з цією проблемою.				
40	Я вдаю, що нічого не сталося.				
41	Я намагаюся не діяти надто поспіхом, щоб не погіршувати ситуацію.				
42	Я намагаюся, щоб інші справи не заважали мені прикладати максимум зусиль, щоб впоратися з проблемою.				
43	Я йду в кіно або дивлюся телевізор, щоб менше думати про проблему.				
44	Я намагаюся прийняти ситуацію, зжитися з нею.				
45	Я питаю у людей, які стикалися з аналогічною проблемою, як вони її вирішували.				
46	Я хвилююся та активно виявляю свої почуття.				
47	Я роблю активні дії, щоб впоратися з проблемою.				
48	Я намагаюся знайти втіху у вірі (релігії).				
49	Я змушую себе чекати, коли настане влучний момент та можна буде діяти.				
50	Я знаходжу у тому, що сталося, кумедні моменти.				
51	Я зменшую кількість зусиль, спрямованих на вирішення цієї проблеми.				
52	Я обговорюю свої почуття з кимось зі своїх близьких.				
53	Я приймаю алкоголь або заспокійливі, тому що це допомагає мені подолати проблему.				
54	Я вчуся з цим жити.				
55	Я відкладаю інші справи в бік, щоб зосередитися на вирішенні проблеми.				
56	Я ретельно обмірковую кроки, які буду робити для вирішення проблеми.				
57	Я просто вдаю, що нічого не сталося.				
58	Я послідовно, крок за кроком, роблю те, що потрібно.				
59	Я намагаюся, щоб цей досвід мене чомусь навчив.				
60	Я молюся (більше, ніж зазвичай).				

## Додаток Г. Описова статистика за критерієм віку

N	Дійсні значення	18
	Пропущені значення	0
Середнє		32.00
Медіана		31.50
Мода		30 <sup>a</sup>
Стандартне відхилення		7.244
Дисперсія		52.471
Асиметрія		.051
Стандартна помилка асиметрії		.536
Діапазон		26
Мінімальне значення		19
Максимальне значення		45

a. Існує декілька мод. Відображено найменше значення

Додаток Г. Кореляційні зв'язки між вираженістю симптомів ПТСР і окремими копінг-стратегіями (за Опитувальником «Перелік симптомів посттравматичного стресового розладу» (PCL-5) і диспозиційним опитувальником COPE)

Копінг-стратегії (субшкали опитувальника COPE)	<b>rho Спірмена</b>
	<b>Статистична значимість (p), односторонні зв'язки</b>
	<b>N</b>
1. Позитивна інтерпретація та особистісний розвиток	-0,109
	0,333
	18
2. Ментальне відволікання – уникнення проблеми	0,288
	0,123
	18
3. Фокусування на емоціях та емоційна розрядка	0,517*
	0,014
	18
4. Пошук інструментальної соціальної підтримки	-0,173
	0,246
	18
5. Активне подолання	-0,341
	0,083
	18
6. Заперечення	0,466*
	0,026
	18
7. Релігійний копінг	0,254
	0,154
	18
8. Почуття гумору	-0,346
	0,080
	18

Продовження таблиці

9. Поведінкове відволікання	0,398
	0,051
	18
10. Обмеження	0,596**
	0,005
	18
11. Пошук емоційної соціальної підтримки	-0,258
	0,151
	18
12. Вживання алкоголю та наркотиків	0,679**
	<0,001
	18
13. Прийняття	0,316
	0,101
	18
14. Придушення конкурентних дій	0,020
	0,468
	18
15. Планування	-0,348
	0,079
	18

Примітка: \* Кореляційний зв'язок є статистично значимим на рівні 0,05 (для односторонніх зв'язків).

Додаток Д. Кореляційні зв'язки між вираженістю симптомів  
нейроповедінкового синдрому і окремими копінг-стратегіями (за методикою  
«Опитувальник нейроповедінкових симптомів» (NSI) і диспозиційним  
опитувальником COPE)

Копінг-стратегії (субшкали опитувальника COPE)	rho Спірмена
	Статистична значимість (p), односторонні зв'язки
	N
1. Позитивна інтерпретація та особистісний розвиток	-0,268
	0,141
	18
2. Ментальне відволікання – уникнення проблеми	0,626**
	0,003
	18
3. Фокусування на емоціях та емоційна розрядка	0,259
	0,149
	18
4. Пошук інструментальної соціальної підтримки	-0,246
	0,163
	18
5. Активне подолання	-0,207
	0,204
	18
6. Заперечення	0,511*
	0,015
	18
7. Релігійний копінг	0,260
	0,148
	18
8. Почуття гумору	-0,345
	0,081
	18

Продовження таблиці

9. Поведінкове відволікання	0,227
	0,182
	18
10. Обмеження	0,316
	0,101
	18
11. Пошук емоційної соціальної підтримки	0,018
	0,472
	18
12. Вживання алкоголю та наркотиків	0,496*
	0,018
	18
13. Прийняття	0,027
	0,458
	18
14. Придушення конкурентних дій	-0,274
	0,136
	18
15. Планування	-0,752**
	<0,001
	18

Примітка: \* Кореляційний зв'язок є статистично значимим на рівні 0,05 (для односторонніх зв'язків).



Додаток Е. Таблиця значень за тестом суми рангу Вілкоксона  
(зв'язки між статусом мобілізованого комбатанта або комбатанта-добровольця і  
тенденцією до обрання певних копінг-стратегій)

Середні ранги і сума рангів

Копінг-стратегії	Мобілізований чи доброволець	N	Середні ранги	Сума рангів
1. Позитивна інтерпретація та особистісний розвиток	Мобілізований	8	13,69	109,50
	Доброволець	10	6,15	61,50
2. Ментальне відволікання – уникнення проблеми	Мобілізований	8	9,69	77,50
	Доброволець	10	9,35	93,50
3. Фокусування на емоціях та емоційна розрядка	Мобілізований	8	9,38	75,00
	Доброволець	10	9,60	96,00
4. Пошук інструментальної соціальної підтримки	Мобілізований	8	13,50	108,00
	Доброволець	10	6,30	63,00
5. Активне подолання	Мобілізований	8	11,81	94,50
	Доброволець	10	7,35	76,50
6. Заперечення	Мобілізований	8	9,06	72,50
	Доброволець	10	9,85	98,50
7. Релігійний копінг	Мобілізований	8	7,88	63,00
	Доброволець	10	10,80	108,00
8. Почуття гумору	Мобілізований	8	13,19	105,50
	Доброволець	10	6,55	65,50

Продовження таблиці

9. Поведінкове відволікання	Мобілізований	8	8,13	65,00
	Доброволець	10	10,60	106,00
10. Обмеження	Мобілізований	8	12,44	99,50
	Доброволець	10	7,15	71,50
11. Пошук емоційної соціальної підтримки	Мобілізований	8	10,63	85,00
	Доброволець	10	8,60	86,00
12. Вживання алкоголю та наркотиків	Мобілізований	8	9,69	77,50
	Доброволець	10	9,35	93,50
13. Прийняття	Мобілізований	8	13,44	107,50
	Доброволець	10	6,35	63,50
14. Придушення конкурентних дій	Мобілізований	8	11,56	92,50
	Доброволець	10	7,85	78,50
15. Планування	Мобілізований	8	11,50	92,00
	Доброволець	10	7,90	79,00

## Показники W Вілкоксона

Копінг-стратегії	W Вілкоксона	Точна статистична значимість
1. Позитивна інтерпретація та особистісний розвиток	61,500	<0,001*
2. Ментальне відволікання – уникнення проблеми	93,500	0,461
3. Фокусування на емоціях та емоційна розрядка	75,000	0,474
4. Пошук інструментальної соціальної підтримки	63,000	0,001*

Продовження таблиці

5. Активне подолання	76,500	0,050
6. Заперечення	72,500	0,399
7. Релігійний копінг	63,000	0,130
8. Почуття гумору	65,500	0,003*
9. Поведінкове відволікання	65,000	0,177
10. Обмеження	71,500	0,016*
11. Пошук емоційної соціальної підтримки	86,000	0,224
12. Вживання алкоголю та наркотиків	93,500	0,458
13. Прийняття	63,500	0,002*
14. Придушення конкурентних дій	78,500	0,073
15. Планування	79,000	0,078

Примітка: \* зв'язок є статистично значимим на рівні 0,05 (для односторонніх зв'язків).

#### Порівняння медіан

Копінг-стратегії	Мобілізований чи доброволець	N	Медіана
1. Позитивна інтерпретація та особистісний розвиток	Мобілізований	8	13,00
	Доброволець	10	9,00
2. Ментальне відволікання – уникнення проблеми	Мобілізований	8	9,50
	Доброволець	10	9,50

Продовження таблиці

3. Фокусування на емоціях та емоційна розрядка	Мобілізований	8	11,50
	Доброволець	10	11,50
4. Пошук інструментальної соціальної підтримки	Мобілізований	8	12,00
	Доброволець	10	8,00
5. Активне подолання	Мобілізований	8	15,00
	Доброволець	10	12,00
6. Заперечення	Мобілізований	8	6,50
	Доброволець	10	7,00
7. Релігійний копінг	Мобілізований	8	8,50
	Доброволець	10	12,00
8. Почуття гумору	Мобілізований	8	11,00
	Доброволець	10	9,00
9. Поведінкове відволікання	Мобілізований	8	7,50
	Доброволець	10	9,00
10. Обмеження	Мобілізований	8	12,00
	Доброволець	10	7,00
11. Пошук емоційної соціальної підтримки	Мобілізований	8	11,50
	Доброволець	10	10,50
12. Вживання алкоголю та наркотиків	Мобілізований	8	8,00
	Доброволець	10	6,50
13. Прийняття	Мобілізований	8	11,00
	Доброволець	10	7,50
14. Придушення конкурентних дій	Мобілізований	8	13,50
	Доброволець	10	9,50
15. Планування	Мобілізований	8	15,50
	Доброволець	10	12,50