УДК 159.9. (355)

Хміляр Олег Федорович, кандидат психологічних наук, доцент, начальник кафедри суспільних наук (м. Київ)

e-mail: hmilar@ukr.net

Зубовський Дмитро Сергійович, молодший науковий співробітник Науково-методичного центру кадрової політики Міністерства оборони України (м. Київ)

e-mail: z.dmitry.zub@gmail.com

ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД: ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ПРОЯВІВ У УЧАСНИКІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ

Анотація

У статті представлені основні результати дослідницького проекту Національного університету оборони України ім. Івана Черняховського, що полягав в перевірці психометричних показників методик для діагностики посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та аналізі особливостей симптоматики посттравматичного стресового розладу серед військовослужбовців учасників антитерористичної операції. В дослідженні було продемонстровано основні психометричні властивості (валідність та надійність) двох, найбільш поширених, методик для діагностики ПТСР: Місісіпської шкали для оцінки бойового посттравматичного стресового розладу (Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder) та Шкали оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale-R). Зроблено висновок про достатню високий рівень психометричних параметрів (валідності, надійності) обраних психодіагностичних методик в умовах українського соціуму. Окрім цього в роботі детально вивчено особливості ПТСР у військовослужбовців учасників бойових дій на сході України. Розрахована частка осіб з різним ступенем прояву деструктивної симптоматики (симптоматика ПТСР). Детально проаналізовано ступінь

представленості та прояву окремих симптомів ПТСР й їх факторна структура. Вивчено взаємозв'язок окремих симптомів ПТСР військовослужбовців з інтенсивністю бойових дій та депресивною симптоматикою.

***Ключові слова**: посттравматичний стресовий розлад, валідність, надійність, психодіагностика, психометричний аналіз, факторний аналіз, військовослужбовці, бойові дії.*

Хмиляр Олег Федорович, кандидат психологических наук, доцент, начальник кафедры общественных наук

Зубовский Дмитрий Сергеевич, младший научный сотрудник Научно-методического центра кадровой политики Министерства обороны Украины

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ПРОЯВЛЕНИЙ У УЧАСТНИКОВ АНТИТЕРРОРИСТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ

Аннотация

В статье представлены основные результаты исследовательского проекта Национального университета обороны Украины им. Ивана Черняховского, состоявшего в проверке психометрических показателей методик для диагностики посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и анализе особенностей симптоматики посттравматического стрессового расстройства среди военнослужащих участников антитеррористической операции. В исследовании было продемонстрировано основные психометрические свойства (валидность и надежность) двух, наиболее распространенных, методик для диагностики ПТСР: Мисисипської шкалы для оценки боевого посттравматического стрессового расстройства (Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder) и Шкалы оценки влияния травматического

события (Impact of Event Scale-R). Сделан вывод о достаточной высокий уровень психометрических параметров (валидности, надежности) избранных психодиагностических методик в условиях украинского социума. Кроме этого в работе подробно изучены особенности ПТСР у военнослужащих участников боевых действий на востоке Украины. Рассчитана доля лиц с разной степенью проявления деструктивной симптоматики (симптоматика ПТСР). Подробно проанализирована степень представленности и проявления отдельных симптомов ПТСР и их факторный структура. Изучена взаимосвязь отдельных симптомов ПТСР военнослужащих с интенсивностью боевых действий и депрессивной симптоматикой.

***Ключевые слова**: посттравматическое стрессовое расстройство, валидность, надежность, психодиагностика, психометрический анализ, факторный анализ, военнослужащие, боевые действия.*

Hmilar Oleg Fedorovich, philosophy doctor in psychology, docent, chief of the Social Sciences Department

Zubovskiy Dmitro Sergiyovich, Junior Researcher of the Scientific-methodical centre of personnel policy of Ministry of Defence of Ukraine

POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER: DIAGNOSTIC FEATURES AND EXPRESSION OF THE ANTITERRORIST OPERATION PARTICIPANTS

Summary

The article presents the main results of the research project of the National Defence University of Ukraine named after Ivan Chernyakhovsky, which aim was to verify techniques` psychometric characteristics for the diagnosis of PTSD symptoms and its features analysis among soldiers - members of the antiterrorist operation. The study demonstrated the basic psychometric characteristics (validity and reliability) of the two most common methods for the diagnosis of PTSD: Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder and the scale

assessing the Impact of Event Scale-R. It is concluded the sufficient high psychometric characteristics (validity, reliability) selected psychodiagnostic techniques in the ukrainian society. Also the features of PTSD among military combatants in eastern Ukraine were studied in details. Estimated proportion of persons with varying degrees of destructive manifestation of symptoms (symptoms of PTSD). The degree of representation and expression of specific symptoms of PTSD and their factorial structure were analyzed in details. The interconnection of specific symptoms of PTSD with the intensity of the combat actions and depressive symptomatic was studied.

Keywords: *post-traumatic stress disorder, validity, reliability, psychological diagnostics, psychometric analysis, factor analysis, military men, combat actions.*

Постановка проблеми і актуальність дослідження. Будь-яка війна здійснює сильний вплив на психіку учасників бойових дій, піддаючи її серйозним якісним змінам, які можуть набувати як чітко виражених форм й бути прихованими, відстороненими в часі реакціями. В умовах ведення антитерористичної операції особливої значущості набуває проблема виснаження нервово-психічного потенціалу військовослужбовців, яке в більшості випадків зумовлює низку деструктивних порушень психічної діяльності. Ключове місце серед цих деструктивних порушень займає посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Сучасні уявлення про ПТСР сформовані американською психологією в другій половині 70-х роках XX-го століття. В цей час американське суспільство постало перед проблемою породженою дезадаптаційною поведінкою учасників В'єтнамської війни. За статистичними даними близько 25% військовослужбовців, що приймали участь у цьому збройному конфлікті, в подальшому демонстрували ознаки несприятливих змін особистості [3]. У 1979 році М. Горовіц формує концепцію "посттравматичного стресового розладу" пропонуючи виділити його в якості самостійного синдрому. Концепція швидко отримує наукову

підтримку, що дозволяє у 1980 році включити ПТСР в американську класифікацію психічних захворювань (DSM-III). В 1994 році в якості окремої нозологічної одиниці ПТСР відображено у Міжнародній класифікації хвороб (МКХ-10) [6; 7].

В наш час у Міжнародній класифікації хвороб (МКХ-10) ПТСР описується в рубриці F43 (“Реакція на важкий стрес і порушення адаптації”) та визначається як непсихотична реакція на травматичний стрес (природні чи техногенні катастрофи, бойові дії, тортурита ін.), яка за своєю природою здатна викликати психічні порушення практично в будь-якої людини. Слід відзначити, що ПТСР проявляється переважно емоційно-афективними порушеннями, які розвиваються внаслідок психотравмуючого впливу та є варіантом захисної (пристосувальної) реакції особистості в умовах деструктивної дії інтенсивних стресогенних чинників [6].

Клінічна картина ПТСР характеризується повторними кошмарними сновидіннями чи нав’язливими спогадами про пережиті психотравмуючі події у поєднанні з прагненням уникати того, що може викликати в пам’яті те, що трапилось. При цьому в людини спостерігаються симптоми підвищеної збудливості, генералізованої тривоги, неконтрольованої люті, дратівливості, безсоння, труднощів у концентрації уваги, емоційних розладів із прагненням до ізоляції й обмеження контактів із зовнішнім світом [1; 5].

До важливих факторів ризику розвитку ПТСР відносяться індивідуально-типологічні властивості індивіда, включаючи наявність алкогольної (наркотичної) залежності. Додатковими факторами ризику є наявність попередньої психічної травми чи психічних розладів, вік людини. Попередня психічна травма знижує здатність особистості до подолання травматичних стресових переживань. Особливо важко екстремальні ситуації переносяться молодими військовослужбовцями та особами похилого віку [1;5].

Проте ми вимушені констатувати, що досліджень присвячених ПТСР серед учасників антитерористичної операції досі не вистачає. Майже відсутні

роботи в яких розкриваються питання психічних розладів військовослужбовців породжених саме в АТО.

Зазначена проблема визначила основну **мету дослідження**, яка полягає у емпіричному вивченні особливостей прояву ПТСР в учасників АТО на сході України.

Виклад основного матеріалу дослідження. Досягнення окресленої вище мети здійснювалась в межах дослідницького проекту Національного університету оборони України ім. Івана Черняховського, який проводилася в період з жовтня по грудень 2015 року й полягав в аналізі симптоматики ПТСР серед учасників АТО. Дослідницький проект складався з двох етапів: 1) перевірки психометричних показників методик для діагностики ПТСР; 2) дослідження особливостей посттравматичного стресового розладу серед учасників АТО.

Основну групу досліджуваних осіб склали офіцери-слухачі НУОУ ім. Івана Черняховського загальною кількістю 361 особа (355 чол., 6 жінок). Серед них: 193 особи приймали участь у бойових діях (53,5%), 168 осіб не мали бойового досвіду (46,5%). Середній вік досліджуваних – 34,2 роки. Віковий діапазон респондентів варіюється в межах від 26 до 47 років. В ході аналізу використовувався електронний пакет даних IBM Statistics 19.

Якість результатів будь-якого дослідження на пряму залежить від інструментарію який використовується. Дослідник має бути впевнений в діагностичних можливостях тієї чи іншої психодіагностичної методики, її валідності та надійності. В силу цього, на ***першому етапі***, нами перевірялися основні психометричні властивості двох, найбільш поширених у психологічних дослідженнях, методик діагностики ПТСР: Місісіпської шкали для оцінки бойового посттравматичного стресового розладу (Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder) та Шкали оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale-R) [7;8]. Оскільки дані методики в основному адаптовані на російськомовних вибірках й не перевірені на відповідність психометричних параметрів в умовах

українського соціуму (тим більше в умовах бойового конфлікту), – постало питання щодо перевірки їхньої надійності та валідності.

Психометричний аналіз надійності обраних методик. Надійність методики – це стійкість та незалежність результатів методики від впливу можливих випадкових факторів. Нами було отримано дані стосовно надійності за внутрішньою узгодженістю. Задля цього розраховувались статистичні коефіцієнти, що використовувались авторами методики при розробці оригінальних англомовних версій: коефіцієнт α - Кронбаха й коефіцієнт Спірмена-Брауна. Отримані результати відображено в табл. 1.

Таблиця 1

Результати перевірки внутрішньої узгодженості Шкали оцінки тяжкості впливу травматичної події та Місісіпської шкали для оцінки бойового ПТСР

Психометричні параметри	**Місісіпська шкала для оцінки бойового ПТСР**	**Шкала оцінки тяжкості впливу травматичної події**
Коефіцієнт α-Кронбаха	0,85	0,91
Коефіцієнт Спірмена-Брауна	0,80	0,88
Міжпозиційна кореляція запитань - r	0,25 – 0,60	0,30 – 0,64

Отримані показники надійності за внутрішньою узгодженістю завдань можна вважати достатньо хорошими з точки зору вимог до психодіагностичного інструментарію [2]. Місісіпська шкала для оцінки бойового ПТСР продемонструвала наступні показники надійності: коефіцієнт α-Кронбаха – 0,85; коефіцієнт Спірмена-Брауна – 0,80. В той час для Шкали оцінки тяжкості впливу травматичної події показники складали – коефіцієнт α-Кронбаха – 0,91, а коефіцієнт Спірмена-Брауна – 0,88. Щоправда, отримані в нашому дослідженні показники внутрішньої узгодженості для методики “Місісіпська шкала для оцінки бойового ПТСР” дещо нижчі, ніж отримані розробниками методики ($\alpha=0,85<0,94$) [7]. Проте дана відмінність відносна й не впливає на психометричні показники надійності.

Для Шкали оцінки тяжкості впливу травматичної події, окрім аналізу загальної надійності методики, проводився аналіз надійності та гомогенності

кожної структурної субшкали: вторгнення, уникнення, збудливість (табл.2). Для розрахунку гомогенності використовувався коефіцієнт половинного розщеплення Гутмана. Аналіз результатів представлених в табл. 2, засвідчує, що субшкали "Вторгнення" (α-Кронбаха= 0,82; H - 0,77), "Уникнення" (α-Кронбаха= 0,78; H - 0,78) та "Збудливість" (α-Кронбаха = 0,76; H - 0,78) володіють хорошими рівнем надійності за внутрішньою узгодженістю й хорошим рівнем гомогенності запитань. Однак, не зважаючи на високі показники надійності для кожної субшкали, вони все ж дещо нижчі аніж результати надійності методики в численних закордонних дослідженнях. Так, у французькомовній версії методики коефіцієнт α-Кронбаха склав 0,86 для підшкали "Вторгнення", 0,86 для підшкали "Уникнення" та 0,81 для підшкали "Збудливість" [9]. У німецькомовній – цей же показник становить: "Вторгнення" – 0,87; "Уникнення" – 0,78; "Збудливість" – 0,87 [10].

Отримані показники міжпозиційної кореляції (r) запитань кожної сушкали майже повністю відповідають результатами розробників [7].

Таблиця 2

Результати перевірки внутрішньої узгодженості субшкал Шкали оцінки тяжкості впливу травматичної події

Психометричні параметри	**Субшкала"Вторгнення"**	**Субшкала "Уникнення"**	**Субшкала "Збудливість"**
Коефіцієнт α-Кронбаха	0,82	0,78	0,76
Аналіз гомогенності – H коефіцієнт Гуттмана	0,77	0,78	0,78
Міжпозиційна кореляція запитань - r	0,50 – 0,69	0,40 – 0,62	0,43 – 0,52

Аналіз міжпозиційної кореляції запитань "Місісіпська шкала для оцінки бойового посттравматичного стресового розладу" виявив значення коефіцієнту кореляції (r) в діапазоні 0,25 – 0,60 (p <0,0001), що також в цілому відображає діапазон значень отриманих авторами методики (діапазоном 0,23-0,73) [8]. Отримані коефіцієнти кореляції вказують на

зв’язок кожного запитання із сумарною шкалою, що підтверджує націленість кожного запитання на вимірювання симптоматики ПТСР у респондентів.

В цьому контексті сумнів викликають лише чотири запитання, які не досягали значень даного діапазону. Зокрема, це запитання: “До АТО в мене було більше друзів аніж зараз” (0,20); “У мене нема почуття провини за те, що я робив підчас АТО” (0,10); “Я здатний вступати в емоційно близькі стосунки з іншими людьми” (0,11); “Ззовні я виглядаю бездушним” (0,18). Ці дані свідчать, що перераховані вище запитання майже не представляють діагностичної цінності для методики.

Психометричний аналіз валідності методик. Валідність – відповідність методики психічній властивості, що вимірюється. Нами отримано дані стосовно двох аспектів валідності: факторної та конвергентної. У рамках встановлення факторної валідності перевірена структура розподілу запитань методики “Шкала оцінки тяжкості впливу травматичної події”. Перевірка факторної валідності методики “Місісіпська шкала для оцінки бойового ПТСР” не проводилась, оскільки при її розробці факторний аналіз не підтвердив можливість виділення стійких факторних структур [7]. В той час як в методику “Шкала оцінки тяжкості впливу травматичної події” стійка факторна структура була впроваджена розробниками ще на початку формування запитань.

Для перевірки структури розподілу запитань методики “Шкала оцінки тяжкості впливу травматичної події” відповіді респондентів факторизувались методом головних компонентів з подальшим обертанням VARIMAX (сенс даного обертання полягає в отриманні максимально несхожих факторів) та нормалізацією за Кайзером. Рішення про оптимальну кількість факторів приймалось на основі аналізу діаграми scree-plot та критерію Кайзера. В якості значимих розглядалися навантаження завдань, які за абсолютною величиною перевищують 0,3.

Проведений аналіз адекватності факторної моделі даного набору змінних, за допомогою обрахування критерію сферичності Бартлетта та міри

вибіркової адекватності Кайзера-Маєра-Олкіна (КМО), підтвердив доцільність подальшого аналізу факторизації: критерій Бартлетта (0,000; p<0,001); КМО (0,915; p<0,001).

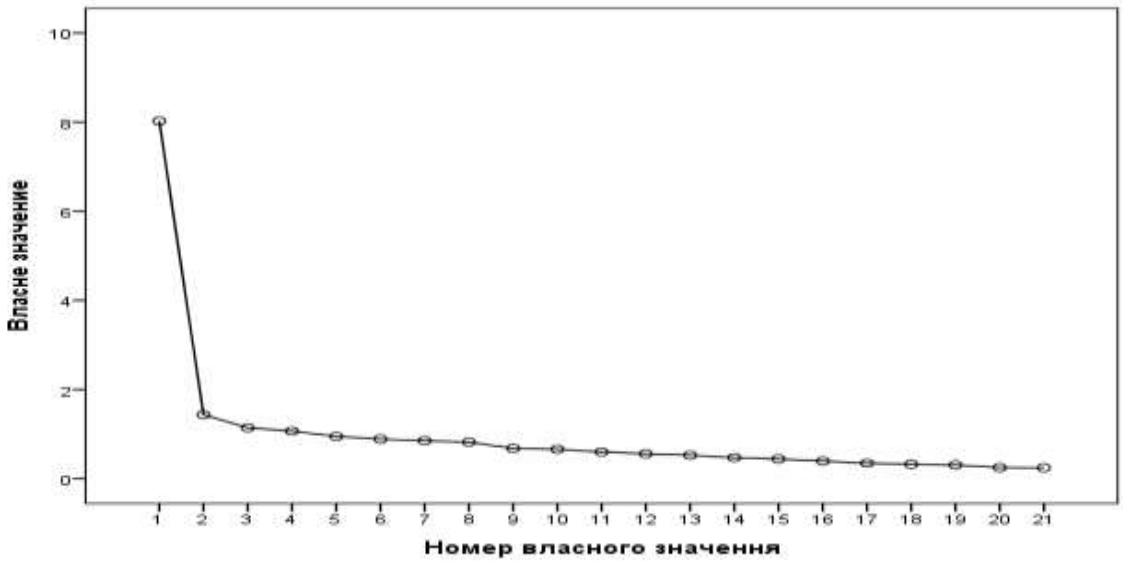

Рис. 1. Діаграма власних значень (scree-plot) для Шкали оцінки тяжкості впливу травматичної події

Аналіз діаграми scree-plot (рис.1) дозволяє виділити трьохфакторний розподіл запитань (другий вигин кривої знаходиться саме на цій кількості факторів). Щоправда, відповідно до критерію Кайзера така кількість факторів у цілому пояснює 46,5% загальної дисперсії. Частка дисперсії, що пояснювалася кожним фактором наступна: Фактор 1 – 38%; Фактор 2 – 6,5%; Фактор 3 – 5,2. Отримана трьохфакторна структура в цілому відповідає факторній структурі авторів методики.

Для перевірки конвергентної валідності проведено кореляцію двох обраних методик між собою. Оскільки обидві методики спрямовані на діагностування єдиного конструкту, то цілком логічно припустити, що вони повинні значимо корелювати між собою й тим самим підтверджувати валідність одна одної. Окрім цього результати обраних методик корелювались з методикою “Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду”. Така кореляція обумовлена тим фактом, що в більшості закордонних досліджень відзначається пряма залежність між інтенсивністю бойових дій та

силою вираженості симптоматики ПТСР (табл. 3.).

Таблиця 3

Результати кореляції Шкали оцінки тяжкості впливу травматичної події та Місісіпської шкали для оцінки бойового ПТСР

	Шкала оцінки тяжкості впливу травматичної події	**Місісіпська шкала для оцінки бойового ПТСР**	**Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду**
Шкала оцінки тяжкості впливу травматичної події		r=0,43 (p <0,0001)	r=0,30 (p < 0,0001)
Місісіпська шкала для оцінки бойового ПТСР	r=0,43 (p <0,0001)		r=0,21 (p <0,0001)
Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду	r=0,30 (p <0,0001)	r=0,21 (p <0,0001)	

Як бачимо з табл. 3, між методикою “Місісіпська шкала для оцінки бойового ПТСР” та методикою “Шкала оцінки тяжкості впливу травматичної події” виявлений статистично значимий прямий кореляційний зв’язок з коефіцієнтом кореляції на рівні r=0,43 при p<0,0001. Окрім, цього зазначені вище методики демонструють статистично значимий прямий кореляційний зв’язок з методикою “Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду” з коефіцієнтом кореляції на рівні r=0,30 (p <0,0001) для методики “Шкала оцінки тяжкості впливу травматичної події” та r=0,21 (p<0,0001) для методики “Місісіпська шкала для оцінки бойового ПТСР”. Відповідно до таблиці критичних значень, отримані коефіцієнти кореляції в п’ять та сім разів перевищують критичне значення для вибірки з 361 особи [1].

В ході ***другому етапу*** досліджувалися особливості ПТСР в учасників АТО. В дослідженні використовувався комплекс психодіагностичних методик: для діагностики ПТСР – “Місісіпська шкала для оцінки бойового посттравматичного стресового розладу” та “Шкала оцінки впливу травматичної події”; для діагностики інтенсивності бойових дій – “Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду” (Combat Exposure Scale); для

діагностики депресивної симптоматики – “Шкала депресії Бека” (Beck Depression Inventory).

Першочергово розраховувалася частка осіб з ознаками ПТСР. Рішення про наявність чи відсутність ПТСР приймалося на основі Місісіпської шкали для оцінки бойового ПТСР. В якості діагностичних використовувались наступні значення сирих балів: до 77 балів – нормальні показники; 78-97 балів – окремі симптоми ПТСР; 98-145 балів – ознаки клінічного варіанту ПТСР .

Встановлено, що в 333 (92%) військовослужбовців не простежується жодних однак ПТСР, 24 (7%) військовослужбовця мають окремі ознаки ПТСР, а чотири (1%) військовослужбовця мають ознаки клінічного варіанту ПТСР (Рис. 2). При цьому слід звернути увагу, що серед 28 військовослужбовців які продемонстрували ознаки ПТСР шість не мають бойового досвіду

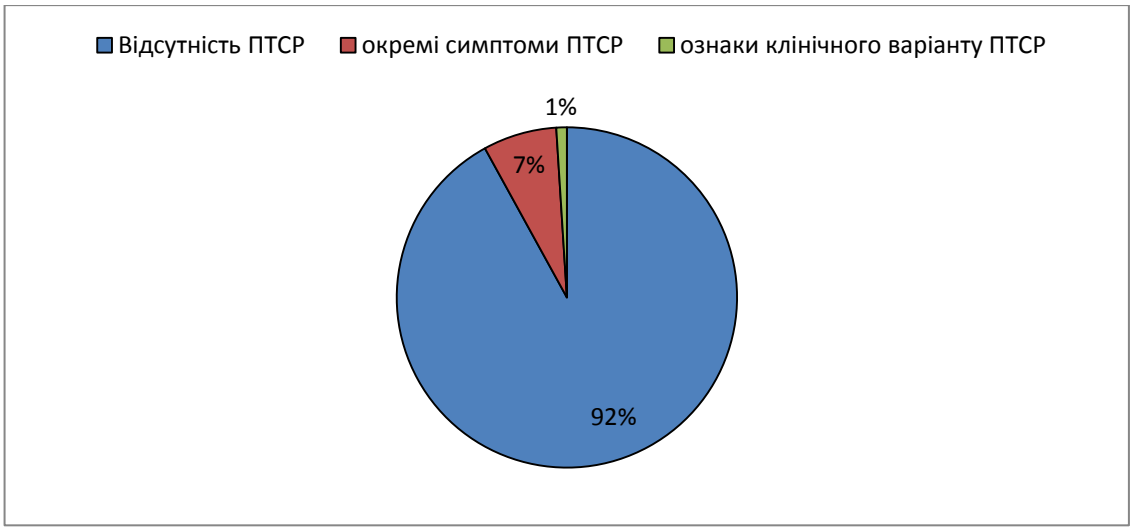

Рис. 2. Відсотковий розподіл представленості симптоматики ПТСР

Аналіз взаємозв’язку ПТСР та інтенсивності бойових дій серед цієї групи осіб не виявив жодних статистично значимих взаємозв’язків (табл.3). Ідентична ситуація спостерігалася при аналізі взаємозв’язку ПТСР та депресивної симптоматики.

Таблиця 3

Результати кореляції психодіагностичних методик

	Місісіпська шкала для оцінки бойового ПТСР
Шкала депресії Бека	r=0,20 (p < 0,301)
Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду	r=0,26 (p < 0,898)

Задля визначення особливостей протікання ПТСР в учасників АТО, виділена група військовослужбовців аналізувалася на рахунок представленості симптоматики ПТСР. Для цього розраховувалися середні значення кожної субшкали методики “Шкала оцінки впливу травматичної події” (табл. 4).

Таблиця 4

Розподіл симптоматики ПТСР

	Вторгнення	Уникнення	Гіперзбудження
Середнє	6,4815	6,3704	4,8889
Медіана	3,0000	4,0000	2,0000
Мінімум	,00	,00	,00
Максимум	29,00	30,00	23,00

Представлені результати дозволяють констатувати, що в структурі прояву ПТСР переважають симптоми вторгнення (M=6,48) та уникнення (M=6,37). Порівняно з ними частка симптомів гіперзбудження значно менша (M=4,88).

Статистичне порівняння середніх значень за симптомами уникнення, вторгнення та гіперзбудження між військовослужбовцями з ПТСР та військовослужбовцями без симптоматики ПТСР, продемонстрував статистично значимі відмінності (Рис.3).

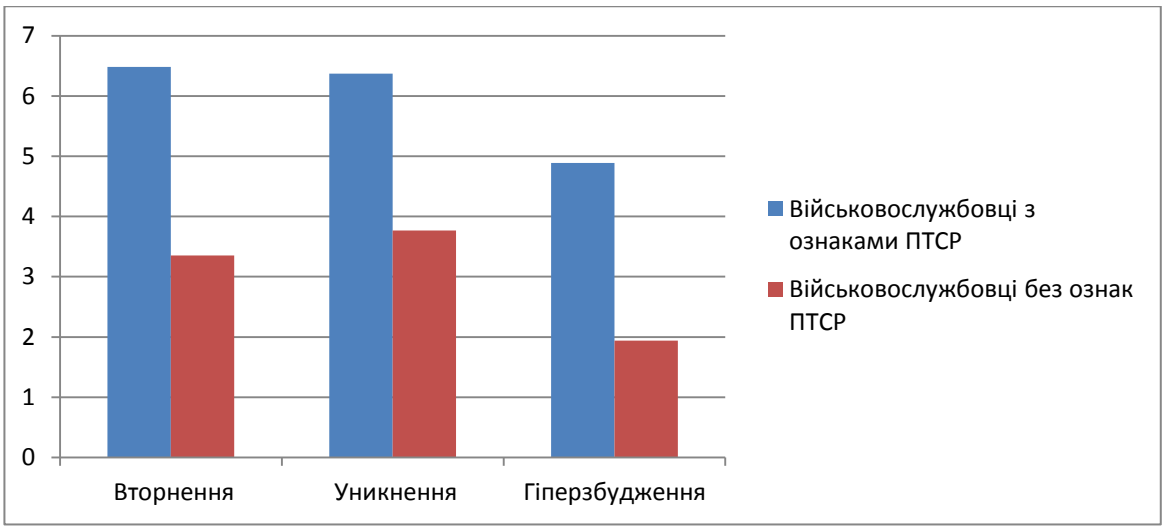

Рис. 3. Розподіл симптоматики ПТСР

Окрім вищезазначеного, для визначення особливостей протікання ПТСР здійснено факторизацію запитань методики “Місісіпська шкала для оцінки бойового ПТСР”. Рішення щодо оптимальної кількості факторів приймалося на основі аналізу діаграми scree-plotта критерію Кайзера. В якості значимих розглядалися навантаження завдань, які за абсолютною величиною перевищують 0,5.

Проведений аналіз адекватності факторної моделі даного набору змінних, за допомогою обрахування критерію сферичності Бартлетта та міри вибіркової адекватності Кайзера-Маєра-Олкіна (КМО), підтвердив доцільність подальшого аналізу факторизації: критерій Бартлетта (0,090; $p<0,001$); КМО (0,846;$p<0,001$).

Аналіз діаграми scree-plot (рис. 4) дозволив визначити шість факторів (другий різкий вигин кривої знаходиться саме на цій кількості факторів). Відповідно до критерію Кайзера, запропонована факторна структура описує 67,5% загальної дисперсії.

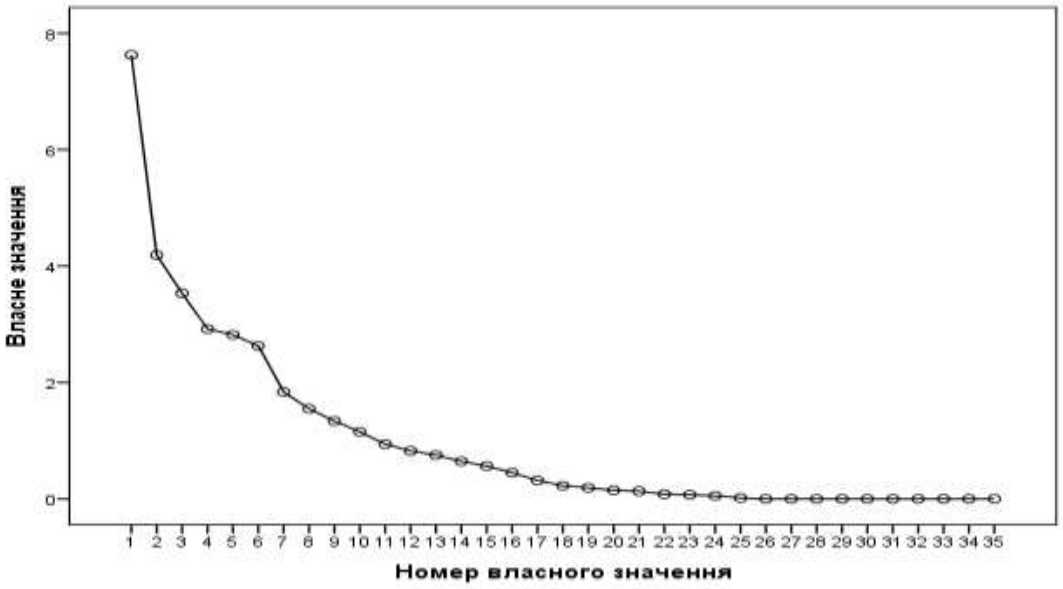

Рис. 4.Діаграма власних значень (scree-plot) для Місісіпської шкали оцінки бойового ПТСР

Така ж факторна структура розподілу запитань методики "Місісіпська шкала для оцінки бойового ПТСР" отримана Т.Кін під час аналізу ветеранів В'єтнамської війни, які страждали від ПТСР [8].

Перший фактор описує 22,1% дисперсії й включає 10 запитань. Даний фактор відображає загострення емотивних (0,542) та дистимічних (0,671) акцентуацій темпераменту військовослужбовця, що характеризує його як замкнутого. На поведінковому рівні це проявляється в переході останнього на меншу кількість "опорних сигналів". *Другий* фактор описує 11,6% дисперсії та включає в себе 6 пунктів. Даний фактор відображає симптоми вторгнення: постійні нічні жахи (0,694), флеш беки (0,761), тощо. *Третій* фактор описує 9,8% дисперсії. Серед симптомів, які склали основу даного фактору можемо виділити відчуженість (0,857), не контрольованість емоційної сфери (0,627). Для *четвертого фактору* (8,4 %) притаманним є уникнення болючих ситуацій, що мали місце в ході ведення бойових дій (0,707), відсутність взаєморозуміння серед членів сім'ї (0,585), вживання алкоголю та снодійних засобів (0,727). *П'ятий* фактор описує 8,1% дисперсії та включає в себе 6 пунктів. Даний фактор містить суїцидальні думки військовослужбовця. *Шостий* фактор описує 7,4% дисперсії та включає в

себе 3 пункти. Даний фактор відображає проблеми з сном та пам'яттю.

Аналіз взаємозв'язку ПТСР та інтенсивності бойових дій продемонстрував прямо пропорційну залежність. Встановлено взаємозв'язок ПТСР та депресивної симптоматики, що є підтвердженням результатів попередніх досліджень. Зокрема, в дослідженні Е.Фоу встановлена пряма залежність між силою вираженості ПТСР та інтенсивністю бойових дій.

Головні висновки. Інтенсивність стресогенного впливу в ситуаціях, пов'язаних із загрозою існування людини, буває настільки великою, що її індивідуально-типологічні властивості не відіграють ключової ролі в ґенезі ПТСР, при цьому він (ПТСР) не залежать від того, які конкретні травматичні події слугували причиною психологічних і психосоматичних порушень. Головним є те, що ці події носили екстремальний характер, виходили за межі звичних переживань людини й викликали інтенсивний страх (жах) за своє життя породжуючи почуття безпорадності.

Встановлено, що екстраверти менше підпадають під вплив ПТСР, аніж інтроверти. Подолання екстремальних ситуацій складніше дається молодим і старшим людям. Ризик ПТСР суттєво зростає у випадку ізоляції військовослужбовця на період переживання травми, втрати близьких друзів.

У військовиків з ознаками ПТСР порушена здатність щодо інтеграції травматичного досвіду з іншими подіями життя. Виходячи з того, що травматичні спогади залишаються не інтегрованими в когнітивну сферу індивіда й практично не піддаються змінам з плином часу – психотравмований військовослужбовець немовби залишається "застряглим" на травмі, як на актуальному переживанні, замість того, щоб прийняти її як подію, яка мала місце в минулому. Військовослужбовці з сильними ознаками ПТСР відчувають відповідні складнощі в розмежуванні другорядних стимулів від важливих. Внаслідок цього вони втрачають здатність гнучко реагувати на зміни оточуючого середовища, що суттєво уповільнює сприйняття нової інформації й призводить до зниження адаптаційних можливостей.

Перспективи використання результатів дослідження. Основні результати дослідницького проекту представляють собою початкових етап більш широко емпіричного аналізі особливостей симптоматики посттравматичного стресового розладу серед військовослужбовців учасників антитерористичної операції. Отримані психометричні показники методик для діагностики посттравматичного стресового розладу (ПТСР) дозволяють використовувати їх для збору емпіричних даних на інших вибірках військовослужбовців.

Список використаних джерел

1. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах: методичні рекомендації / [уклад.: Волошин П.В. та ін.]. – К., 2014. – 67 с.

2. Митина О.В. Разработка и адаптация психологических опросников. / Митина О.В. – М.: Смысл, 2011. – 235 с.

3. Тарабрина Н.В. Практикум по психологи посттравматического стресса / Н.В. Тарабрина. – СПб.: Питер, 2001. – 272 с.

4. Таблиці функцій та критичних точок розподілу. Математичні методи в психології / Укладач: М.М. Горонескуль. – Х.: УЦЗУ, 2009. – 90 с.

5. Пушкарев А.Л. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакотерапия, психотерапия / Пушкарев А.Л., Доморацкий В.А., Гордеева Е.Г., М.: Изд-во Ин-тапсихотерапии, 2000. – С. 128.

6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. – Washington DC, 1980. – P. 24-34.

7. Horowitz M.J. Impact of event scale: a measure of subjective stress / M.J. Horowitz, N.J. Wilner, W. Alvarez // Psychosom., Med., 1979. Vol. 41. – № 3. – P. 209-218.

8. Keane N.M. Mississippi Scale for Combat-Related PNSR: Three studies in reliability and validity / N.M. Keane, M.A. Juesta, J.M. Caddell, K.L. Taylor // Journal of consulting and clinical psychology. – 1988. Vol. 56 – № 1.– P. 85-90.

9. Weiss D.S. The impact of event scale-revised / D.S.Weiss., C.R.Marmar // Assessing Psychological Trauma and PTSD. – 1997. – Guildford, New York. – P. 55-89.

10. Wilson J.P., John P.L. Cross-cultural assessment of psychological trauma and PTSD. / J.P.Wilson, P.L.John // Springer Science & Business Media, 2007. – P. 143.

References transliterated

1. Diahnostyka, terapiiata, profilaktyka medyko-psykholohichnykh naslidkiv boiovykh dii v suchasnykh umovakh: metodychni rekomendatsii / [uklad.: Voloshyn P.V. tain.]. – K., 2014. – 67 s.

2. Mytyna O.V. Razrabotka y adaptatsyia psykholohycheskykh oprosnykov. / Mytyna O.V. – M. : Smisl, 2011. – 235 s.

3. Tarabryna N.V. Praktykum po psykholohyy posttravmatycheskoho stressa / N.V.Tarabryna. – SPb. : Pyter, 2001. – 272 s

4. Tablytsi funktsii ta krytychnykh tochok rozpodilu. Matematychni metody v psykholohii / Ukladach: M.M.Horoneskul. – Kh. : UTsZU, 2009. – 90 s.

5. Pushkarev A.L. Posttravmatycheskoe stressovoe rasstroistvo: dyahnostyka, psykhofarmakoterapyia, psykhoterapiia / Pushkarev A.L., Domoratskyi V.A., Hordeeva E.H., M.: Yzd-vo Yn-tapsykhoterapyy, 2000. –S. 128.

6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. – Washington DC, 1980. – P. 24-34.

7. Horowitz M.J. Impact of event scale: a measure of subjective stress / M.J. Horowitz, N.J. Wilner, W. Alvarez // Psychosom., Med., 1979. Vol. 41. – № 3. – P. 209-218.

8. Keane N.M. Mississippi Scale for Combat-Related PNSR: Three studies in reliability and validity / N.M. Keane, M.A. Juesta, J.M. Caddell, K.L. Taylor // Journal of consulting and clinical psychology. – 1988. Vol. 56 – № 1.– P. 85-90.

9. Weiss D.S. The impact of event scale-revised / D.S. Weiss., C.R. Marmar // Assessing Psychological Trauma and PTSD. – 1997. – Guildford, New York. – P. 55-89.

10. Wilson J.P., John P.L. Cross-cultural assessment of psychological trauma and PTSD. / J.P. Wilson, P.L. John // Springer Science & Business Media, 2007. – P. 143.