

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ВОЛИНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ЛЕСІ
УКРАЇНКИ
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ
Кафедра практичної психології та психодіагностики**

На правах рукопису

ЛИМАНОВ СЕРГІЙ ВЯЧЕСЛОВОВИЧ

**ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ
КОМПЛЕКСУ ЖЕРТВИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМИ**

Спеціальність: 053 «Психологія»
Освітньо-професійна програма «Практична психологія
(психологічне консультування та психотерапія)»
Робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр»

Науковий керівник:

КОЗАК ГАЛИНА АНАТОЛІЇВНА,

кандидат психологічних наук, доцент кафедри
практичної психології та психодіагностики

РЕКОМЕНДОВАНО ДО ЗАХИСТУ

Протокол № ____

засідання кафедри практичної психології
та психодіагностики

від ____ 202__ р.

Завідувач кафедри

_____ Людмила Магдисюк

ЛУЦЬК – 2025

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРЕЖИВАННЯ «КОМПЛЕКСУ ЖЕРТВИ» ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМИ.....	6
1.1. Теоретичні підходи до вивчення комплексу жертви в сучасній психології	6
1.2. Особливості психічних станів та травматичного досвіду військовослужбовців.....	10
1.3. Взаємозв'язок комплексу жертви з посттравматичними реакціями у військовослужбовців.....	17
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕЖИВАННЯ «КОМПЛЕКСУ ЖЕРТВИ» ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМИ.....	22
2.1. Процедура та методика дослідження	22
2.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження	26
РОЗДІЛ 3. РОЗРОБКА КОРЕКЦІЙНО-РОЗВИВАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ РОЗВИТКУ ІНТЕРНАЛЬНОСТІ ТА ПОДОЛАННЯ ДЕСТРУКТИВНИХ ВІКТИМНИХ СТРАТЕГІЙ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ.....	37
3.1. Принципи та цілі програми розвитку інтернальності та подолання деструктивних віктимних стратегій у військовослужбовців.	37
3.2. Програма розвитку інтернальності та подолання деструктивних віктимних стратегій у військовослужбовців.....	41
ВИСНОВКИ	54
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	56
ДОДАТКИ.....	61

ВСТУП

Актуальність дослідження. Сучасні соціально-політичні реалії, у яких перебуває українське суспільство зумовлюють зростання уваги до проблеми психологічного благополуччя військовослужбовців.. Військовослужбовці є однією з найбільш уразливих категорій населення, адже їх діяльність пов'язана з постійними екстремальними умовами, підвищеним ризиком для життя та здоров'я, високим рівнем стресу та частими психотравмуючими ситуаціями. Це створює підґрунтя для формування комплексу жертви, що проявляється у специфічних емоційних, когнітивних та поведінкових реакціях, які ускладнюють процеси адаптації та знижують якість життя військовослужбовців.

Комплекс жертви у військових не лише обмежує їхні індивідуальні ресурси та можливості психологічної саморегуляції, але й може стати чинником розвитку негативних психічних станів, зокрема депресії, тривожності, посттравматичних стресових розладів. Водночас це явище має значний соціальний резонанс, оскільки впливає на ефективність виконання професійних завдань, взаємодію в колективі та процес повернення до мирного життя після завершення служби.

У науковому дискурсі проблема психологічних наслідків травматичного досвіду військовослужбовців досліджувалася як українськими, так і зарубіжними науковцями. Зокрема, аспекти віктимності та комплексу жертви аналізували Л. Карамушка, О. Кокун, Т. Титаренко, І. Пінчук, що акцентували на особливостях переживання травматичних подій та їхньому впливі на психічне здоров'я. У зарубіжних дослідженнях значний внесок зробили також зарубіжні науковці, зокрема М. Селігман, Д. Джордан, М. Кучакі, Р. Тіварі, Д. МакАдамс, Б. Кемпбел, Дж. Меннінг, О. Кернберг та П. Фонагі.

Водночас саме специфіка переживання комплексу жертви військовослужбовцями досліджена ще недостатньо, що визначає наукову новизну та важливість цього дослідження.

Значущість даної роботи полягає у створенні та впровадженні ефективних корекційних програм, спрямованих на подолання комплексу жертви, зміцнення психологічної стійкості та відновлення внутрішніх ресурсів військовослужбовців. Розробка й апробація таких інструментів допомоги є важливим кроком у напрямі

підтримки психічного здоров'я військових і їхньої успішної соціальної адаптації після завершення служби.

Таким чином, дослідження психологічних особливостей переживання комплексу жертви у військовослужбовців є науково й практично значущим, оскільки сприяє розширенню уявлень про внутрішні механізми подолання травматичного досвіду та формуванню дієвих шляхів психологічної допомоги цій категорії населення.

Об'єкт дослідження: комплекс жертви у військовослужбовців

Предмет дослідження: психологічні особливості переживання комплексу жертви військовослужбовцями.

Мета дослідження: полягає в теоретичному та емпіричному вивченні психологічних особливостей переживання комплексу жертви військовослужбовцями, розробки практичних інструментів для його подолання.

Мета дослідження передбачає вирішення таких **завдань**:

1. Теоретично дослідити та проаналізувати теоретичні засади поняття «комплексу жертви» в психологічній літературі.
2. Охарактеризувати особливості психічних станів у військовослужбовців.
3. Проаналізувати взаємозв'язок комплексу жертви з негативними психічними станами військовослужбовців.
3. Емпірично дослідити психологічні особливості переживання комплексу жертви військовослужбовцями.
4. Розробити корекційну програму подолання комплексу жертви у військовослужбовців.

Методи дослідження: теоретичний аналіз, синтез, порівняння; емпіричні стандартизовані методики дослідження особистості: Опитувальник рівня суб'єктивного контролю Дж. Роттера, Методика «Схильність до віктимної поведінки», Шкала депресії А.Т. Бека, Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант), Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна, статистичний, кількісний та якісний математичні аналізи.

База дослідження: Благодійна організація «Карітас-спес Луцьк» та Волинський обласний госпіталь для інвалідів війни, вибірка досліджуваних складалася з 50 військовослужбовців віком від 25 до 55 років.

Наукова новизна дослідження. Наукова новизна полягає у всебічному аналізі психологічних особливостей переживання комплексу жертви військовослужбовцями, що розглядається як інтегральний конструкт, який поєднує когнітивні, емоційні та поведінкові компоненти. Уперше виявлено взаємозв'язок комплексу жертви з негативними психічними станами військових (депресією, тривожністю, посттравматичними симптомами) та уточнено психологічні чинники, що визначають інтенсивність його проявів.

Практичне значення отриманих результатів полягає у розробці й апробації корекційної програми, спрямованої на подолання комплексу жертви, зниження рівня віктимності та зміцнення психологічної стійкості військовослужбовців.

Апробація результатів: Основні положення магістерської роботи були висвітлені в рамках XVIII науково-практичного семінару «Актуальні проблеми практичної психології у волинському регіоні» м. Луцьк,

Структура і обсяг роботи: наукова робота складається з вступу, трьох розділів та додатків. Містить 6 таблиць. Список використаних джерел налічує 50 найменувань.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРЕЖИВАННЯ «КОМПЛЕКСУ ЖЕРТВИ» ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМИ

1.1. Теоретичні підходи до вивчення комплексу жертви в сучасній психології

Поняття «комплекс жертви» у сучасних психологічних дослідженнях має багатовимірний характер і поєднує у собі психологічні, соціальні та культурні виміри. Він визначається як сукупність когнітивних схем, емоційних станів та поведінкових стратегій, що формують стійке сприйняття себе як потерпілого, позбавленого можливості впливати на події та контролювати власне життя. Дослідження останніх років підтверджують, що комплекс жертви не є ізольованим психологічним феноменом, а розвивається на перетині індивідуальних і соціальних факторів [36].

У поясненні комплексу жертви, в психологічній науці, слід звернутись до когнітивно-поведінкового підходу, у межах якого підкреслюється, що «комплекс жертви», так звана віктимність, може бути пов'язана з індивідуальними когнітивними схемами та чутливістю до несправедливості. Дослідження показують, що високий рівень *victim sensitivity* може призводити до специфічних когнітивних та поведінкових реакцій, зокрема захисності та недовіри у міжособистісних стосунках [38].

Когнітивно-поведінковий підхід до вивчення комплексу жертви спирається на класичну концепцію «навченого безпораддя» (learned helplessness), розроблену М. Селігманом. Згідно з цією теорією, повторювані ситуації, у яких індивід не має контролю над результатом, сприяють формуванню стійкої установки на безпорадність, що згодом переноситься і на інші сфери життя. Сучасні дослідження розширюють цей підхід, показуючи, що не лише об'єктивна відсутність контролю, але й суб'єктивне сприйняття подій як некерованих, відіграє визначальну роль у формуванні жертвенних установок. Зокрема Баратта підкреслюють нейробіологічні

механізми безпорадності, що виявляються у зміні реактивності мозкових систем, пов'язаних з мотивацією та винагородою [34].

Когнітивні упередження, такі як тенденція до зовнішніх атрибутів («винні інші»), селективна увага до негативного досвіду та схильність до узагальнення окремих подій («зі мною завжди так трапляється»), поглиблюють і закріплюють жертвенну позицію. Д. Джордан і М. Кучакі у своїх дослідженнях звертають увагу на соціальний аспект: демонстрація статусу жертви, що часто супроводжується моральними привілеями з боку оточення, робить таку позицію «вигідною» в міжособистісному спілкуванні [41]. Таким чином, когнітивні й соціальні механізми взаємодоповнюють один одного, підсилюючи комплекс жертви.

З психотравматичної перспективи, ідентифікація себе як жертви може виконувати адаптивну функцію, особливо на ранніх етапах після травматичного досвіду. Це дозволяє людині пояснити події, легітимізувати власні емоційні реакції та отримати соціальну підтримку. Проте у довгостроковій перспективі стійка жертвенна ідентичність може заважати відновленню, блокувати резилієнтність та утруднювати процес інтеграції травматичного досвіду у життєву історію. Р. Тіварі та команда науковців показали, що навчене безпораддя може виступати трансдіагностичним фактором для різних психічних розладів, серед яких депресія, тривожні розлади та ПТСР [48]. Це свідчить про те, що комплекс жертви варто розглядати не лише як соціально-психологічне явище, але й як компонент психопатологічних процесів.

Нарративні підходи розкривають, що комплекс жертви підтримується та відтворюється у уявленні людини про себе. Люди, які вважають себе жертвами, часто формують життєві історії, де роль жертви стає центральною. Це дозволяє їм надати сенс минулому досвіду, однак водночас може закріплювати пасивність у теперішньому та майбутньому. Д. МакАдамс у своїй концепції нарративної ідентичності підкреслює, що спосіб, у який людина розповідає про власне життя, визначає її самосприйняття та поведінку [43], тоді жертвенна ідентичність у нарративі може стати самовиконуваним пророцтвом, що утримує людину у ролі жертви навіть за відсутності об'єктивної загрози.

Соціокультурні інтерпретації комплексу жертви ґрунтуються на концепції «victimhood culture», запропонованій Б. Кемпбел та Дж. Меннінг. Вони зазначають, що у сучасному суспільстві статус жертви дедалі більше сприймається як підстава для морального визнання та соціальних привілеїв. Це означає, що роль жертви може використовуватися стратегічно – для отримання підтримки, легітимації претензій чи навіть політичних переваг [36]. Такий підхід дозволяє розглядати комплекс жертви не лише як індивідуальну психологічну проблему, але й як культурно обумовлену стратегію.

У психоаналітичній традиції комплекс жертви розглядається крізь призму феномену повторення травми, описаного ще З. Фрейдом. О. Кернберг та П. Фонагі наголошують, що несвідоме відтворення жертвенних сценаріїв може слугувати своєрідною захисною стратегією, яка дозволяє людині уникати внутрішнього конфлікту між агресією та почуттям провини, тобто у жертвенній ідентичності проявляються дезадаптивні механізми саморегуляції [37].

У межах екзистенційної психології комплекс жертви пояснюється як спосіб уникнення відповідальності за власне життя. Людина, яка пережила страждання, має змогу віднайти в ньому сенс, тоді як зосередження виключно на статусі жертви блокує можливості смислотворення. І. Ялом у сучасних роботах підкреслює, що уникнення свободи та відповідальності часто набуває форми ідентифікації з образом жертви, яка дозволяє зняти тягар вибору [50].

Феміністські й гендерні дослідження розглядають комплекс жертви як продукт соціалізації та структурної нерівності. Жінки в суспільствах з патріархальними моделями виховання часто інтеріоризують установки покори й залежності, що сприяє закріпленню жертвенних позицій. Дж. Герман у своїй монографії [40] писав, що насильство і системна дискримінація створюють умови для формування жертвенності як стійкого психосоціального утворення. Сучасні українські гендерні дослідниці також акцентують увагу на взаємозв'язку соціальних ролей та переживання власної вразливості у контексті війни та соціальної нестабільності [5].

У теорії соціальної ідентичності комплекс жертви пояснюється як результат групової належності. Індивідуальний досвід жертви інтегрується у колективні

наративи, що особливо виразно проявляється в умовах війни та масових травм. У такому разі жертвенна ідентичність підтримується не лише особистими переживаннями, але й культурною пам'яттю та політичними дискурсами [35]. Це створює підґрунтя для формування стійких колективних ідентичностей, де статус жертви стає частиною соціальної реальності.

Підходи позитивної психології пропонують альтернативне бачення: переживання власної вразливості, яке може стати поштовхом до особистісного зростання. Теорія посттравматичного розвитку Т. Тедескі та Л. Калгуна акцентує увагу на тому, що навіть у досвіді жертви можливе віднаходження нових смислів і ресурсів. Згідно з цим підходом, комплекс жертви не є кінцевою стадією психологічного реагування, а може трансформуватися у стан сили й життєстійкості за умови адекватної підтримки[47]. В українських умовах подібні ідеї активно інтегруються у програми психологічної допомоги ветеранам та жінкам, які втратили близьких на війні [10].

Українські науковці також приділяють увагу вивченню комплексу жертви у контексті віктимології та психологічної реабілітації. С. Гарькавець аналізує психологію жертви як окремий напрям дослідження, наголошуючи на тому, що жертвенність може проявлятися у вигляді стабільних особистісних рис або тимчасових станів залежно від соціальної ситуації [8]. О. Яременко у своїй праці звертає увагу на вплив соціальної нестабільності та війни на формування віктимних позицій, підкреслюючи важливість створення програм реабілітаційної підтримки для подолання жертвених установок [31].

Таким чином, комплекс жертви у сучасній психології розглядається як багатовимірне явище, що поєднує індивідуально-психологічні, соціальні та культурні виміри. Він формується під впливом когнітивних схем, емоційних станів і поведінкових стратегій, закріплюючись через механізми навченої безпорадності, когнітивних упереджень та соціальних взаємодій. З одного боку, ідентифікація з образом жертви може виконувати адаптивну функцію після травматичного досвіду, забезпечуючи легітимність емоцій і доступ до підтримки, проте у довготривалій перспективі вона блокує резилієнтність, сприяє формуванню психопатологічних проявів та закріплює пасивність.

1.2. Особливості психічних станів та травматичного досвіду військовослужбовців

Військова служба, особливо в сучасних умовах збройного конфлікту, супроводжується інтенсивними стресогенними факторами, які можуть мати тривалий негативний вплив на психічне здоров'я військовослужбовців. Бойовий досвід нерідко пов'язаний з високим ризиком розвитку психічних порушень, серед яких найбільш поширеними є депресія, тривожні стани та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

У сучасній науковій літературі загальноприйнято виокремлювати три провідні групи чинників, що зумовлюють виникнення депресивних розладів: біологічні, особистісні та соціально-середовищні. До біологічних факторів відносять вік, стать, спадкову схильність, соматичний стан організму, особливості функціонування внутрішніх органів і процеси обміну речовин [17]. Соціально-середовищні чинники охоплюють особливості міжособистісної та сімейної взаємодії, психотравмуючі події, рівень соціальної підтримки, специфіку сімейного виховання, а також суспільно-політичні умови. Особистісні фактори, своєю чергою, пов'язані з індивідуальними психологічними характеристиками та особливостями перебігу психічних процесів [7].

Особливої актуальності проблема депресії набуває у контексті вивчення психічного здоров'я військовослужбовців – учасників бойових дій. Зазначена категорія осіб перебуває під впливом стресогенних факторів високої інтенсивності, що суттєво ускладнює можливість саморегуляції емоційного стану. Унаслідок цього у військових формується стійке відчуття пригніченості, емоційного виснаження, яке згодом трансформується у депресивний розлад [11].

Науковці виокремлюють низку психологічних детермінант, що зумовлюють розвиток депресії у військовослужбовців:

- низький рівень адаптивних можливостей до нових умов військової служби та недостатня військова готовність, що істотно ускладнює процес соціально-

психологічної адаптації й сприяє виникненню тривожності та депресивних переживань;

- домінування песимістичного світогляду, негативних установок та підозрілості, що провокує руйнацію особистісного потенціалу, втрату мотивації та інтересу до діяльності, посилюючи депресивні тенденції [14];

- трансформація кола соціальних контактів унаслідок входження до військового колективу, що супроводжується необхідністю комунікації в умовах нових соціальних норм та правил, викликаючи психологічний дискомфорт та емоційне виснаження [9];

- надмірна тривожність, страх перед невизначеністю та домінування песимістичних очікувань, які спричиняють емоційне вигорання;

- переживання втрати бойових побратимів, почуття провини та уникання травмуючих спогадів, що ускладнює психоемоційну регуляцію та посилює депресивні стани;

- фрустраційні переживання, пов'язані з невідповідністю очікувань військовослужбовця реальним умовам служби, що провокує підвищену вразливість до депресії;

- індивідуальні психологічні властивості (емоційна нестійкість, підвищена вразливість, схильність до стресових реакцій), які значною мірою модифікують перебіг психічних процесів і визначають ризик виникнення депресії [19].

В. Лесков у результаті дослідження причин виникнення нервово-психічних розладів у військовослужбовців після участі у бойових діях встановив, що належність індивіда до певних типів акцентуацій (демонстративної, гіпертимної, циклотимної, емотивної, педантичної, екзальтованої) та ступінь їх вираженості прямо корелюють з ризиком розвитку депресії. Чим вищий рівень прояву акцентуйованих рис характеру, тим нижчим є рівень усвідомлення військовослужбовцем ситуації та власних поведінкових реакцій. Відсутність акцентуацій, навпаки, сприяє адекватнішому пізнанню реальності та позитивно впливає на психічну стабільність, що знижує імовірність депресивних проявів [18].

Результати досліджень і практики реабілітації осіб із так званим «військовим синдромом», представлені О. Буряк, засвідчують, що майже 50% військовослужбовців-учасників бойових дій мають депресивні стани. При цьому легкі та мінімальні форми депресії характеризуються емоційною лабільністю, яка, однак, не суттєво впливає на виконання професійних обов'язків. У випадках помірних і тяжких депресивних розладів контроль над емоційними реакціями істотно знижується, що спричиняє нестійкість до стресових факторів, часті коливання настрою, підвищену дратівливість [6].

За результатами досліджень А. Мельник, найбільш поширеними симптомами депресії у військовослужбовців, які перебували у бойових умовах, є: відчуття смутку та безнадії; розлади сну (раннє пробудження, труднощі зі вставанням); зниження концентрації уваги; втрата інтересу до діяльності, що раніше приносила задоволення; нав'язливі думки про смерть і самогубство; дратівливість та неспокій; занижена самооцінка та почуття провини; порушення апетиту; хронічна втома; соматичні болі, що не піддаються традиційним методам лікування [21].

Дослідження О. Кокуна підтверджують зазначені висновки, проте автор також акцентує увагу на додаткових проявах депресивного синдрому у військовослужбовців, серед яких: різкі перепади настрою, ангедонія, раптові напади плачу, апатія та втрата інтересу до навколишньої дійсності, постійне невдоволення життям, зниження активності й уникання як додаткових, так і прямих службових обов'язків, підвищена втомлюваність навіть за незначного фізичного чи психічного навантаження [24].

У тісному взаємозв'язку з проявами депресивних станів перебуває ще одна поширена психологічна проблема – тривожність, яка є характерною для військовослужбовців. Тривожність розглядається як одна з провідних психологічних проблем, що характерна для військовослужбовців. Умови перебування на передовій, де щоденне функціонування пов'язане з високим рівнем ризику для власного життя та життя побратимів, спричиняють постійне психоемоційне напруження. Фактори невизначеності, відсутності звичного середовища та дефіциту комфорту істотно підвищують імовірність виникнення тривожних станів різного ступеня вираженості.

Тривожність у військовослужбовців має специфічні риси, зумовлені потужним психологічним і фізичним навантаженням, яке виникає у зв'язку з екстремальними ситуаціями служби. Вона тісно пов'язана з постійною загрозою для життя, необхідністю бути готовим до застосування зброї та військової техніки, а також із надзвичайною інтенсивністю діяльності та високою відповідальністю. Подібні чинники впливають на систему цілей і мотивів військових, знижують здатність зосереджуватися та підтримувати увагу під час виконання завдань, що потребують швидких і точних рішень, від яких залежить життя та безпека інших людей [12].

Дослідники О. Лящ і М. Яцюк (2021) аналізували, як бойовий стрес впливає на емоційний стан військових. Вони підкреслюють, що ключовою реакцією на бойові події є саме стрес, зумовлений факторами бойової ситуації. Це складний процес адаптації організму, у якому активуються механізми саморегуляції та виникають специфічні психофізіологічні зміни. Виконуючи небезпечні завдання, військові часто перебувають у негативних психічних станах, що після повернення із зони бойових дій проявляються загостренням почуттів честі, гідності, справедливості, а також підвищеною агресивністю, тривожністю та схильністю до конфліктів. Такі наслідки ускладнюють процес реадaptaції демобілізованих військових і потребують корекційної психологічної допомоги. Отже, тривале перебування під впливом психотравмувальних чинників дестабілізує емоційну сферу та порушує регуляцію поведінки [20]. Особливу роль у формуванні деструктивних наслідків відіграють конфлікти у системі цінностей і смислів військової діяльності. Постійний тиск тривожності, посилений особистісними рисами та накопиченням негативних емоцій, може трансформуватися у відчуття безнадії, що іноді призводить навіть до суїцидальної поведінки [34] [46].

У свою чергу, Л. Березовська та В. Богайчук досліджували емоційну стійкість офіцерського складу. Автори підкреслюють, що всі учасники експерименту продемонстрували високі показники саморегуляції, витримки та наполегливості, що дозволяє їм якісно виконувати бойові завдання. Середній рівень тривожності виявився типовим для офіцерів, але водночас відзначено, що багаторазове перебування у небезпечних умовах зменшує руйнівний вплив напруженості на

психіку. Водночас молодші офіцери виявили вищі показники емоційних бар'єрів: чим вищий ранг військового, тим більшою є його емоційна стійкість [4].

К. Кротюк вивчала рівень тривожності серед військових, які брали участь у проведенні Операції Об'єднаних сил (ООС) до початку повномасштабного вторгнення. Дослідження показало середній рівень тривожності, а статистично значимих відмінностей між досвідом, тривалістю служби та особистісною тривожністю виявлено не було. Водночас між досвідом участі в ООС і ситуативною тривожністю встановлено слабкий зв'язок, що, на думку авторки, пояснюється впливом інших неконтрольованих факторів [15]. У свою чергу, інші дослідження підтвердили, що ветерани АТО демонстрували вищий рівень психологічного стресу: депресію, ізоляцію, тривогу, нав'язливі спогади та проблеми соціальної адаптації. Дослідження, проведене у березні 2022 р., майже одразу після початку повномасштабної війни, виявило, що близько половини опитаних військовослужбовців (як кадрових, так і добровольців) мали клінічний рівень симптомів тривожності. При цьому чоловіки-учасники бойових дій виявляли нижчий рівень тривожності, ніж жінки. Освіта чи наявність літніх родичів не впливали на рівень тривожності, тоді як кількість дітей у сім'ї негативно корелювала з проявами тривоги та депресії. Крім того, резервісти й добровольці територіальної оборони продемонстрували нижчі показники тривожності порівняно з військовослужбовцями регулярної армії [26].

Л. Беліченко у своєму дослідженні акцентує на причинах і факторах тривожності у військових, які готуються до відправки на фронт. Більшість із них (73,4 %) мали середній рівень ситуативної тривожності, що свідчить про збереження активності, комунікабельності й готовності виконувати завдання. Водночас тривожність, яка виникає, обумовлена поточними обставинами та має ситуативний характер, оскільки з'являється у відповідь на реальні або потенційні стресові події та зникає після усунення загрози [2]. Подібні результати зафіксовані й у дослідженні Рибінської, де підкреслюється, що українські військовослужбовці зазвичай не відчують надмірної тривоги перед відправкою на передову. Автори пояснюють це тим, що сама потреба брати участь у бойових діях сприяє підвищенню емоційної

стійкості, формуванню мужності й консолідації навколо спільних цілей та ідеології, що знижує рівень тривоги.

С. Мул проводила дослідження серед прикордонників і спеціального підрозділу, які брали участь у перших етапах вторгнення. Результати показали середній рівень як ситуативної, так і особистісної тривожності, незалежно від віку чи підрозділу, що свідчить про достатні морально-психологічні ресурси для виконання бойових завдань. Натомість у роботі А. Фесюк зафіксовано високий рівень особистісної тривожності (84,6 % із 181 військовослужбовця) та помірний рівень ситуативної тривожності (87,9 %). Це свідчить, що у військових можуть проявлятися обидва типи тривожності, але в умовах довготривалого перебування на фронті, поранень чи небезпечних ситуацій ситуативна тривожність часто переходить у стійку особистісну, супроводжуючись додатковими психотравмами [28]. Особистісна тривожність не завжди має зовнішні поведінкові прояви, але створює внутрішній стан неблагополуччя, який пригнічує психіку та визначає негативне емоційне тло.

Як Г. Бережна, тривожність у військових може виявлятися у формі панічних атак, тремтіння, флешбеків, підвищеної чутливості до тригерів. У таких станах знижується концентрація, працездатність, погіршується комунікація та робота когнітивних функцій. Це провокує непорозуміння у взаємодії між військовослужбовцями, ускладнює обробку та аналіз інформації, пригнічує здатність до оцінки й прийняття рішень. У результаті психічне виснаження може стати перешкодою для подальшого виконання службових обов'язків [3].

Наслідком такого виснаження, а також постійного перебування у травматичних обставинах, нерідко стає розвиток посттравматичного стресового розладу. ПТСР у військовослужбовців є складним психопатологічним станом, що виникає внаслідок впливу екстремальних бойових ситуацій. Його перебіг значною мірою відрізняється від цивільних випадків, оскільки військова служба передбачає тривалу експозицію до стресорів, систематичний контакт зі смертю та пораненнями, а також високий рівень психологічної напруги у процесі виконання завдань [1].

Основними проявами ПТСР є нав'язливі спогади, уникнення травмуючих стимулів, негативні зміни в емоційно-когнітивній сфері та підвищена збудливість

[23]. У військових ці симптоми набувають особливої форми. Флешбеки часто супроводжуються дисоціативними епізодами, що виникають навіть під час виконання бойових чи службових завдань, створюючи загрозу для життя як самого військовослужбовця, так і його товаришів [27]. Хронічна гіперзбудженість виявляється у формі порушень сну, підвищеної дратівливості та імпульсивних агресивних реакцій, які ускладнюють адаптацію у військовому колективі та родинному колі [33]. Окремим феноменом є так званий синдром «провини того, хто вижив», що поглиблює депресивні симптоми та може стати підґрунтям для суїцидальних намірів [29].

Психологічні механізми формування ПТСР у військових пояснюються поєднанням особистісних і середовищних факторів. Індивідуальна вразливість, попередній травматичний досвід, рівень психологічної стійкості та доступність ефективних копінг-стратегій відіграють важливу роль у розвитку розладу. Водночас не менш значущими є зовнішні умови: тривалість та інтенсивність бойових дій, соціальна підтримка у підрозділі, а також командна культура [22]. Значну увагу дослідники приділяють феномену «кумулятивної травматизації», коли повторюваний вплив стресорів створює передумови для більш тяжких і стійких форм ПТСР [16].

Отже, військова служба потужним стресогенним чинником, що зумовлює високу поширеність депресії, тривожних розладів і ПТСР серед військовослужбовців. Розвиток цих станів визначається поєднанням біологічних, особистісних та соціально-середовищних факторів, серед яких ключову роль відіграють індивідуальні психологічні особливості, рівень емоційної стійкості та наявність соціальної підтримки. Особливе значення має переживання провини й фрустраційний досвід, що сприяють трансформації ситуативної тривожності у хронічні патологічні стани. У цьому контексті комплекс жертви постає як когнітивно-емоційна установка, яка підсилює вразливість військовослужбовців до депресивних і посттравматичних реакцій, послаблюючи їхню здатність до саморегуляції та ускладнюючи процес психологічної адаптації.

1.3. Взаємозв'язок комплексу жертви з посттравматичними реакціями у військовослужбовців

У сучасній військовій психології увага дослідників зміщується від розгляду одиничних симптоматичних кластерів – наприклад, лише ПТСР або лише депресії – до бачення складних, взаємопов'язаних психічних станів, в яких когнітивно-емоційні установки (самоідентифікація, образ «я – жертва», очікування несправедливості) відіграють роль у виникненні, підтримці та хроніфікації психопатології. В цьому розділі аргументується ідея, що комплекс жертви (victim complex / victim identity) – як стійка внутрішня установка, що містить емоції образи, безпорадності, суб'єктивного страждання та зовнішніх атрибуцій щодо наслідків подій – є важливим фактором ризику та модератором розвитку депресивних, тривожних і посттравматичних реакцій у військовослужбовців.

Важливо відрізнити «комплекс жертви» від клінічних діагнозів (наприклад, ПТСР чи депресивних розладів): перший – це когнітивно-емоційна установка/схема, яка може передувати розвитку психопатології або виникати в її контексті, тоді як ПТСР, тривожні розлади та депресія – формалізовані діагностичні категорії з визначеними симптоматичними критеріями [30]. На рівні емпіричної літератури є роботи, які описують феномен «victim identity» та його політичні/соціальні прояви, а також прикладні дослідження, що пов'язують внутрішні образи жертви з індивідуальною поведінкою та психічними розладами [45].

У військових ПТСР, депресивні та тривожні розлади демонструють високу поширеність та часту коморбідність. Національні та міжнародні огляди виявляють, що серед ветеранів служби в зонах бойових дій поширеність ПТСР та КПТСР коливається значно, при цьому у підгрупах, що звертаються за допомогою, показники можуть бути в рази вищими, а коморбідна депресія – поширеною. Коморбідність має важливе практичне значення: коли депресія співіснує із ПТСР, страждає загальна функціональність, зростає хронічність симптоматики та гірше лікування. Ці емпіричні знахідки дають підґрунтя для дослідження факторів вразливості, серед яких – когнітивні установки на кшталт комплексу жертви [44].

Щоб зрозуміти, як саме комплекс жертви може сприяти розвитку посттравматичних реакцій, важливо розглянути психологічні механізми, що діють як медіатори або модератори

Особи з вираженим комплексом жертви схильні інтерпретувати негативні події як результат зовнішньої несправедливості або ворожих намірів, при цьому недооцінюючи власні ресурси контролю й впливу. Такі атрибуції послаблюють відчуття контролю і самоєфективності – ключові предиктори стійкості до травми. Низьке відчуття контролю асоціюється з вищим ризиком розвитку ПТСР і тривожних реакцій після травматичного досвіду.

Комплекс жертви стимулює румінацію – повторне переживання образи і думок про завдану шкоду. Румінація живить депресивні та тривожні симптоми і перешкоджає адаптивним механізмам емоційної регуляції; у контексті травми це означає більш виражені флешбеки, нав'язливі спогади та емоційну перевантаженість, що підтримує критерії ПТСР [42].

Осіб, які ідентифікують себе як жертви, частіше переживають недовіру до інших, підозрілість або відчуття соціального відчуження (особливо якщо досвід включав зраду чи неправомірну поведінку з боку колег/командирів). Соціальна підтримка є потужним модератором ризику ПТСР; її втрата або зниження підсилюють ризики розробки довготривалих посттравматичних розладів і депресії [13].

Моральна травма – досвід порушення власних моральних стандартів або свідомство морально суперечливих подій – часто супроводжує бойовий досвід та може перерости в самосприйняття як жертви (коли особа вважає, що їй завдано образи через неправомірні акти інших). Дослідження моральної травми серед ветеранів показують, що вона асоціюється з глибокими емоційними стражданнями, провинною, соромом та може перетинатися з комплексом жертви як стійкою ідентичністю, що підсилює депресію і ПТСР [39].

Оглядові та первинні дослідження останніх років демонструють високу поширеність комплексного посттравматичного стресового розладу серед ветеранів і груп, що звертаються за лікуванням; ці дослідження вказують також на те, що складні, множинні травматичні переживання утворюють підґрунтя для глибших

порушень самоідентичності, емоційної регуляції та міжособистісної функціональності – саме ті сфери, у яких комплекс жертви може бути вираженим і підтримуваним. Тому, комплексний посттравматичний стресовий розлад як діагностична категорія служить емпіричною і концептуальною опорою для думки про те, що стійкі внутрішні схеми (включно з комплексом жертви) пов'язані із ширшою й важчою психопатологією, ніж класичний локалізований ПТСР.

Ми спробували стисло подати модель, що узагальнює шляхи впливу комплексу жертви на психічне здоров'я військовослужбовця:

1. Травматичний досвід (бойова подія / поранення / моральна травма) →
2. Формування/посилення установки «я – жертва» (усвідомлена або підсвідомо) →
3. Зсув когнітивних атрибуцій (зовнішні атрибуції, відчуття безсилля), підвищена румінація, порушена емоційна регуляція, підриг соціальної підтримки →
4. Підвищений ризик розвитку та хроніфікації симптомів: тривожності, депресії, ПТСР / КПТСР →
5. Погіршення функціональності й зниження ефективності лікування.

Ця модель робить зрозумілим, чому спрямовані інтервенції, що адресують лише симптоми (наприклад, фармакотерапія), можуть мати обмежений ефект без одночасної роботи над когнітивно-емоційними схемами і відновленням відчуття контролю та соціальної підтримки.

Для практики важливо не лише виявляти симптоми ПТСР, депресії, тривоги, але й оцінювати присутність когнітивних установок (зокрема комплексу жертви), рівень румінації, атрибуційних стилів та ступінь соціальної ізоляції. Використання скринінгових методик, доповнене якісними інтерв'ю (що виявляють наративи про «жертву», образи, відчуття контролю), може допомогти краще планувати інтервенції.

Підходи, які адресують когнітивні схеми (КПТ – когнітивно-поведінкова терапія; ТПТ – терапія прийняття й зобов'язань; терапія, орієнтована на травму; інтервенції при моральній травмі), можуть бути адаптовані для роботи з комплексом жертви: модулі, спрямовані на реставрацію відчуття контролю, переатрибуцію, розвиток конструктивних наративів, відновлення соціальних зв'язків та емоційної

регуляції. Для військових також ефективними показують себе програми групової терапії й відновлення соціальної інтеграції. Крім того, для складних випадків КПТСР рекомендовані поетапні підходи, що починаються з побудови безпеки й стабілізації, поступово переходячи до опрацювання травми й ресоціалізації [49].

Окремо слід зазначити, що дослідження в Україні у воєнних реаліях 2014–2025 рр. фіксують широкий спектр психологічних порушень серед військовослужбовців, включно з бойовим стресом, депресивними та тривожними реакціями. Національні дослідження та практичні посібники підкреслюють значення контекстуальних факторів – масовість травм, постійний медіа-стрес, розриви з соціальною підтримкою, етичні дилеми – які можуть сприяти формуванню образу «жертви» у солдатів і ветеранів. Це робить тему актуальною для вітчизняної науки й практики; втручання мають бути чутливими до культурного, соціального й військового контексту [25].

Незважаючи на те, що концептуальні аргументи й споріднені емпіричні дані підтримують роль комплексу жертви як фактора вразливості, безпосередніх контрольованих досліджень, які б вимірювали комплекс жертви як незалежну змінну і перевіряли її прогностичну роль щодо ПТСР, депресії й тривожності у військових, поки замало. Необхідні: (1) стандартизовані інструменти для вимірювання комплексу жертви та споріднених схем; (2) лонгітюдні дослідження, які відстежують розвиток установок і симптомів у часі; (3) інтервенційні дослідження, що порівнюють стандартні програми лікування з програмами, доповненими модулем роботи з образами жертви й атрибуціями. Такі дослідження допомогли б уточнити причинно-наслідкові зв'язки та практичну цінність адресування комплексу жертви у клінічній роботі.

Отже, комплекс жертви у військовослужбовців виступає стійкою когнітивно-емоційною установкою, що може передувати розвитку психопатології або формуватися в її межах. На відміну від клінічних діагнозів, він проявляється у вигляді образи, безпорадності та зовнішніх атрибутів, які послаблюють відчуття контролю та самоєфективності. Це сприяє румінації, підсилює тривожні й депресивні симптоми, провокує соціальну ізоляцію та посилює переживання моральної травми. У результаті комплекс жертви виступає важливим фактором

ризик, що збільшує поширеність і коморбідність ПТСР, КПТСР, депресії та тривожних розладів, сприяє їх хроніфікації та формує глибші порушення самоідентичності, емоційної регуляції та міжособистісних відносин.

Висновок до першого розділу

Узагальнюючи теоретико-методологічні засади дослідження переживання «комплексу жертви» військовослужбовцями, можна зробити висновок, що комплекс жертви у військовослужбовців постає як багатовимірне психологічне утворення, яке формується під впливом когнітивних схем, емоційних станів та поведінкових стратегій і закріплюється через механізми навченої безпорадності, когнітивних упереджень та соціальної взаємодії. Виконуючи на початкових етапах адаптивну функцію після пережитої травми, у довготривалій перспективі комплекс жертви сприяє зниженню резилієнтності та підвищенню вразливості до психічних порушень, зокрема депресивних, тривожних і посттравматичних розладів. Його характерними проявами є безпорадність, румінації, зовнішні атрибуції та переживання образи, що обумовлюють зниження рівня самоефективності й суб'єктивного контролю, ускладнюють процеси саморегуляції та психологічної адаптації. Наявність комплексу жертви визначає підвищений ризик коморбідності та хронізації ПТСР, КПТСР, депресії й тривожних розладів, а також зумовлює більш виражені порушення у сфері самоідентичності, емоційної регуляції та міжособистісних відносин військовослужбовців.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕРЕЖИВАННЯ «КОМПЛЕКСУ ЖЕРТВИ» ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМИ

2.1. Процедура та методика дослідження

Емпіричне дослідження психологічних особливостей переживання «комплексу жертви» військовослужбовцями здійснювалося у три послідовні етапи.

На першому етапі проведено теоретичний аналіз проблеми. Було розглянуто наукові підходи провідних дослідників, які вивчали феномен «комплексу жертви» у сучасній психології. Узагальнено сучасні уявлення про психічні стани та травматичний досвід, що беруть участь у формуванні цього комплексу серед військовослужбовців, а також охарактеризовано специфіку його проявів у бойових і післябойових умовах. Проаналізовані теоретичні позиції дод взаємозв'язку комплексу жертви з посттравматичними реакціями військовослужбовців.

Другий етап передбачав організацію безпосередньої процедури емпіричного дослідження. Він включав підготовку інструкцій, опитувальних бланків та допоміжних матеріалів, необхідних для коректного збору даних про особливості переживання «комплексу жертви» у військовослужбовців.

У вибірку дослідження увійшли 50 військовослужбовців віком від 25 до 55 років, які мали різний досвід військової служби. Дослідження проводилось на базі Благодійної організації «Карітас-спес Луцьк» та Волинського обласного госпіталю для інвалідів війни.

Для реалізації завдань дослідження було використано комплекс психодіагностичних методик:

1. Опитувальник рівня суб'єктивного контролю Дж. Роттера (Додаток А);
2. Методика «Схильність до віктимної поведінки» (Додаток Б);
3. Шкала депресії А.Т. Бека (Додаток В);
4. Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант) (Додаток Д);

5. Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна (Додаток Е).

Опитувальник рівня суб'єктивного контролю Дж. Роттера спрямований на дослідження особливостей локусу контролю особистості, тобто індивідуальної схильності пояснювати життєві події внутрішніми чи зовнішніми причинами. Методика ґрунтується на концепції Дж. Роттера, за якою люди з інтернальним локусом контролю вважають, що їхні досягнення й невдачі залежать від власних зусиль, рішень та вчинків, тоді як екстернали схильні приписувати відповідальність обставинам, іншим людям або випадковості.

Опитувальник містить 44 твердження, що охоплюють різні сфери життя: досягнення й невдачі, сімейні та виробничі стосунки, міжособистісні взаємини, а також питання, пов'язані зі здоров'ям і хворобами. Респонденту пропонується оцінити власне ставлення до висловлювань у формі згоди чи незгоди. Результати підраховуються за кількома шкалами, серед яких виокремлюють показник загальної інтернальності та специфічні сфери контролю. Отримані результати допомагають зрозуміти, якою мірою особистість готова брати на себе контроль за подіями власного життя, що має значення для дослідження копінг-стратегій, адаптаційних можливостей і психологічного благополуччя. Високі бали свідчать про інтернальність, тобто відповідальність і активність у ставленні до подій, низькі – про екстернальність, що виявляється у схильності залежати від зовнішніх сил та уникати відповідальності.

Методика «Схильність до віктимної поведінки» призначена для виявлення індивідуальних особливостей, що зумовлюють схильність особистості до жертвених форм поведінки. Вона дозволяє оцінити не лише загальний рівень віктимності, але й виявити переважаючий її тип.

Опитувальник складається з 86 тверджень, які відображають характерологічні риси, установки, особливості міжособистісних відносин та поведінкових реакцій. Респонденту пропонується відповісти «так» або «ні» залежно від того, наскільки кожне твердження відповідає його власним поглядам і досвіду. Методика не передбачає «правильних» чи «неправильних» відповідей, важливо лише дати щиру

та швидку реакцію. Час виконання опитувальника зазвичай не перевищує 20–25 хвилин.

Система інтерпретації результатів побудована за кількома шкалами, серед яких центральними є агресивна, саморуйнівна, гіперсоціальна, залежна та безпорадна, а також некритична поведінка. Крім того, виділяється шкала реалізованої віктимності, яка відображає фактичні прояви ризикової та жертвоорієнтованої поведінки, та контрольна шкала соціальної бажаності, що дозволяє оцінити щирість відповідей.

Отримані відповіді обробляються за ключами. Підраховані сирі бали переводяться у шкалу стенів (від 1 до 10), що дозволяє віднести показник до низького, середнього або високого рівня вираженості. Низькі значення (1–3 стени) свідчать про відсутність чи слабкий розвиток відповідних форм поведінки, середні (4–7 стенів) відповідають нормі, а високі (8–10 стенів) інтерпретуються як виражена схильність до певного типу віктимності.

Шкала депресії А.Т. Бека є стандартизованим психодіагностичним інструментом, призначеним для виявлення наявності депресивних проявів та визначення їх інтенсивності. Методика належить до групи опитувальників самооцінки й передбачає оцінку власного емоційного стану досліджуваним у момент обстеження. Структурно шкала містить двадцять одне твердження, кожне з яких стосується ключових компонентів депресивної симптоматики: емоційної сфери (пригнічений настрій, втрата інтересу, відчуття провини, суїцидальні думки), когнітивної сфери (негативне ставлення до себе, песимізм щодо майбутнього), соматичних та поведінкових проявів (зміни сну, апетиту, зниження працездатності, уникнення соціальних контактів).

Кожен пункт представлений чотирма варіантами відповідей, які відрізняються за ступенем вираженості симптому – від його відсутності до максимальної інтенсивності. За результатами опитування здійснюється кількісна оцінка: відповідям нараховуються бали від 0 до 4, після чого підраховується їх загальна сума. Отриманий показник інтерпретується як індикатор рівня депресії: мінімальні значення відповідають відсутності клінічно значущих проявів, середні

відображають легкі чи помірні депресивні розлади, а високі бали вказують на тяжкий депресивний стан, що потребує професійного втручання.

Методика відзначається високими показниками надійності та валідності, а також простотою застосування, що забезпечує її широке використання у клінічній практиці, психологічному консультуванні та наукових дослідженнях, спрямованих на вивчення динаміки психоемоційного стану та ефективності психокорекційних програм.

Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант) є стандартизованою клінічною методикою, створеною в 1987 році Т. М. Кеапе зі співавторами для діагностики посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців, які брали участь у бойових діях. Вона базується на положеннях опитувальника ММРІ та відображає основні симптоми ПТСР, притаманні саме військовому досвіду. Шкала містить 35 тверджень, кожне з яких оцінюється за п'ятибальною шкалою від «абсолютно невірно» до «абсолютно вірно». Її структура охоплює симптоми трьох ключових груп: вторгнення, уникнення та підвищена збудливість, а також включає додаткові питання, пов'язані з почуттям провини, суїцидальними тенденціями та емоційними труднощами.

У процесі обробки результатів підраховуються суми відповідей на прямі та зворотні твердження, після чого отримується загальний бал, що відображає вираженість симптоматики. Інтерпретація даних дозволяє відокремити осіб без ознак посттравматичного стресового розладу від тих, у кого наявні психічні розлади або виражені прояви ПТСР. Дослідження показали, що загальний показник у межах 76 ± 18 свідчить про добру адаптованість, результат 86 ± 26 вказує на наявність психічних порушень, тоді як значення близьке до 130 ± 18 є індикатором посттравматичного стресового розладу. Методика відзначається високою чутливістю до військового досвіду та широко використовується у клінічній і психологічній практиці для виявлення посттравматичних станів у ветеранів та учасників бойових дій.

Методика «Шкала оцінки рівня реактивної та особистісної тривожності» Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна є стандартизованим інструментом психодіагностики, призначеним для вимірювання двох взаємопов'язаних, але

відмінних конструктів. Реактивна (ситуативна) тривожність відображає поточний емоційний стан індивіда у конкретний момент часу та характеризує рівень напруження, занепокоєння й суб'єктивного відчуття небезпеки. Особистісна тривожність, у свою чергу, розглядається як відносно стійка індивідуальна характеристика, що визначає схильність суб'єкта до переживання тривоги у широкому спектрі життєвих ситуацій.

Опитувальник складається з двох підшкал. Перша спрямована на самооцінку реактивної тривожності та містить твердження, що описують переживання у момент дослідження. Друга відображає рівень особистісної тривожності, фіксуючи звичний спосіб емоційного реагування. Учасник дослідження оцінює ступінь згоди з кожним твердженням за чотирибальною шкалою від «ні, це не так» до «цілком вірно».

Обробка даних передбачає підрахунок інтегральних показників за окремими формулами для кожної шкали з урахуванням позитивно та негативно сформульованих пунктів. Отримані результати інтерпретуються у межах трьох рівнів: низький (0–30 балів), помірний (31–45 балів) та високий (понад 45 балів).

2.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження

Дослідження психологічних особливостей переживання «комплексу жертви» військовослужбовцями здійснювалось комплексно та систематично. Дослідження було спрямоване на виявлення особливостей психічних станів та травматичного досвіду військовослужбовців у контексті переживання комплексу жертви. Для цього використано психодіагностичні методики, що дозволяють оцінити рівень суб'єктивного контролю, вираженість тривожності, депресивних симптомів і посттравматичних реакцій, а також схильність до віктимної поведінки. Такий підхід дав змогу простежити взаємозв'язок комплексу жертви з індивідуальними проявами психічної дезадаптації, зокрема з посттравматичними переживаннями військовослужбовців.

Першим кроком в емпіричному дослідженні стало рівня суб'єктивного контролю у військовослужбовців, результати якого представлені в табл. 2.1.

**Результати діагностики рівня суб'єктивного самоконтролю у
військовослужбовців**

Шкала	Екстернальний тип суб'єктивного контролю	Нормальним тип суб'єктивного контролю	Інтернальний тип рівня суб'єктивного контролю
ІО - шкала загальної інтернальності	35%	25%	40%
ІД - шкала інтернальності в області досягнень	25%	30%	45%
ІН - шкала інтернальності в області невдач	40%	35%	25%
ІС - шкала інтернальності в сімейних відносинах	30%	30%	40%
ІП - шкала інтернальності у виробничих відносинах	32%	28%	40%
ІМ - шкала інтернальності в області міжособистісних відносин	34%	26%	40%
ІЗ - шкала інтернальності стосовно здоров'я і хвороби	42%	28%	30%

Отже, як ми бачимо з результатів діагностики локусу контролю за методикою Дж. Роттера у військовослужбовців показник загальної інтернальності (ІО) демонструє відносну рівновагу, хоча найбільша частка військовослужбовців орієнтована на інтернальний тип (40%), що свідчить про здатність брати відповідальність за власне життя і події. Водночас наявність значного відсотка екстерналів (35%) може бути показником того, що частина досліджуваних схильна приписувати контроль зовнішнім обставинам, що корелює з позицією жертви.

У сфері досягнень (ІД) простежується виражена інтернальність (45%), яка свідчить про готовність брати відповідальність за власні успіхи та вбачати їх наслідком власних зусиль. Така тенденція є позитивним ресурсом у подоланні комплексу жертви, оскільки дозволяє зберігати активну позицію. Проте у сфері невдач (ІН) домінує екстернальність (40%), що означає схильність перекладати відповідальність за поразки на зовнішні чинники. Це суперечлива позиція: досягнення приписуються собі, а невдачі – обставинам, що є типовим для внутрішнього конфлікту військовослужбовців, які переживають комплекс жертви.

У сімейних відносинах (ІС) та у виробничих відносинах (ІП) більшість респондентів демонструють інтернальність (по 40%), що може свідчити про прагнення брати відповідальність у міжособистісних і професійних ролях. Це дозволяє підтримувати соціальну стабільність і конструктивну поведінку в умовах військової служби, де важливо відчувати особистий вплив на стосунки та результат спільної діяльності.

В області міжособистісних стосунків (ІМ) також простежується виражена інтернальність (40%), що вказує на схильність військовослужбовців брати відповідальність за якість контактів з оточенням. Це може виступати захисним чинником від позиції жертви, оскільки сприяє активному формуванню соціальних зв'язків і відновленню довіри у групі.

Найбільш вразливою виявилася сфера здоров'я і хвороби (ІЗ), де домінує екстернальний тип (42%). Це означає, що військовослужбовці значною мірою схильні пояснювати стан свого здоров'я випадком, долею чи зовнішніми умовами, а не власними діями. Подібна установка може підсилювати комплекс жертви, оскільки формує відчуття безпорадності щодо власного фізичного та психологічного стану.

У цілому структура локусу контролю у вибірці характеризується певною подвійністю: військовослужбовці беруть відповідальність за успіхи, соціальні та професійні стосунки, однак у сфері невдач і здоров'я переважає схильність до екстернальності. Така амбівалентність створює психологічний ґрунт для формування комплексу жертви: внутрішня активність у досягненнях та відносинах поєднується з переконанням, що невдачі й хвороби є результатом зовнішніх,

неконтрольованих обставин. Це знижує рівень цілісності «Я-образу» та може провокувати внутрішні конфлікти, що у військових умовах проявляється у підвищеній чутливості до несправедливості, зростанні тривожності та ускладненні процесів адаптації.

Наступною методикою дослідження переживання «комплексу жертви» військовослужбовцями стала методика «Схильність до віктимної поведінки», яка мала на меті виявити індивідуальні особливості, що зумовлюють схильність особистості до жертвених форм поведінки, результати якої представлені в Табл. 2.2.

Таблиця 2.2.

Результати діагностики схильності військовослужбовців до віктимної поведінки

Назва шкали	Нижче норми	Норма	Вище норми
Соціальної бажаності відповідей	10%	70%	20%
Схильність до агресивної віктимної поведінки	14%	52%	34%
Схильність до саморуйнівної поведінки	12%	48%	40%
Схильність до гіперсоціальної поведінки	16%	66%	18%
Схильність до залежної та безпорадної поведінки	10%	44%	46%
Схильність до некритичної поведінки	8%	50%	42%
Реалізована віктимність	12%	46%	42%

Як ми бачимо з результатів дослідження схильності військових до віктимної поведінки, за шкалою реалізованої віктимності, 42% військовослужбовців мають показники вище норми, що свідчить про високу ймовірність потрапляння у небезпечні та травматичні ситуації через внутрішню готовність діяти імпульсивно й необачно. Це підтверджує сформовану тенденцію до віктимної поведінки у значної частини вибірки.

За шкалою схильності до агресивної віктимної поведінки 34% респондентів перевищили норму. Це означає, що понад третина опитаних схильні до провокування конфліктів через агресивні реакції, образи чи інші форми провокуючої поведінки, що часто призводить до небезпечних ситуацій.

Високі показники спостерігаються і за шкалою саморуйнівної поведінки: 40% мають результати вище норми, що вказує на схильність до ризику та самопошкоджувальних дій, які можуть бути як свідомими, так і необережними. Це є додатковим чинником формування комплексу жертви.

Найбільш критичною виявилася шкала залежної та безпорадної поведінки, де 46% військовослужбовців перевищили норму. Це свідчить про схильність до пасивності, уникання відповідальності, підвищеної залежності від оточення й внутрішньої готовності до прийняття ролі жертви.

Подібна тенденція простежується і за шкалою некритичної поведінки, де 42% респондентів виявили показники вище норми. Це вказує на недостатню здатність адекватно оцінювати життєві ситуації, легковажність, довірливість і підвищений ризик потрапляння у небезпечні обставини.

Водночас за шкалою гіперсоціальної поведінки більшість військовослужбовців залишаються в межах норми (66%), а лише 18% мають рівень вище норми. Це означає, що соціально схвалювана жертовність не є домінантним фактором віктимізації у даній вибірці, хоча для певної частини вона все ж може становити ризик.

Щодо соціальної бажаності відповідей, більшість (70%) перебувають у нормі, що дозволяє вважати отримані результати достовірними.

Таким чином, дані свідчать про виражені тенденції до комплексу жертви у військовослужбовців, що особливо проявляється через залежність і безпорадність (46% вище норми), некритичність (42%), саморуйнівність (40%) і реалізовану віктимність (42%). Це поєднання як активних, так і пасивних форм віктимної поведінки створює високі ризики повторного потрапляння у травматичні ситуації.

Наступним блоком нашого дослідження стало діагностика особливостей психічних станів та травматичного досвіду і в контексті розробленого плану

загального дослідження, ми діагностували ступінь депресії у військовослужбовців за допомогою «Шкали депресії А.Т. Бека», результати якої представлені в Табл.2.3.

Таблиця 2.3.

Результати дослідження ступеня депресії у військовослужбовців

Ступінь депресії	Заг. для вибірки, %
Депресія відсутня	21%
Легкий ступінь депресії	36%
Середній ступінь депресії	27%
Високий ступінь депресії	16%

Як ми бачимо з результатів дослідження за методикою Бека зафіксовано, що лише 21% військовослужбовців не виявляють ознак депресії, тоді як переважна більшість має різні її ступені вираженості. Найбільшу групу складають військовослужбовці з легким рівнем депресії (36%), що свідчить про поширеність помірних емоційних труднощів у вибірці. У 27% респондентів спостерігається середній ступінь депресії, що вказує на більш стійкі та інтенсивні прояви негативного емоційного стану. Водночас 16% військовослужбовців характеризуються високим рівнем депресії, що свідчить про наявність виражених депресивних переживань. Таким чином, для вибірки загалом характерна тенденція до домінування легких і середніх форм депресії, однак частка випадків із високими показниками також є суттєвою.

Наступним кроком стала оцінка посттравматичних реакцій у військовослужбовців за допомогою Міссісіпської шкали для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант), результати якого представлені в табл.2.4.

Таблиця 2.4.

Результати діагностики посттравматичних реакцій у військовослужбовців

Шкала	Заг. для вибірки, %
добре адаптовані	48%
психічні розлади	23%
ПТСР	29%

Результати оцінки посттравматичних реакцій у військовослужбовців за допомогою Міссісіпської шкали (військовий варіант) свідчать про неоднорідність вибірки за рівнем адаптації та вираженістю симптоматики. Лише 48% респондентів можна віднести до добре адаптованих, що вказує на знижену стресостійкість та труднощі у відновленні психологічної рівноваги після пережитих травматичних подій. У 23% досліджуваних виявлено психічні розлади, проте це може відображати як менший відсоток виражених клінічних форм, так і ймовірність латентного перебігу симптомів, які ще не проявилися у повній мірі. Найбільш тривожним є те, що у 29% військовослужбовців зафіксовано прояви посттравматичного стресового розладу і свідчить про високу поширеність ПТСР у досліджуваній групі. Отримані результати дають підстави стверджувати, що попри наявність частини військовослужбовців із збереженою адаптацією, понад половина вибірки демонструє різні форми психологічної дезадаптації.

Останньою методикою нашого дослідження стала методика діагностики рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності за методикою Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна, результати якої представлені в Табл. 2.5

Таблиця 2.5.

**Результати діагностики реактивної та особистісної тривожності у
військовослужбовців**

Рівень тривожності	Реактивна (ситуативна) тривожність	Особистісна тривожність
Низький рівень тривожності;	28%	24%
Помірний рівень тривожності;	42%	40%
Високий рівень тривожності.	30%	36%

Як ми бачимо з результатів діагностики реактивної та особистісної тривожності у військовослужбовців, для більшості досліджуваних характерним є помірний рівень як реактивної (42%), так і особистісної тривожності (40%), що

свідчить про наявність адаптивної мобілізуючої напруги, яка допомагає ефективно діяти у складних чи стресогенних ситуаціях.

Водночас звертає на себе увагу суттєва частка військовослужбовців із високими показниками тривожності: 30% за реактивною та 36% за особистісною шкалами. Це вказує на виражене напруження емоційної сфери, що може ускладнювати процес ухвалення рішень, погіршувати концентрацію уваги й спричиняти підвищену вразливість до стресу. Такі результати можна розглядати як індикатор ризику формування психоемоційного виснаження та розвитку посттравматичних чи тривожних розладів.

Низькі рівні тривожності виявлено у 28% військовослужбовців за реактивною та у 24% – за особистісною шкалою. Це може свідчити про відносно високий рівень емоційної стабільності та здатність контролювати власні переживання. Однак у певних випадках низькі показники тривожності можуть вказувати і на тенденцію до витіснення чи заперечення труднощів, що не завжди є конструктивним механізмом подолання стресу.

Наступним кроком стало здійснення кореляційного аналізу між показниками «комплексу жертви» та психічними станами військовослужбовців, за допомогою коефіцієнта рангової кореляції Спірмена. Застосування цього статистичного критерію обумовлюється специфікою отриманих емпіричних даних, які здебільшого представлені у вигляді порядкових (рангових) шкал. На відміну від параметричних методів, коефіцієнт Спірмена не вимагає дотримання припущення про нормальний розподіл вибірки, що є принципово важливим у психологічних дослідженнях, де показники часто мають суб'єктивний характер та можуть відхилятися від нормальності. Крім того, цей коефіцієнт дозволяє визначити силу та напрямок монотонного зв'язку між змінними, що забезпечує більш коректну інтерпретацію даних у випадках, коли взаємозв'язки між ними не є лінійними. Результати кореляції представлені в Табл. 2.6.

Кореляційні зв'язки між шкалами показниками «комплексу жертви» та психічними станами військовослужбовців (р Спірмена)

Показник / Вихідні змінні	Реактивна тривожність	Особистісна тривожність	Депресія	ПТСР
ІО – загальна інтернальність	-0,36**	-0,33*	-0,40**	-0,31*
ІД – інтернальність (досягнення)	-0,28*	-0,26	-0,30*	-0,22
ІН – інтернальність (невдачі)	-0,42**	-0,39**	-0,45**	-0,36**
ІС – інтернальність (сім'я)	-0,25	-0,22	-0,27	-0,20
ІП – інтернальність (виробничі)	-0,30*	-0,28*	-0,33*	-0,26
ІМ – інтернальність (міжособистісні)	-0,31*	-0,29*	-0,34*	-0,27
ІЗ – інтернальність (здоров'я)	-0,18	-0,15	-0,20	-0,14
Соціальна бажаність відповідей	-0,20	-0,22	-0,25	-0,18
Схильність до агресивної віктимної поведінки	0,28*	0,24	0,19	0,21
Схильність до саморуйнівної поведінки	0,39**	0,42**	0,47**	0,38**
Схильність до гіперсоціальної поведінки	0,18	0,20	0,12	0,10
Схильність до залежної/безпорадної поведінки	0,48**	0,52**	0,50**	0,46**
Схильність до некритичної поведінки	0,29*	0,33*	0,31*	0,27
Реалізована віктимність	0,37**	0,40**	0,43**	0,38**

Примітки:

р < 0,05; ** р < 0,01

Кореляційний аналіз виявив наявність виразних взаємозв'язків між показниками «комплексу жертви» та психічними станами військовослужбовців.

Загальна тенденція свідчить про існування двох протилежних напрямів: інтернальність постає як психологічний ресурс, що асоціюється зі зниженням рівнів тривожності, депресії та симптомів посттравматичного стресового розладу, тоді як різні форми віктимної поведінки мають прямі кореляції з поглибленням психоемоційної дезадаптації.

Найбільш виражені негативні кореляційні зв'язки зафіксовано між загальною інтернальністю та реактивною тривожністю ($\rho = -0,36$; $p < 0,01$), особистісною тривожністю ($\rho = -0,33$; $p < 0,05$), депресією ($\rho = -0,40$; $p < 0,01$) і ПТСР ($\rho = -0,31$; $p < 0,05$). Особливо показовими є результати у сфері інтернальності щодо невдач, де коефіцієнти кореляції виявилися найсильнішими: реактивна тривожність – $\rho = -0,42$ ($p < 0,01$), особистісна тривожність – $\rho = -0,39$ ($p < 0,01$), депресія – $\rho = -0,45$ ($p < 0,01$), ПТСР – $\rho = -0,36$ ($p < 0,01$). Це свідчить про те, що здатність брати на себе відповідальність не лише за успіхи, але й за поразки, є чинником, що знижує ризик розвитку тривожних, депресивних і посттравматичних проявів. У сферах досягнень, професійних і міжособистісних відносин також простежуються значущі негативні зв'язки з психічними станами (ρ у межах $-0,28 \dots -0,34$; $p < 0,05$), тоді як у сферах сім'ї та здоров'я кореляції залишилися слабкими і статистично незначущими (ρ у межах $-0,14 \dots -0,27$).

Протилежний характер зв'язків виявлено для показників віктимної поведінки. Найсильніші позитивні кореляції з тривожністю, депресією та симптомами ПТСР засвідчено у випадку схильності до саморуйнівної поведінки: реактивна тривожність – $\rho = 0,39$ ($p < 0,01$), особистісна тривожність – $\rho = 0,42$ ($p < 0,01$), депресія – $\rho = 0,47$ ($p < 0,01$), ПТСР – $\rho = 0,38$ ($p < 0,01$). Високі показники спостерігаються і щодо залежної/безпорадної поведінки, яка демонструє кореляції з реактивною тривожністю ($\rho = 0,48$; $p < 0,01$), особистісною тривожністю ($\rho = 0,52$; $p < 0,01$), депресією ($\rho = 0,50$; $p < 0,01$) та ПТСР ($\rho = 0,46$; $p < 0,01$). Схильність до агресивної віктимної поведінки та некритичності має слабші, але статистично значущі позитивні зв'язки (ρ у межах $0,27 \dots 0,33$; $p < 0,05$), а реалізована віктимність стабільно корелює з усіма негативними психічними станами ($\rho = 0,37 \dots 0,43$; $p < 0,01$). Водночас схильність до гіперсоціальної поведінки виявилася статистично незначущою (ρ у межах $0,10 \dots 0,20$).

Таким чином, результати кореляційного аналізу підтверджують, що інтернальність, зокрема у сфері невдач, є ключовим захисним чинником, який зменшує інтенсивність тривожності, депресії та симптомів ПТСР, тоді як схильність до саморуйнівної та залежної поведінки виступає провідним фактором ризику психоемоційної дезадаптації військовослужбовців. Отримані дані дають підстави стверджувати, що цілеспрямований розвиток інтернальних установок у поєднанні з корекцією деструктивних віктимних стратегій може розглядатися як важливий напрям психологічної допомоги у подоланні наслідків бойових травматичних переживань.

Висновки до другого розділу

У результаті проведеного нами емпіричного дослідження нам вдалося виявити, що інтернальність, зокрема у сфері невдач, є ключовим захисним чинником, який зменшує інтенсивність тривожності, депресії та симптомів ПТСР, тоді як схильність до саморуйнівної та залежної поведінки виступає провідним фактором ризику психоемоційної дезадаптації військовослужбовців. Отримані дані дають підстави стверджувати, що цілеспрямований розвиток інтернальних установок у поєднанні з корекцією деструктивних віктимних стратегій може розглядатися як важливий напрям психологічної допомоги у подоланні наслідків бойових травматичних переживань.

Оперуючи одержаними емпіричними показниками, ми пропонуємо корекційно-розвивальну програму розвитку інтернальності та подолання деструктивних віктимних стратегій у військовослужбовців.

РОЗДІЛ 3

РОЗРОБКА КОРЕКЦІЙНО-РОЗВИВАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ РОЗВИТКУ ІНТЕРНАЛЬНОСТІ ТА ПОДОЛАННЯ ДЕСТРУКТИВНИХ ВІКТИМНИХ СТРАТЕГІЙ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

3.1. Принципи та цілі програми розвитку інтернальності та подолання деструктивних віктимних стратегій у військовослужбовців.

Перед початком розробки корекційно-розвивальної програми розвитку інтернальності та подолання деструктивних віктимних стратегій у військовослужбовців ми врахували результати емпіричного дослідження. Використання кореляційного аналізу за критерієм ρ Спірмена показали, що інтернальність, зокрема у сфері невдач, є ключовим захисним чинником, який зменшує інтенсивність тривожності, депресії та симптомів ПТСР, тоді як схильність до саморуйнівної та залежної поведінки виступає провідним фактором ризику психоемоційної дезадаптації військовослужбовців. Отримані дані дають підстави стверджувати, що цілеспрямований розвиток інтернальних установок у поєднанні з корекцією деструктивних віктимних стратегій може розглядатися як важливий напрям психологічної допомоги у подоланні наслідків бойових травматичних переживань. Ці результати дозволили звужити цільову аудиторію нашої програми, відповідно чого вона призначена для розвитку інтернальності та подолання деструктивних віктимних стратегій у військовослужбовців.

Розробка та впровадження корекційно-розвивальної програми розвитку інтернальності та подолання деструктивних віктимних стратегій у військовослужбовців ґрунтується на ряді методологічних і психологічних принципів, серед яких ключовими є:

1. **Принцип гуманістичної спрямованості**, що передбачає визнання унікальності та цінності особистості військовослужбовця, повагу до його досвіду, прав та потреб.

2. **Принцип наукової обґрунтованості**, який забезпечує використання методів і технологій, перевірених у психологічній практиці та підтверджених емпіричними дослідженнями.
3. **Принцип системності та комплексності**, що вимагає розгляду особистості у єдності когнітивної, емоційної та поведінкової сфер, а також поєднання індивідуальних, групових та інтегративних форм роботи.
4. **Принцип особистісно орієнтованого підходу**, який передбачає врахування індивідуальних відмінностей, рівня розвитку інтернальності та особистісних ресурсів військовослужбовців.
5. **Принцип активності суб'єкта**, який реалізується через залучення військовослужбовців до процесу самопізнання, самокорекції та усвідомленого вибору конструктивних стратегій поведінки.
6. **Принцип безпечності та конфіденційності**, що забезпечує створення умов психологічної довіри, недопущення ретравматизації та гарантію нерозголошення отриманої інформації.
7. **Принцип поетапності та поступовості**, який передбачає логічну організацію корекційно-розвивальної роботи: від діагностичного етапу та усвідомлення проблеми – до формування нових установок і навичок поведінки.
8. **Принцип розвитку внутрішніх ресурсів**, що полягає у виявленні та актуалізації адаптивних можливостей особистості з метою підвищення її психологічної стійкості.

Метою програми є розвиток інтернальності як особистісної якості військовослужбовців та подолання деструктивних віктимних стратегій, що негативно позначаються на їхній адаптивності та психічному здоров'ї. У зв'язку з цим визначено такі цілі:

1. Формування внутрішнього локусу контролю та підвищення відповідальності військовослужбовців за власні рішення й поведінку.
2. Зниження рівня вираженості деструктивних віктимних стратегій (самозвинувачення, уникання, пасивність, залежність, самопожертва).
3. Розвиток конструктивних форм подолання життєвих труднощів та стресових ситуацій, зокрема навичок асертивної поведінки та ефективної комунікації.

4. Зміцнення емоційної стійкості, формування здатності до саморегуляції й управління стресом.
5. Сприяння розвитку позитивної Я-концепції, підвищення самооцінки та впевненості у власних можливостях.
6. Підвищення рівня соціально-психологічної адаптації як у військовому середовищі, так і в умовах цивільного життя.
7. Актуалізація ресурсного мислення та розвиток умінь ефективно використовувати як внутрішні, так і зовнішні ресурси для відновлення.

Форма роботи: групова

Цільова аудиторія: групи 8–16 військовослужбовців.

Організація роботи: програма складається з 8 сесій, кожна з яких містить теоретичний блок, практичні вправи, групову дискусію та домашнє завдання. Сесії проводяться 1–2 рази на тиждень у груповому форматі (8–16 учасників).

Місце проведення: кабінет установи, орієнтований на проведення різноманітних навчальних заходів.

Правила поведінки під час реалізації програми:

1. Не перебивати інших, уважно слухати кожного.
2. Дотримуватись принципу «тут і тепер» – обговорювати лише те, що хвилює в даний момент і що відбувається в групі.
3. Бути відвертими у спілкуванні – висловлювати тільки справжні почуття, говорити правду або залишатися в мовчанні. Відкрито виражати свої емоції стосовно дій інших учасників.
4. Зберігати конфіденційність – те, що відбувається під час занять, не обговорюється за їх межами. Особиста інформація учасників не розповсюджується поза групою.
5. Учасник має право відмовитися від виконання будь-якої вправи, якщо не бажає брати в ній участь.

3.2. Програма розвитку інтернальності та подолання деструктивних віктимних стратегій у військовослужбовців

Програма має гнучкий характер. Запропоновані вправи, їхня послідовність та тривалість подані як орієнтовні. Психолог може змінювати структуру занять, адаптувати матеріал до складу групи, актуальних потреб учасників, умов та часу проведення. Вправи можуть замінюватися на аналогічні за змістом або доповнюватися новими, якщо це сприятиме досягненню цілей сесій.

Сесія 1. Вступ, діагностика, формування групи

Цілі: створити безпечний простір для роботи, провести первинну діагностику (локус контролю, скринінг віктимності), ознайомити учасників із базовими концепціями, необхідними для подальшої роботи.

Хід заняття

1. Вітання та організаційний вступ (10 хв). Психолог представляє програму, пояснює мету тренінгу, важливість розвитку інтернальності та подолання деструктивних віктимних стратегій. Окреслюються принципи роботи: конфіденційність, добровільність, взаємоповага.

2. Формування правил та домовленостей (15 хв). Учасники спільно формулюють правила групи (наприклад: говорити від першої особи, не перебивати, не оцінювати, зберігати конфіденційність). Ведучий підсумовує та фіксує їх на фліпчарті чи дошці.

3. Розігрів «Швидкі факти» (20 хв).

Кожен учасник коротко називає своє ім'я, роль чи досвід служби та відповідає на запитання:

- пригадайте ситуацію, коли ви відчували, що «все залежить від мене»;
- пригадайте ситуацію, коли ви відчували, що «нічого не залежить від мене».

Ця вправа дає можливість м'яко ввести тему інтернальності та екстернальності.

4. Психоедукаційний блок (20 хв). Психолог пояснює простими словами:

- що таке локус контролю, як відрізняються інтернальний та екстернальний стилі;
- що означає поняття «віктимні стратегії» (самозвинувачення, уникання, залежна поведінка тощо) та чому їх важливо вчасно розпізнавати.

5. Первинна діагностика (30 хв). Учасники отримують прості бланки для самозаповнення:

- шкала локусу контролю Роттера (або короткий адаптований варіант),
- опитувальник ознак віктимності (саморозроблений чекліст із простими твердженнями, на які відповідають «так/ні»).

Після заповнення психолог пояснює, що результати будуть використані не для оцінки, а для самопізнання та відстеження змін.

6. Обговорення вражень (10 хв). Коротка рефлексія: як учасники почувалися, що для них було новим чи несподіваним.

7. Домашнє завдання (5 хв). Вести тижневий щоденник «Подія – Моя реакція – Що залежало від мене». Завдання: робити щонайменше 3 записи на день або 10 за тиждень.

Сесія 2. Інтернальність у сфері невдач

Цілі: розвинути здатність брати відповідальність за власні дії та рішення навіть у випадку негативних результатів, сформувати навички аналізу невдач із позиції зростання, а не самозвинувачення.

Хід заняття

1. Актуалізація попереднього досвіду (10 хв). Обговорення щоденника: які записи вдалося зробити, що було складно, які інсайти з'явилися. Групова рефлексія.

2. Міні-лекція «Невдача як ресурс» (15 хв). Пояснення, що інтернальний підхід передбачає аналіз власного внеску в подію без самозвинувачення, а з акцентом на навчання та розвитку. Приклади з військового та життєвого досвіду.

3. Вправа «Ланцюжок відповідальності» (30 хв). Учасники пригадують одну особисту ситуацію невдачі (недавню або значущу). Завдання:

- описати подію,
- визначити, які фактори залежали від них, а які – ні,

- сформулювати, який висновок можна зробити для майбутнього.

Обговорення у парах, потім у колі.

4. Вправа «Точка вибору» (20 хв). Симуляційна ситуація: учасникам пропонується кілька сценаріїв (наприклад, невдале виконання завдання, конфлікт із колегою). Завдання – знайти місце, де можна було прийняти інше рішення. Групова дискусія.

5. Рефлексія та підбиття підсумків (10 хв). Кожен ділиться, як змінилося його ставлення до поняття «невдача» та що він бере для себе.

6. Домашнє завдання (5 хв). Вести «Щоденник відповідальності»: щонайменше 1 запис на день за схемою «Подія – Що я зробив – Що було не в моїй владі – Чого я навчився».

Сесія 3. Розпізнавання і трансформація віктимних сценаріїв

Цілі: навчити учасників розпізнавати власні віктимні патерни мислення і поведінки, показати зв'язок між локусом контролю та роллю жертви, відпрацювати первинні навички зміни інтерпретації ситуацій, розвивати здатність до відповідального вибору поведінки.

Хід заняття

1. Вступ і налаштування (5 хв.) Коротке нагадування про попередню сесію. Визначення теми: «сьогодні працюємо з нашими автоматичними сценаріями жертви».

2. Розігрів «Коло реакцій» (10 хв.) Психолог озвучує життєві ситуації («Вас критикує керівник», «Друзі не виконали обіцянку», «Ви втратили щось цінне»). Учасники по черзі називають свою першу реакцію. Обговорення: як відрізняються способи реагування?

3. Психоедукація (15 хв.) Пояснення понять:

- віктимний сценарій як повторюваний шаблон;
- когнітивні пастки жертви («нічого не залежить від мене», «мені не щастить», «усі сильніші за мене»);
- зв'язок екстернального локусу з віктимністю;

– ризики надмірної інтернальності (надвідповідальність, самозвинувачення).

Мікродискусія: «У яких ситуаціях я відчуваю себе найбільш уразливим?».

4. Вправа «Мій сценарій» (20 хв.). Індивідуальна робота: описати ситуацію, де учасник відчув себе жертвою (подія, думки, дії). Потім робота в трійках: обговорити, що було автоматичним, чи існував вибір.

5. Вправа «Інша оптика» (25 хв.) Психолог пропонує кілька ситуацій. Учасники пробують відреагувати з трьох позицій:

- «жертви» (нічого не можу змінити),
- «спостерігача» (нейтральний опис),
- «автора» (які дії можливі).

Групове обговорення: які відчуття та можливості відкриває кожна позиція.

6. Підсумки і рефлексія (10 хв.)

Коло вражень: «Які думки в мене були у собі сьогодні?», «Що було для мене відкриттям?». Узагальнення психолога: як розпізнати момент «автоматичної жертви» і зупинити його.

Домашнє завдання

Продовжити щоденник «Подія – Реакція – Що залежало від мене» й додати четвертий стовпчик «Можлива альтернатива». Мінімум 7 записів до наступної сесії.

Сесія 4. Поведінкова активація та навички асертивної поведінки

Цілі: збільшити рівень активності учасників, навчити відрізняти асертивність від пасивності та агресії, відпрацювати практичні навички асертивних відповідей у складних ситуаціях взаємодії, розвивати здатність конструктивно висловлювати власні почуття та потреби.

Хід заняття

1. Вступ і налаштування (5 хв.)

Коротке нагадування попередньої теми. Визначення теми заняття: «сьогодні вчимося бути активними і відверто говорити про свої потреби без агресії чи пасивності».

2. Психоедукація «Три стилі поведінки» (15 хв.)

Пояснення понять:

- пасивність – уникання конфліктів, ігнорування власних потреб;
- агресія – тиск, знецінення потреб іншого;
- асертивність – повага до себе й до іншого, чітке вираження думки та почуття.

Приклади з військового підрозділу: прохання про допомогу, реакція на критику, відмова від небажаного завдання.

Мікродискусія: «У яких ситуаціях мені найважче бути асертивним?»

3. Вправа «Скрипт асертивності» (20 хв.)

Ознайомлення з алгоритмом:

1. описати ситуацію (факт без оцінки),
2. назвати власне почуття («Я-висловлювання»),
3. висловити конкретне прохання чи пропозицію.

Індивідуальна робота: скласти 2–3 власні фрази для типових ситуацій.

Коротке обговорення в парах.

4. Рольові ігри «Асертивна відповідь» (25 хв.)

Психолог пропонує короткі сценарії. Учасники відпрацьовують відповіді за скриптом у трьох варіантах: пасивно, агресивно та асертивно.

Приклади сценаріїв:

1. Товариш по службі просить зробити за нього роботу.
 - Пасивно: «Добре, я зроблю» (хоча немає бажання).
 - Агресивно: «Чому я маю все робити за тебе?!».
 - Асертивно: «Я бачу, що ти просиш допомоги. Мені зараз складно взяти це на себе, але можу підказати, як зробити».
2. Командир різко критикує.
 - Пасивно: мовчати, опустити голову.
 - Агресивно: «Ви завжди мене принижуйте!».
 - Асертивно: «Мені важливо розуміти, що саме треба виправити. Скажіть, будь ласка, конкретніше».
3. Колега запізнюється на чергування.
 - Пасивно: мовчати, нічого не говорити.

- Агресивно: «Ти безвідповідальний, ніколи вчасно не приходиш!».
- Асертивно: «Коли ти запізнюєшся, я хвилююся, що ми не встигаємо

підготуватись. Будь ласка, попереджай заздалегідь».

Групове обговорення: що було легко, що складно, як реагували інші.

5. Підсумки і рефлексія (10 хв.)

Коло вражень: «Які висловлювання в мене вийшли найприроднішими?», «Що хочу потренувати ще?».

Узагальнення психолога: як регулярна практика асертивності підвищує впевненість і знижує напруження у взаємодії.

Домашнє завдання

Застосувати асертивний скрипт у двох реальних ситуаціях (робочих або особистих). Записати:

- ситуацію;
- використаний скрипт;
- реакцію іншої сторони;
- власні відчуття після застосування.

Сесія 5. Робота з емоціями та регуляція стресу

Цілі: навчити учасників навичкам емоційної саморегуляції, знизити імпульсивні реакції, пов'язані з віктимними сценаріями, сформувати базовий інструментарій для контролю стресових станів.

Хід заняття

1. Вступ і налаштування (5 хв.)

Коротке нагадування попередньої теми. Визначення теми заняття: «сьогодні працюємо з емоціями і способами керувати стресом у складних ситуаціях».

2. Психоедукація «Емоції як сигнали» (15 хв.)

1. Емоції – природні сигнали про потреби та стан людини.
2. Небезпека придушення емоцій: накопичення напруги, вибухові реакції.
3. Імпульсивна реакція чи свідомий вибір.

4. Методи регуляції: дихальні та тілесні техніки як «швидка допомога» для нервової системи.

Мікродискусія: «Які емоції найважче контролювати саме мені?»

3. Практика регуляції (20 хв.)

Психолог демонструє, учасники повторюють:

- короткий комплекс дихальних вправ (наприклад, «4–4–4»: вдих – 4 сек, затримка – 4 сек, видих – 4 сек);
- елементи прогресивної м'язової релаксації (напруження і розслаблення основних груп м'язів);
- техніка «заземлення» (помічати 5 предметів, які бачиш, 4, яких торкаєшся, 3 звуки, 2 запахи, 1 відчуття у тілі).

Обговорення відчуттів після вправ.

4. Вправа «Перерваний ланцюг» (25 хв.)

Мета: навчитися зупиняти автоматичну імпульсивну реакцію.

Етапи:

1. Психолог описує стресову ситуацію (наприклад: критика командира, сварка з колегою, невиконана обіцянка).
2. Учасник визначає свою першу імпульсивну реакцію.
3. Застосовує техніку «стоп – дихання – альтернатива».
4. Обирає новий спосіб відповіді (спокійний, усвідомлений).

Приклад сценарію:

Ситуація: *«Товариш різко відповів у розмові».*

Автоматична реакція: «Накричати у відповідь».

Перерваний ланцюг: стоп – глибокий вдих – усвідомлення почуття злості.

Альтернативна дія: сказати спокійно: «Ти зараз говориш різко, мені це неприємно. Давай обговоримо спокійніше».

Групове обговорення: як змінилася атмосфера після зміни реакції?

5. Підсумки і рефлексія (10 хв.)

Коло вражень: «Що з технік було найбільш ефективним для мене?», «У якій ситуації я планую застосувати ці вправи?».

Узагальнення психолога: емоції не вороги, а сигнали; регуляція дозволяє уникати «пастки жертви» та імпульсивності.

Домашнє завдання

Щоденна 5–10-хвилинна практика дихання чи «заземлення».

Вести щоденник:

- дата,
- яка техніка застосована,
- які відчуття після практики.

Сесія 6. Навички вирішення проблем і планування дій

Цілі: навчити учасників структурованому підходу до вирішення проблем, підвищити відчуття власної ефективності та контролю над ситуаціями, сформувати практичні навички планування.

Хід заняття

1. Вступ і налаштування (5 хв.)

Коротке нагадування попередньої теми. Визначення теми заняття: «сьогодні вчимося бачити проблему як завдання, яке можна вирішити крок за кроком».

2. Психоедукація «Структурований підхід» (15 хв.)

Проблема як задача, що має рішення.

Типові помилки: уникання, хаотичні дії, зосередження на негативі.

Алгоритм вирішення проблем:

1. Чітке формулювання проблеми.
2. Генерація можливих варіантів дій.
3. Вибір оптимального рішення.
4. Планування конкретних кроків.
5. Перевірка результатів.

SMART-підхід як інструмент постановки цілей:

S – конкретність (Specific),

M – вимірюваність (Measurable),

A – досяжність (Achievable),

R – реалістичність (Relevant),

T – обмеженість у часі (Time-bound).

Мікродискусія: «У якій сфері мені зараз потрібен чіткий план?»

3. Вправа «Проблема як завдання» (25 хв.)

Робота в малих групах (по 3–4 особи).

Етапи:

1. Кожен учасник озвучує реальну проблему (службову, сімейну чи особисту).
2. Група обирає одну проблему для спільної роботи.
3. Використовуючи алгоритм і SMART-критерії, учасники складають покроковий план вирішення.

Приклад:

Проблема: «Я постійно не встигаю робити завдання на службі».

SMART-мета: «Протягом двох тижнів навчитися планувати день так, щоб основні три завдання були виконані до обіду».

Кроки:

1. Ввечері скласти список завдань.
2. Виділяти 3 пріоритетних.
3. Вести щоденник виконання.
4. Щотижня аналізувати, що вдалося.

Обговорення в групах і коротка презентація результатів.

4. Вправа «Мій план» (20 хв.)

Індивідуальна робота: кожен учасник обирає власну проблему і прописує особистий SMART-план дій.

Психолог допомагає уточнити формулювання та кроки.

5. Підсумки і рефлексія (10 хв.)

Коло вражень: «Що змінилося у моєму баченні проблем після цієї вправи?», «Який крок я готовий зробити вже завтра?».

Узагальнення психолога: планування знижує відчуття безпорадності, підвищує контроль і впевненість у собі.

Домашнє завдання

Вибрати одну реальну проблему, скласти для неї план дій за SMART і застосувати його протягом тижня.

Зафіксувати у щоденнику:

- проблему,
- план дій,
- що було виконано,
- який результат отримано.

Сесія 7. Соціальна підтримка, роль підрозділу та відповідальність

Цілі: посилити відчуття взаємної відповідальності в групі, навчити конструктивно просити допомогу й надавати підтримку, сформулювати правила взаємодопомоги в підрозділі.

Хід заняття

1. Вступ і налаштування (5 хв.)

Коротке нагадування попередньої теми. Визначення теми заняття: «сьогодні працюємо з навичками підтримки один одного й умінням звертатися по допомогу без відчуття слабкості».

2. Психоедукація «Типи соціальної підтримки» (15 хв.)

Інформаційна підтримка: поради, інструкції, знання.

Емоційна підтримка: співчуття, вислуховування, розуміння.

Інструментальна підтримка: конкретна допомога в діях чи завданнях.

Обговорення: чому іноді важко просити допомогу? (страх виглядати слабким, недовіра, негативний досвід).

Мікродискусія: «У яких випадках я готовий звернутися по допомогу, а в яких – ні?»

3. Вправа «Командний меморандум» (20 хв.)

Учасники діляться на групи по 3–4 особи. Завдання: скласти правила взаємодопомоги в підрозділі, які підсилюють довіру й відповідальність.

Приклади формулювань:

- «Ми попереджаємо одне одного про труднощі заздалегідь».
- «Ми підтримуємо критику в конструктивній формі».

- «Ми не ігноруємо прохання про допомогу, якщо можемо допомогти».

Після обговорення всі групи формують спільний «меморандум підтримки підрозділу».

4. Рольові ігри «Просити й давати допомогу» (25 хв.)

Психолог задає сценарії, учасники відпрацьовують уміння:

- конструктивно просити про допомогу;
- приймати прохання і правильно делегувати завдання.

Приклади сценаріїв:

1. Боець не встигає виконати завдання і звертається до товариша.
2. Сержант має делегувати частину обов'язків підлеглим.
3. Колега емоційно виснажений і потребує підтримки.

Учасники пробують кілька варіантів: пасивний (мовчати, не звертатися), агресивний («Чому ти не допомагаєш?!»), асертивний («Мені потрібна твоя допомога в...»).

Обговорення: які реакції викликали довіру, а які – опір?

5. Підсумки і рефлексія (10 хв.)

Коло вражень: «Які слова мені було легко вимовити?», «Що нового я зрозумів про прохання допомоги?».

Узагальнення психолога: соціальна підтримка – це не ознака слабкості, а ресурс виживання і згуртованості.

Домашнє завдання

Застосувати один механізм прохання про допомогу у реальному житті (службова або особиста ситуація).

Записати в щоденник:

- ситуацію,
- як сформулював прохання,
- реакцію іншої сторони,
- власні відчуття після взаємодії.

Сесія 8. Узагальнення, закріплення, оцінка результатів

Цілі: підбиття підсумків роботи програми, оцінка особистих змін, формування індивідуального плану підтримки та подальшого розвитку.

Хід заняття

1. Вступ і налаштування (5 хв.)

Коротке нагадування, що це підсумкова зустріч. Пояснення завдань: оцінити результати, закріпити здобуті навички, спланувати подальшу підтримку.

2. Повторне тестування (30 хв.)

Учасники проходять ті ж самі діагностичні методики, які застосовувались на першій сесії.

Мета: порівняти зміни, побачити динаміку особистих показників, визначити, що саме вдалося зміцнити.

3. Групова рефлексія «Що змінилось?» (20 хв.)

Відкрите коло: кожен ділиться своїми спостереженнями, які навички стали більш доступними, що було найскладнішим.

Обговорення: як група допомогла у процесі, які моменти підтримки були ключовими.

4. Індивідуальні плани підтримки (20 хв.)

Психолог пропонує кожному скласти короткий план дій на 3 місяці з урахуванням отриманого досвіду.

Структура плану:

- цілі на найближчий період;
- конкретні кроки для підтримки психологічного благополуччя;
- ресурси та люди, до яких можна звертатися;
- можливі ризики та способи їх подолання.

Після індивідуальної роботи учасники можуть поділитися планами з групою (за бажанням).

5. Підсумки і завершення програми (15 хв.)

Психолог підкреслює досягнення групи, порівнює результати стартової та підсумкової діагностики.

Коротке обговорення: «Що я візьму з собою з цієї програми?».

Ритуал завершення: наприклад, кожен учасник формулює побажання групі або символічно передає «ресурсну фразу».

Домашнє завдання

Продовжити роботу з власним планом на наступні три місяці. Рекомендується щотижнево фіксувати короткі записи: що вдалось виконати, які труднощі виникли, які нові ідеї з'явилися.

ВИСНОВКИ

В результаті теоретичного та емпіричного вивчення психологічних особливостей переживання комплексу жертви військовослужбовцями можемо зробити наступні висновки:

1. Проведений теоретичний аналіз показав, що комплекс жертви у військовослужбовців постає як багатовимірне психологічне утворення, яке формується під впливом когнітивних схем, емоційних станів та поведінкових стратегій і закріплюється через механізми навченої безпорадності, когнітивних упереджень та соціальної взаємодії. Виконуючи на початкових етапах адаптивну функцію після пережитої травми, у довготривалій перспективі комплекс жертви сприяє зниженню резилієнтності та підвищенню вразливості до психічних порушень, зокрема депресивних, тривожних і посттравматичних розладів.

2. Результати емпіричного дослідження переживання комплексу жертви військовослужбовцями за допомогою підібраних психодіагностичних методик, вказують на те, що у військовослужбовців існують виражені тенденції до комплексу жертви, що проявляються як у пасивних формах (залежність і безпорадність – 46%, некритичність – 42%), так і в активних (реалізована віктимність – 42%, саморуйнівність – 40%, агресивна віктимна поведінка – 34%). Це створює підґрунтя для повторного потрапляння у травматичні ситуації та підвищує ризик психологічної вразливості. Додатково виявлено високий рівень емоційних труднощів: лише 21% військовослужбовців не мають ознак депресії, тоді як більшість характеризується її різними ступенями, включно з 16% із високим рівнем вираженості. Посттравматичні реакції відзначаються неоднорідністю: майже половина (48%) адаптовані, однак 29% демонструють прояви ПТСР. Рівень тривожності у більшості респондентів перебуває в межах помірних значень, проте у значної частини (30–36%) зафіксовано високі показники, що відображає ризик емоційного виснаження. Таким чином, комплексна картина результатів вказує на взаємопов'язаність віктимних тенденцій із депресивними, тривожними та посттравматичними проявами, що значно ускладнює процес адаптації військовослужбовців до умов стресу та травматичного досвіду.

Проведений кореляційний аналіз показав, що інтернальність, зокрема у сфері невдач, є ключовим захисним чинником, який зменшує інтенсивність тривожності, депресії та симптомів ПТСР, тоді як схильність до саморуйнівної та залежної поведінки виступає провідним фактором ризику психоемоційної дезадаптації військовослужбовців.

3. Спираючись на емпіричні показники, нами було розроблено корекційно-розвивальну програму розвитку інтернальності та подолання деструктивних віктимних стратегій у військовослужбовців, яка складається з 8 сесій, кожна з яких містить теоретичний блок, практичні вправи, групову дискусію та домашнє завдання.

Подальші кроки у вивченні переживання комплексу жертви військовослужбовцями доцільно спрямувати на розширення теоретичного обґрунтування феномену в контексті посттравматичного зростання та резилієнтності, поглиблення емпіричних досліджень із залученням різних категорій військовослужбовців, а також аналіз динаміки проявів комплексу жертви в часовій перспективі. Важливим є визначення предикторів та факторів ризику психоемоційної дезадаптації, побудова прогностичних моделей її розвитку, а також апробація й удосконалення корекційно-розвивальної програми з метою інтеграції результатів у практику військової психології.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Асєєва Ю. О. Визначення поняття ПТСР у військових. *Медична гуманітаристика*. 2024. URL: <https://journals.oneu.od.ua/index.php/mh/article/view/16>
2. Беліченко Л. Тривожність у військовослужбовців перед їхнім висуванням до зони бойових дій: психологічний аспект. *Psychology Travelogs*. 2023. № 1. С. 27–35. <https://doi.org/10.31891/PT-2023-1-3>
3. Бережна Г. В. Тривожність як чинник зниження результативності військовослужбовців. *Актуальні проблеми та перспективи соціально-економічного розвитку регіону в умовах сучасних глобальних викликів*. МАУП, 2023. С. 51–52.
4. Березовська Л., Богайчук В. Емоційна стійкість військовослужбовців-офіцерів: емпіричний ракурс. *Вісник Національного університету оборони України*. 2022. Т. 67 (3). С. 19–25. <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2022-67-3-19-25>
5. Бондаренко О. Гендерні аспекти переживання травматичного досвіду : монографія. Київ : Академвидав, 2021. 240 с.
6. Буряк О. О., Гіневський М. І., Катеруша Г. Л. Шляхи та методи реабілітації осіб з «військовим синдромом» та посттравматичним стресовим розладом. *Збірник наукових праць Харківського університету Повітряних Сил*. 2015. Вип. 3 (44). С. 137–141.
7. Волошин П. В., Шестопалова Л. Ф., Підкоритов В. С. Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація. *Збірник наукових праць Харківського університету Повітряних Сил*. 2002. Вип. 3 (44). С. 12–24.
8. Гарькавець С. О. Психологія жертви : монографія. Київ : Інтерсервіс, 2020. 220 с.
9. Демидюк В. М. Психологічні фактори запобігання та подолання емоційного вигорання військовослужбовців в умовах довготривалих збройних конфліктів : дис. ... д-ра психол. наук. Нац. ун-т «Острозька академія», 2023.
10. Кармазіна О. О. Психологічна допомога жінкам, які зазнали втрат унаслідок війни : метод. рекомендації. Київ : Ін-т соціальної та політичної психології НАПН України, 2022. 98 с.

11. Ковальчук О., Мороз Р. Психологічний механізм виникнення стресових ситуацій у військовослужбовців. *Вісник Національного університету оборони України*. 2019. С. 84–93.
12. Козакевич Д. В. Психологічні особливості тривожності військовослужбовців: теоретичний аналіз. *Студентські наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія Соціогуманітарні науки*. 2023. № 2. С. 77–81.
13. Кокун О. М. Психологічна профілактика психотравматизації : посібник. Київ : [б.в.], 2021. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/723954/1/>.
14. Краченко К. О., Тімченко О. В., Широбоков Ю. М. Соціально-психологічні детермінанти виникнення бойового стресу у військовослужбовців – учасників антитерористичної операції : монографія. Харків : Вид-во НУЦЗУ, 2017. 256 с.
15. Кротюк К. Рівень психологічної тривожності у військовослужбовців, які перебувають в зоні ООС. *Перспективи та інновації науки*. 2022. № 2 (7). С. 892–899. [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2022-2\(7\)-892-899](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2022-2(7)-892-899)
16. Кураєва А. А., Гусятник О. С., Гущина Т. Ю. Медико-психологічні засади у концептуалізації поняття бойової психотравми..
17. Левада О. А., Троян О. С. Психічні розлади із соматичними симптомами: місце в сучасних класифікаціях, дефініції, діагностика та лікування. *Архів психіатрії*. 2018. Т. 24, № 1. С. 6–14.
18. Лесков В. О., Грязнов І. О. Сутність і причини виникнення нервово-психічних розладів у військовослужбовців після проходження служби в умовах бойових дій. *Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України*. Київ, 2006. Т. VIII. Вип. 3. С. 91–97.
19. Лозінська Н. С. Поняття бойового стресу та його наслідки у військовослужбовців. *Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України*. 2018. № 3 (11). С. 150–166.
20. Лящ О., Яцюк М. Деструктивний вплив бойового стресу на емоційну сферу особистості військового. *Психологічні перспективи*. 2021. Вип. 37. С. 128–140. <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2021-37-128-140>

21. Мельник А. П. Особливості психологічної реабілітації військовослужбовців, які перебували в умовах бойових дій. *Психологічні перспективи*. 2016. Вип. 28. С. 176–185.
22. Мироненко Я. Є. Оцінка ризиків виникнення посттравматичного стресового розладу серед учасників бойових дій. *One Health Journal*. 2025. URL: <https://onehealthjournal.org.ua/index.php/main/article/view/2025-I-03>.
23. Назарець Л., Якимова Я. Особливості прояву основних симптомів ПТСР. *Людина і суспільство: економічний та соціокультурний розвиток*. С. 120–127.
24. Психологічна робота з військовослужбовцями-учасниками АТО на етапі відновлення : метод. посіб. / наук. ред. О. М. Кокун. Київ : НДГП ЗСУ, 2017. 282 с.
25. Пузирьов Є. В. Бойовий стрес та його наслідки для військовослужбовців (аналіз). *Науковий журнал психолого-педагогічних досліджень*. 2023. URL: https://psych.vernadskyjournals.in.ua/journal/1_2023/33.pdf.
26. Pavlova I., Graf-Vlachy L., Petrytsa P., Wang S., Zhang S. X. Early evidence on the mental health of Ukrainian civilian and professional combatants during the Russian invasion. *European Psychiatry*. 2022. Vol. 65 (1). URL: <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.2335>
27. Салюк М. Психологічні особливості прояву ПТСР у військовослужбовців. *Молодий вчений*. 2024. URL: <https://molodyivchenyi.ua/index.php/journal/article/view/6189> .
28. Фесюк А. І. Рівень тривожності військовослужбовців в умовах бойових дій. *Актуальні проблеми практичної психології*. Одеса : Одеський національний економічний університет, 2023. С. 2–4. URL: <http://dspace.pdpu.edu.ua/jspui/bitstream/123456789/18529/1/Fesiuk.pdf>.
29. Чорна В. Посттравматичний стресовий розлад під час повномасштабної війни: особливості та підходи. *Молодий вчений*. 2023. URL: <https://molodyivchenyi.ua/index.php/journal/article/view/6057>.
30. Шарун А. І. Профілактика та корекція розладів адаптації у студентів, що перенесли психоемоційний стрес : дис. ... канд. психол. наук. Дніпровський державний медичний університет, 2023.

31. Яременко О. О. Віктимна поведінка в умовах соціальної нестабільності : навч. посіб. Луцьк : Вежа-Друк, 2019. 180 с.
32. Ярмольчик М. О. Агресія та тривожність як детермінанти вибору копінг-стратегій військовослужбовців під час декомпресії. *Вчені записки*. 2021. № 2 (71). С. 110–114. <https://doi.org/10.32838/2709-3093/2021.2/19>
33. ARPP. Посттравматичний стресовий розлад у військових. 2023. URL: <https://arpp.com.ua/articles/ptsd-in-the-military/>.
34. Baratta M. V., Gruene T., Dolzani S. D., Shors T. J., Maier S. F. From helplessness to controllability: Toward a neuroscience for the shifting balance of power. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2023. Vol. 146. P. 104933.
35. Bar-Tal D. Intergroup Conflicts and Their Resolution: A Social Psychological Perspective. New York : Psychology Press, 2017. 312 p.
36. Campbell B., Manning J. The Rise of Victimhood Culture: Microaggressions, Safe Spaces, and the New Culture Wars. New York : Palgrave Macmillan, 2018. 278 p.
37. Fonagy P. Attachment Theory and Psychoanalysis. London : Routledge, 2018. 320 p.
38. Gollwitzer M., Rothmund T., Süßenbach P. Taking Back Control: Findings on the Cognitive, Behavioral, and Motivational Consequences of Victim Sensitivity. *Social Justice Research*. 2023. Vol. 36 (2). P. 131–150.
39. Grimell J., et al. Moral injury: understanding Swedish veterans who are ... *BMC Psychiatry*. 2023. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10725915/>.
40. Herman J. Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence – From Domestic Abuse to Political Terror. New York : Basic Books, 2015. 336 p.
41. Jordan J. J., Kouchaki M. Virtuous Victims. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2021. Vol. 120 (6). P. 1290–1315.
42. Letica-Crepulja M., Degmečić I., et al. Complex PTSD among treatment-seeking veterans with PTSD: prevalence and clinical correlates. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020. Vol. 17 (8). URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7054953/> (дата звернення: 26.09.2025).
43. McAdams D. P. The Art and Science of Personality Development. New York : Guilford Press, 2019. 395 p.

44. Moore M. J., et al. Veteran and military mental health issues. StatPearls [Internet]. 2023. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK572092/>.
45. Murray R. C. The Victim Identity Model: The Pathology ... *Small Wars Journal*. 2021. URL: <https://smallwarsjournal.com/2021/11/04/victim-identity-model-pathology-apithological-organized-collective-violent-conflict/>.
46. Mykhalchuk N., Pelekh Y., Kharchenko Y., Ivashkevych E., Zukow W., Yatsjuryk A. Suicidal behavior as a result of maladjustment of servicemen to the conditions of military service in Ukraine. *European Journal of Clinical and Experimental Medicine*. 2023. Vol. 21 (1). P. 90–107. <https://doi.org/10.15584/ejcem.2023.1.12>.
47. Tedeschi R. G., Calhoun L. G. Posttraumatic Growth: Theory, Research and Applications. New York : Routledge, 2016. 236 p.
48. Tiwari P., Singh A., Mehta S. Learned Helplessness as a Potential Transdiagnostic Factor in Mental Health. *Frontiers in Psychology*. 2023. Vol. 14. P. 117–132.
49. U.S. Department of Veterans Affairs. Complex PTSD: Assessment and Treatment. VA National Center for PTSD, 2023.
50. Yalom I. Becoming Myself: A Psychiatrist's Memoir. New York : Basic Books, 2020. 353 p.