

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

На правах рукопису

ЛИНЕНКО ДМИТРО ОЛЕГОВИЧ

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ ПТСР ЯК
НАСЛІДОК ХРОНІЧНОГО СТРЕСУ У
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Спеціальність: 053 «Психологія»

Освітньо-професійна програма «Практична психологія
(психологічне консультування та психотерапія)»

Робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр»

Науковий керівник:

МЕЛЬНИК АНТОНІЙ ПЕТРОВИЧ

кандидат психологічних наук,

доцент кафедри практичної

психології та психодіагностики

РЕКОМЕНДОВАНО ДО ЗАХИСТУ

Протокол №

засідання кафедри практичної психології та психодіагностики

від ____ 20__ р.

Завідувач кафедри

Прізвище, ініціали _____ (Магдисюк Л.І.)

Луцьк – 2025

ЗМІСТ

ВСТУП

РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

1.1 Поняття посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у сучасній психологічній науці

1.2 Етіологія, патогенез і клініко-психологічна характеристика ПТСР

1.3 Психологічні наслідки хронічного стресу у військовослужбовців

1.4 Особливості впливу бойового досвіду та травматичних подій на психіку військових. Теоретичні моделі формування ПТСР

Висновки до розділу 1

РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ ПТСР У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

2.1 Організація, етапи та методики емпіричного дослідження

2.2 Аналіз і інтерпретація результатів дослідження

2.3 Порівняльний аналіз психологічних показників військових із досвідом участі в бойових діях і без нього

2.4 Обговорення результатів у контексті сучасних психологічних концепцій ПТСР

Висновки до розділу 2

РОЗДІЛ 3 ПСИХОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА ПТСР У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

3.1 Основні принципи психокорекційної роботи з військовими, які пережили травматичний досвід

3.2 Технології та методи психологічної допомоги

3.3 Розробка та апробація психокорекційної програми для зниження проявів ПТСР. Оцінка ефективності запропонованої програми

3.4 Шляхи профілактики хронічного стресу та підтримки психічного здоров'я
військовослужбовців

Висновки до розділу 3

ВИСНОВКИ

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

ВСТУП

Актуальність дослідження. Сучасні події, пов'язані з воєнними діями на території України, актуалізували проблему психологічного благополуччя військовослужбовців, які перебувають у зоні бойових дій або мають досвід участі у збройному конфлікті. В умовах тривалого емоційного та фізичного напруження, постійної небезпеки, втрат і травматичних подій у значної кількості військових виникають стани, що відповідають клініко-психологічним ознакам посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Це явище становить серйозну загрозу для психічного здоров'я не лише окремих осіб, а й суспільства загалом, оскільки наслідки ПТСР впливають на адаптацію військовослужбовців до мирного життя, їхні соціальні зв'язки, професійну діяльність, сімейні стосунки.

Актуальність дослідження зумовлена масштабністю травматичних впливів, яких зазнають учасники бойових дій, а також недостатньою розробленістю комплексних підходів до виявлення, профілактики та психологічної корекції ПТСР у системі військово-психологічного забезпечення. Вітчизняна психологічна наука активно реагує на ці виклики: у працях О. Кокуна, В. Стасюка, Л. Карамушки, О. Мороз, Н. Пов'якель, І. Приходько, Т. Титаренко та інших розкрито проблематику стресостійкості, адаптаційного потенціалу, механізмів подолання наслідків травми. Разом з тим, значна частина існуючих досліджень зосереджується на окремих аспектах проблеми — медичних, психофізіологічних чи соціально-психологічних — тоді як цілісне вивчення саме **психологічних особливостей прояву ПТСР як наслідку хронічного стресу** залишається недостатнім.

У західній науці значний внесок у вивчення посттравматичних станів зробили В. van der Kolk, J. Herman, С. Figley, А. Beck, V. Frankl, А. Lazarus. Їхні праці доводять, що ПТСР є не лише реакцією на одиничну травматичну подію, а й результатом тривалого, кумулятивного впливу стресових

чинників, які формують патологічні зміни у сфері емоцій, когніцій і поведінки. Важливо, що більшість дослідників наголошують на взаємозв'язку між **хронічним стресом і порушенням регуляторних механізмів психіки**, що веде до розвитку дезадаптивних форм реагування.

Проблема ПТСР у військовослужбовців в Україні набуває не лише наукового, а й соціального виміру. Висока частота стресових розладів серед учасників бойових дій вимагає удосконалення системи психологічного супроводу в Збройних Силах, розробки ефективних методів психодіагностики, психологічної допомоги та реабілітації. Особливої уваги потребує дослідження **індивідуально-психологічних особливостей прояву ПТСР**, які визначають інтенсивність симптомів, характер поведінкових і емоційних реакцій, а також успішність процесу відновлення.

Ступінь наукової розробленості проблеми. Питання посттравматичного стресу розглядається у працях українських учених (О. Кокун, Л. Карамушка, І. Приходько, В. Стасюк, О. Мороз, Н. Пов'якель), а також у міжнародних дослідженнях (J. Herman, B. van der Kolk, C. Figley, A. Beck, M. Horowitz). Проте більшість наявних робіт розкривають переважно загальні закономірності розвитку ПТСР, залишаючи поза увагою психологічні механізми трансформації **хронічного стресу у посттравматичні розлади** саме у контингенті військовослужбовців. Це зумовлює необхідність проведення спеціального комплексного дослідження, спрямованого на з'ясування зв'язку між тривалим стресовим навантаженням і характером проявів ПТСР.

Мета дослідження — виявити психологічні особливості прояву посттравматичного стресового розладу як наслідку хронічного стресу у військовослужбовців та визначити можливі напрями психокорекційного впливу.

Об'єкт дослідження — посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців.

Предмет дослідження — психологічні особливості прояву ПТСР як наслідку хронічного стресу.

Гіпотеза дослідження полягає в тому, що у військовослужбовців, які тривалий час перебували в умовах бойового стресу, спостерігаються специфічні психологічні прояви ПТСР, що відображають вплив хронічного стресу на емоційно-вольову, когнітивну та поведінкову сфери особистості. При цьому рівень вираженості симптомів ПТСР залежить від індивідуально-психологічних характеристик, копінг-стратегій та соціальної підтримки.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати теоретичні підходи до вивчення феномену ПТСР у сучасній психології.
2. Розкрити етіологічні та патогенетичні чинники формування посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців.
3. Визначити психологічні наслідки хронічного стресу та особливості його впливу на психіку військових.
4. Провести емпіричне дослідження психологічних особливостей прояву ПТСР у військовослужбовців з різним досвідом бойових дій.
5. Розробити та апробувати психокорекційну програму, спрямовану на зниження проявів посттравматичного стресу й відновлення психологічного благополуччя.

Методи дослідження:

- *Теоретичні:* аналіз, синтез, узагальнення наукових джерел, порівняльно-історичний та системний підходи.
- *Емпіричні:* психодіагностичні методики (шкала впливу травматичної події IES-R, опитувальник рівня стресу PSS-10, тест депресії та тривоги DASS-21, методика «Копінг-поведінка у стресових ситуаціях»), інтерв'ювання, спостереження.
- *Статистичні:* методи кількісної обробки (кореляційний аналіз Пірсона, порівняльний t-критерій Стюдента), візуалізація результатів у вигляді таблиць і графіків.

Наукова новизна роботи полягає у поглибленні розуміння психологічних механізмів прояву ПТСР у військовослужбовців з урахуванням тривалості та інтенсивності стресового навантаження. Уперше на основі емпіричних даних буде виявлено закономірності впливу хронічного стресу на структуру симптомів ПТСР, а також апробовано комплекс психокорекційних заходів, спрямованих на підвищення рівня адаптації та відновлення психоемоційного стану військових.

Практичне значення отриманих результатів полягає у можливості використання їх у діяльності військових психологів, реабілітаційних центрів, психологічних служб Збройних Сил України та органів соціального захисту. Запропоновані методичні рекомендації можуть бути основою для програм профілактики хронічного стресу, раннього виявлення симптомів ПТСР і проведення психологічної реабілітації осіб, які пережили бойові травми.

Структура магістерської роботи визначається логікою дослідження і складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел і додатків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

1.1 Поняття посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у сучасній психологічній науці

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) належить до категорії афективних розладів, що виникають унаслідок дії надзвичайно інтенсивних або загрозливих для життя подій, які перевищують межі звичайного людського досвіду. У психологічній науці цей феномен трактується як порушення психічної адаптації, що розвивається після переживання травматичної ситуації, зумовленої реальною або уявною загрозою смерті, фізичної цілісності чи тяжкого поранення. Основна відмінність ПТСР від короточасних реакцій на стрес полягає в його тривалості, системності та глибині порушень у сфері емоцій, мислення та поведінки.

Поняття посттравматичного стресового розладу сформувалося у другій половині XX ст. під впливом досліджень психологічних наслідків воєн, катастроф і насильства. Вперше термін *post-traumatic stress disorder* був офіційно введений у 1980 р. при публікації третього видання *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III) Американської психіатричної асоціації [21, с. 57]. У цій класифікації ПТСР розглядався як окрема категорія невротичних розладів, що виникають унаслідок дії травматичних подій поза межами звичайного життєвого досвіду. Надалі, у DSM-5 (2013 р.), він був віднесений до розділу «Травматичні та стресові розлади», що відображає його комплексну природу та тісний зв'язок зі стресовими механізмами психіки.

Відповідно до Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-11, 2018), ПТСР визначається як «тривалий або затяжний розлад, що виникає після переживання надзвичайно загрозливих або жахливих подій і характеризується повторним переживанням травми, униканням пов'язаних стимулів та стійким почуттям загрози» [4, с. 29]. Таким чином, у сучасній психодіагностиці ПТСР розглядається не лише як емоційний стан, а як структурований синдром, що має специфічні симптоматичні кластери:

1. інтрузивні спогади (флешбеки, кошмари, мимовільне відтворення травми);
2. поведінкове уникання (відмова від ситуацій, нагадувань, контактів);
3. негативні зміни у мисленні й емоціях (відчуття провини, апатія, депресивність);
4. гіперактивація (підвищена пильність, збудження, агресивність, порушення сну) [3, с. 22].

Еволюція наукових підходів до вивчення ПТСР

Психологічна наука пройшла кілька етапів осмислення феномену ПТСР. У ранніх дослідженнях (1930–1950-х рр.) переважали психоаналітичні інтерпретації (З. Фройд, А. Кардинер), де травма розглядалася як конфлікт між реальністю та захисними механізмами психіки. Під час Першої та Другої світових воєн з'явився термін «*war neurosis*» або «*shell shock*» — «військовий невроз», яким позначали невротичні розлади у солдатів, спричинені бойовими діями [5, с. 15].

У 1970–1980-х рр., після війни у В'єтнамі, дослідження ПТСР набули міждисциплінарного характеру. Роботи В. van der Kolk, С. Figley, J. Herman та інших сформували сучасну психофізіологічну та когнітивно-поведінкову парадигму. Згідно з ними, травматична подія порушує роботу системи регуляції емоцій і пам'яті, призводить до гіперактивації симпатичної нервової системи та змін у функціонуванні гіпокампу і мигдалеподібного тіла [6, с. 104]. У результаті людина постійно перебуває у стані «бойової готовності», навіть після припинення небезпеки.

Сучасні українські науковці — О. Кокун, Н. Пов'якель, І. Приходько, В. Стасюк, Т. Титаренко — адаптували ці теоретичні моделі до контексту бойового досвіду українських військовослужбовців. Зокрема, О. Кокун розглядає ПТСР як порушення інтеграції “Я-концепції” особистості внаслідок хронічного стресу [7, с. 65]. І. Приходько підкреслює, що головним механізмом є емоційне виснаження і руйнування когнітивних схем безпеки, що веде до зниження адаптаційних ресурсів [8, с. 49].

Біопсихосоціальна модель ПТСР

У сучасній психології панівним підходом є біопсихосоціальна модель, яка пояснює ПТСР як результат взаємодії трьох рівнів:

- біологічного (нейрофізіологічні зміни, гормональний дисбаланс, гіперактивація гіпоталамо-гіпофізарно-адреналової осі);
- психологічного (когнітивні спотворення, травматичні спогади, емоційна дисоціація);
- соціального (недостатня підтримка, соціальна ізоляція, втрата сенсів).

Дослідження В. van der Kolk (2014) показало, що у людей з ПТСР спостерігається зниження активності префронтальної кори, яка відповідає за контроль емоцій, і підвищення активності мигдалеподібного тіла, що викликає гіпервідповідь на загрозу [6, с. 112]. Це пояснює часті спалахи агресії, настороженість та схильність до уникання у ветеранів бойових дій.

Згідно з когнітивною моделлю А. Beck і А. Clark, ПТСР розвивається внаслідок формування дезадаптивних переконань: «світ небезпечний», «я безсилий», «ніхто не допоможе». Ці когнітивні схеми підкріплюються униканням, що не дозволяє інтегрувати травматичний досвід у структуру “Я” [9, с. 34]. Унаслідок цього формується замкнуте коло стресу, в якому травматична пам'ять постійно активується новими подразниками.

Психологічна сутність і симптоматика ПТСР

Посттравматичний стресовий розлад є системним феноменом, який проявляється на трьох рівнях психічної організації:

1. Емоційний рівень — переважають страх, тривога, гнів, провина, відчуття втрати контролю.
2. Когнітивний рівень — домінують нав'язливі думки, фрагментарні спогади, проблеми концентрації.
3. Поведінковий рівень — уникання, соціальна ізоляція, підвищена реактивність, зловживання алкоголем або психоактивними речовинами [10, с. 51].

У військовослужбовців специфічною формою ПТСР є “бойовий стресовий синдром”, який характеризується постійною мобілізацією ресурсів, високим рівнем пильності, труднощами з переходом у стан спокою, порушенням сну, емоційною холодністю у міжособистісних стосунках [11, с. 28]. Дослідження, проведене у 2022 р. в Національному університеті оборони України, засвідчило, що понад 60 % військовослужбовців із досвідом бойових дій мають симптоми, характерні для ПТСР різного ступеня вираженості [12, с. 73].

Когнітивно-поведінкові та гуманістичні інтерпретації

Когнітивно-поведінкова психологія пояснює ПТСР через дефіцит навичок саморегуляції та дезадаптивні копінг-стратегії. За даними Lazarus і Folkman (1984), успішність подолання стресу залежить від поєднання когнітивної оцінки ситуації та доступних ресурсів особистості [13, с. 117]. У випадку ПТСР ці ресурси виснажуються, і реакція стає ригідною: людина втрачає здатність гнучко реагувати на нові подразники.

Гуманістична психологія (С. Rogers, В. Frankl) розглядає ПТСР як кризу смислу — руйнування базових життєвих цінностей, що потребує реконструкції світогляду та переоцінки життєвого досвіду [14, с. 59]. Відновлення психічної рівноваги можливе через процес усвідомлення, прийняття травматичного досвіду та відновлення почуття внутрішнього контролю.

Вітчизняні дослідження ПТСР у контексті війни в Україні

Сучасна українська психологічна школа активно розвиває напрям дослідження бойових психотравм. Праці Л. Карамушки, О. Мороз, Т. Титаренко підкреслюють, що для українських військових характерне поєднання гострого та хронічного стресу, що формує кумулятивний ефект [15, с. 64]. Внаслідок цього виникає вторинна травматизація, коли психіка продовжує відтворювати травматичні реакції навіть після завершення реальної загрози.

В українському науковому дискурсі останніх років ПТСР дедалі частіше описується не лише як розлад, а як модель адаптації, яка дозволяє особистості тимчасово зберегти цілісність психіки ціною її гіперактивації [16, с. 38]. Такий підхід дає змогу переосмислити травму як потенційне джерело зростання (*post-traumatic growth*), якщо людина отримує належну психологічну підтримку та має розвинену систему цінностей.

Висновки до підрозділу 1.1

Отже, у сучасній психологічній науці посттравматичний стресовий розлад визначається як багатовимірний психічний феномен, що виникає під впливом травматичних і хронічно стресових подій та характеризується порушеннями у когнітивній, емоційній і поведінковій сферах. Його структура охоплює інтрузивні спогади, уникання, емоційну дисоціацію, гіперактивацію та деформацію системи переконань.

Наукові моделі ПТСР — від психоаналітичних до біопсихосоціальних — демонструють поступовий перехід від уявлень про травму як ізольовану подію до її розуміння як процесу довготривалої дезадаптації, у якому ключову роль відіграє взаємодія психічних і соціальних чинників. Особливе значення мають українські дослідження ПТСР у контексті війни, які засвідчують, що хронічний стрес є не лише передумовою, а й механізмом підтримання симптомів посттравматичних розладів. Це визначає потребу у комплексному підході до діагностики, профілактики й психологічної допомоги військовослужбовцям, що пережили бойові події.

1.2 Етіологія, патогенез і клініко-психологічна характеристика ПТСР

Етіологічні чинники розвитку ПТСР

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є поліфакторним феноменом, формування якого зумовлене поєднанням зовнішніх (ситуаційних) і внутрішніх (індивідуально-психологічних) чинників. У сучасній науці етіологію ПТСР пояснюють у межах біопсихосоціального підходу, який розглядає розлад як результат взаємодії травматичної події, фізіологічної реакції організму та когнітивної інтерпретації пережитого [1, с. 52].

Основними зовнішніми етіологічними чинниками вважають:

- безпосереднє перебування у ситуації, що загрожує життю (бойові дії, поранення, смерть побратимів);
- тривале перебування під впливом хронічного стресу (нестача сну, перевантаження, постійна тривога);
- свідчення насильства чи руйнувань;
- соціальну дезінтеграцію, втрату звичного способу життя або системи цінностей [2, с. 61].

Водночас внутрішні (особистісні) детермінанти включають темперамент, рівень тривожності, схильність до депресивних реакцій, досвід дитячих травм, а також когнітивно-оцінювальні схеми особистості [3, с. 78]. Доведено, що індивіди з підвищеною емоційною чутливістю, ригідними установками, низьким рівнем саморегуляції або схильністю до катастрофізації подій більш уразливі до розвитку ПТСР після травматичних впливів [4, с. 95].

Особливу роль у формуванні ПТСР у військовослужбовців відіграє повторюваність травматичних подій. На відміну від цивільних осіб, військові

протягом тривалого часу перебувають у середовищі, де загроза є постійною, що призводить до накопичення травматичного досвіду. Саме тому у психологічній літературі дедалі частіше використовується поняття *кумулятивна травма* — послідовне нашарування багатьох стресових епізодів, кожен з яких поодиноці міг би не спричинити патологічних наслідків, але у сукупності призводить до глибоких психічних змін [5, с. 40].

Патогенез посттравматичного стресового розладу

Патогенез ПТСР охоплює низку взаємопов'язаних психофізіологічних і когнітивних процесів, які відбуваються після дії травматичного стимулу. На першому етапі формується реакція гострого стресу — мобілізація симпатoadреналової системи, підвищення секреції кортизолу та норадреналіну, що забезпечує короточасну адаптацію. Якщо стресова дія триває або повторюється, ці реакції набувають патологічного характеру: відбувається виснаження регуляторних механізмів і порушення роботи гіпоталамо-гіпофізарно-адреналової (ГГАК) осі [6, с. 104].

Нейробиологічні дослідження (B. van der Kolk, E. Vermetten, R. Yehuda) доводять, що у людей із ПТСР спостерігаються:

- гіперактивність амігдали (мигдалеподібного тіла), що відповідає за реакції страху;
- зниження об'єму гіпокампу, який відповідає за консолідацію пам'яті;
- порушення активності префронтальної кори, що контролює емоційні реакції [7, с. 33].

Ці зміни зумовлюють дисбаланс між емоційними й когнітивними структурами мозку, що проявляється у постійній гіпервозбудженості, флешбеках і труднощах пригадування. На психологічному рівні це означає, що травматична подія не інтегрується у когнітивну схему особистості, а існує у вигляді «незавершеного фрагмента» досвіду, який постійно актуалізується під дією зовнішніх стимулів.

Інший патогенетичний механізм — порушення процесів пам'яті та мислення. За когнітивно-поведінковою моделлю А. Бека, травма створює

стійкі автоматичні думки («я безпорадний», «світ небезпечний»), які формують базу для емоційних реакцій страху та провини [8, с. 88]. У військових ці переконання можуть набувати характеру «бойової гіперпильності»: людина продовжує очікувати небезпеку навіть у мирних умовах, реагуючи агресією чи униканням.

Патогенез ПТСР також пояснюється через дисоціативні механізми. За J. Herman, у відповідь на нестерпний стрес психіка розщеплює цілісність досвіду, відокремлюючи спогади, емоції й сенсорні відчуття від свідомої частини “Я”. Це створює феномен «внутрішнього відчуження», коли людина ніби спостерігає за собою з боку, не відчуваючи емоційного залучення [9, с. 53].

Клініко-психологічна характеристика ПТСР

ПТСР проявляється на емоційному, когнітивному, поведінковому й соматичному рівнях. Згідно з DSM-5 [10, с. 21] і дослідженнями українських психологів (О. Кокун, В. Стасюк, І. Приходько), клініко-психологічна картина ПТСР включає такі основні симптоми:

1. Інтрузивні переживання — мимовільне, повторне відтворення травматичних подій у вигляді флешбеків або кошмарів;
2. Уникання — свідоме чи підсвідоме відсторонення від ситуацій, які нагадують про травму;
3. Негативні зміни у когнітивній сфері — почуття провини, депресія, песимізм, втрачена віра в майбутнє;
4. Гіперзбудження — підвищена пильність, тривожність, порушення сну, агресивність;
5. Дисоціація та емоційна відчуженість — відчуття емоційної “порожнечі”, зниження здатності до емпатії [11, с. 65].

Для військовослужбовців характерна особлива форма цього розладу — “бойовий тип ПТСР”, який має низку специфічних ознак:

- хронічне відчуття небезпеки навіть у мирному середовищі;
- потреба у постійній мобілізації, неможливість розслабитися;

- емоційна скутость, схильність до агресивних спалахів;
- труднощі у налагодженні соціальних контактів;
- соматичні порушення (тахікардія, тремор, підвищений артеріальний тиск) [12, с. 38].

Клінічна картина ПТСР у військових часто ускладнюється коморбідними станами — депресією, генералізованим тривожним розладом, зловживанням алкоголем чи медикаментами [13, с. 72]. Такі поєднання формують «порочне коло»: депресія підсилює симптоми ПТСР, а останні — поглиблюють депресивні тенденції.

Психологічні механізми формування ПТСР

На когнітивному рівні ключовим механізмом є порушення когнітивної схеми безпеки. За теорією А. Янофф-Булман, у нормальному стані людина має базові переконання про світ як безпечний, себе — як цінного, а майбутнє — як передбачуване. Травматичний досвід руйнує ці уявлення, спричиняючи когнітивну дезінтеграцію [14, с. 96]. Повернення до психологічної рівноваги можливе лише через реконструкцію нових смислів і переоцінку подій.

З позицій гуманістичної психології (V. Frankl, C. Rogers), формування ПТСР пов'язане із втратою екзистенційного сенсу. Людина, яка пережила бойову травму, часто втрачає відчуття мети, віри у власну цінність і значущість дій. Саме тому успішна реабілітація неможлива без відновлення почуття смислу — через служіння, підтримку побратимів, сімейні зв'язки, творчу діяльність [15, с. 134].

Стадії перебігу ПТСР

На основі узагальнення клінічних даних виділяють кілька стадій розвитку ПТСР [16, с. 58]:

1. Гостра фаза (до 1 місяця після травми) — шок, дезорієнтація, сильні емоційні коливання;
2. Підгостра фаза (1–3 місяці) — часткове пригнічення емоцій, уникання контактів;

3. Хронічна фаза (понад 3 місяці) — стабілізація симптомів, формування патологічних моделей реагування;
4. Резидуальна фаза — часткове відновлення або перехід у стійкий розлад із соціальною дезадаптацією.

Військовослужбовці часто залишаються на третій стадії, оскільки повторне потрапляння у бойову обстановку не дає психіці завершити процес відновлення.

Отже, етіологія та патогенез ПТСР демонструють складну взаємодію біологічних, психологічних і соціальних чинників. Травматична подія не є єдиною причиною розладу — ключову роль відіграє тривалість і кумулятивність стресу, індивідуальні ресурси особистості та рівень підтримки.

Клініко-психологічна характеристика ПТСР свідчить, що це багатовимірне порушення, у якому емоційна, когнітивна та поведінкова сфери перебувають у стані хронічного напруження. Для військових, які тривалий час перебували в умовах бойового стресу, типовими є симптоми гіперпильності, емоційного виснаження, дисоціації й соціальної ізоляції. Розуміння механізмів розвитку ПТСР має важливе значення для побудови ефективних програм психологічної допомоги, спрямованих на відновлення регуляторних процесів психіки та зменшення впливу хронічного стресу.

1.3 Психологічні наслідки хронічного стресу у військовослужбовців

Хронічний стрес як психотравмуючий чинник

Хронічний стрес визначається у психологічній науці як стан тривалого психоемоційного напруження, що виникає внаслідок постійної дії стресогенних факторів, які перевищують адаптаційні можливості особистості [1, с. 38]. На відміну від гострої реакції на стрес, хронічний стрес не має чіткої часової межі, поступово виснажує енергетичні ресурси організму та

призводить до змін у нейроендокринній, когнітивній і емоційній сферах [2, с. 77].

Для військовослужбовців стан хронічного стресу є типовим, оскільки умови бойових дій характеризуються постійною загрозою життю, нестачею відпочинку, перевантаженням інформацією, відсутністю стабільності й соціальної підтримки. У результаті тривалий вплив таких факторів призводить до формування стійкого стресового фону, що згодом переходить у посттравматичні або депресивні розлади [3, с. 42].

Як зазначає О. Кокун, у військових хронічний стрес має когнітивно-афективну природу: він супроводжується змінами у сприйнятті реальності, мисленні та емоційній регуляції [4, с. 91]. Поступово у свідомості формується відчуття постійної небезпеки, яке не зникає навіть після завершення бойових дій. Такий стан отримав назву “синдром бойової готовності” — це комплекс поведінкових і фізіологічних реакцій, спрямованих на виживання в умовах потенційної загрози, що зберігається й у мирному житті [5, с. 56].

Нейропсихологічні та фізіологічні наслідки хронічного стресу

Під впливом хронічного стресу в організмі людини відбувається порушення роботи гіпоталамо-гіпофізарно-адреналової осі (ГГАО), що регулює рівень гормонів стресу — кортизолу й адреналіну. Дослідження R. Yehuda (2019) показали, що у військовослужбовців із тривалим бойовим досвідом спостерігається зниження базового рівня кортизолу, що вказує на виснаження адаптаційної системи [6, с. 117]. Такі фізіологічні зміни спричиняють порушення сну, головні болі, соматичні реакції тривоги, хронічну втому й ослаблення імунної системи.

Нейровізуалізаційні дослідження B. van der Kolk та E. Vermetten доводять, що тривалий стрес призводить до зменшення об'єму гіпокампу — структури, яка відповідає за навчання, пам'ять і контроль емоцій [7, с. 88]. Це пояснює появу когнітивних труднощів у військових: забудькуватості, зниження концентрації уваги, уповільнення мислення. Одночасно

підвищується активність амігдали, що робить людину надмірно чутливою до загроз і провокує гіпертрофовані реакції страху.

На психологічному рівні наслідки таких змін проявляються у порушеннях саморегуляції — людина втрачає здатність контролювати емоції, реагує імпульсивно, часто із використанням агресії як захисного механізму. За спостереженнями військових психологів (І. Приходько, В. Стасюк), у багатьох ветеранів формується патерн “збудження–виснаження”: періоди гіперактивності чергуються зі станами апатії та депресії [8, с. 64].

Емоційно-вольова та когнітивна сфери

Унаслідок тривалої дії хронічного стресу відбувається зниження емоційної чутливості та пригнічення вольових механізмів. Спостерігається явище *емоційного вигорання*, коли військовослужбовець перестає реагувати на події з належною інтенсивністю. Виникає байдужість, емоційна спустошеність, втрата здатності до емпатії [9, с. 82].

Когнітивна сфера зазнає дезорганізації: мислення стає більш ригідним, переважають негативні схеми інтерпретації (“усе небезпечно”, “ніхто не допоможе”). Це сприяє розвитку когнітивної тріади, описаної А. Беком: негативне бачення себе, світу й майбутнього [10, с. 34]. Такі установки підтримують почуття безнадії та безсилля, що є типовими предикторами посттравматичного стресового розладу.

Крім того, у стані хронічного стресу порушується пам'ять і увага: інформація обробляється фрагментарно, а події часто викривляються під впливом емоцій. Це може призводити до феномену дисоціації, коли травматичні спогади витісняються зі свідомості, але продовжують впливати на поведінку. Саме цей механізм лежить в основі повторних флешбеків і нічних кошмарів, характерних для ПТСР [11, с. 91].

Соціально-поведінкові наслідки хронічного стресу

Хронічний стрес негативно впливає не лише на психічні процеси, а й на соціальну поведінку військовослужбовців. За даними досліджень Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України (2023), понад 50 %

ветеранів АТО/ООС стикаються із труднощами соціальної адаптації після повернення з фронту [12, с. 103]. Це проявляється у конфліктах із членами сім'ї, труднощах спілкування, почутті відчуження від цивільного суспільства.

Одним із поширених наслідків є “соціальна ізоляція” — прагнення уникати міжособистісних контактів, що пов'язано з недовірою до оточення й відчуттям, що “ніхто не здатен зрозуміти бойовий досвід”. У військових із тривалим стажем бойових дій часто формується деформація ідентичності: вони відчують себе належними лише до військового середовища, не сприймають мирний простір як “свій” [13, с. 49].

Хронічний стрес також провокує адиктивні форми поведінки: зловживання алкоголем, психоактивними речовинами, азартними іграми. Такі способи є формами “втечі” від нестерпних емоцій і спробами тимчасово знизити напругу [14, с. 115]. На рівні міжособистісних стосунків це веде до руйнування сімей, втрати соціальних ролей і зростання ризику суїцидальної поведінки.

Психологічна адаптація та синдром емоційного виснаження

Хронічний стрес поступово формує дезадаптивну модель реагування, у якій нервова система перебуває у стані постійного збудження. Військові з таким станом демонструють симптоми емоційного вигорання: цинізм, дистанціювання, зниження мотивації до служби, апатію [15, с. 72]. У деяких випадках виникає “вторинна травматизація” — повторне переживання страждань через спогади або контакт із травмованими побратимами.

Дослідження Maslach (2016) та українських учених Карамушки й Мороз показують, що синдром емоційного вигорання у військових є предиктором розвитку ПТСР, оскільки хронічна втома позбавляє людину емоційних ресурсів для подолання стресу [16, с. 67]. Зниження рівня саморегуляції веде до підвищення імпульсивності, агресії, неадекватних реакцій навіть на незначні подразники.

Психосоціальні наслідки та порушення ідентичності

Після тривалого перебування в умовах війни військовослужбовець стикається із кризою ідентичності — втратою звичних життєвих орієнтирів і цінностей. Гуманістичний підхід (V. Frankl, Т. Титаренко) трактує це як втрату смислу, що потребує переосмислення власного досвіду та побудови нового життєвого сценарію [17, с. 89].

Нерідко у ветеранів спостерігається “синдром вцілілого” — почуття провини за те, що вони вижили, тоді як їхні товариші загинули. Це призводить до депресивних тенденцій і самоізоляції [18, с. 53]. Додатково, унаслідок соціальної стигматизації (“травмовані”, “небезпечні”) ветерани часто відчують дискримінацію, що підсилює психологічну напругу та ускладнює реінтеграцію в суспільство.

Фактори, що пом’якшують наслідки хронічного стресу

Не всі військовослужбовці однаково реагують на хронічний стрес. Дослідження Connor & Davidson (2016) довели, що психологічна резильєнтність (resilience) — здатність швидко відновлюватися після стресу — є ключовим чинником, який зменшує ризик розвитку ПТСР [19, с. 121]. Високий рівень саморегуляції, адекватні копінг-стратегії, підтримка побратимів і родини, а також позитивна оцінка власного досвіду допомагають запобігти руйнівним наслідкам.

Особливе значення має соціальна підтримка. Як показали дослідження І. Приходько (2022), військовослужбовці, які мають стабільні соціальні зв’язки, демонструють нижчий рівень тривожності, депресії та агресивності [8, с. 84]. Таким чином, ефективна профілактика наслідків хронічного стресу передбачає розвиток групової згуртованості, емпатії та взаємодопомоги.

Висновки до підрозділу 1.3

Хронічний стрес у військовослужбовців є багатокomпонентним явищем, що впливає на всі рівні психічного функціонування — від нейрофізіологічного до соціально-поведінкового. Тривалий стрес призводить до виснаження нервової системи, дисбалансу гормональної регуляції, когнітивних порушень, емоційного вигорання та дезадаптації.

Найсерйознішим наслідком хронічного стресу є розвиток посттравматичного стресового розладу, який виникає як результат накопичення психічного напруження й недостатності механізмів саморегуляції.

Разом із тим, наявність соціальної підтримки, позитивного досвіду взаємодії в колективі та розвинених копінг-ресурсів може пом'якшити вплив стресу й забезпечити адаптацію військових до мирного життя. Таким чином, дослідження психологічних наслідків хронічного стресу є базою для побудови ефективних програм профілактики ПТСР та психологічної реабілітації.

1.4 Особливості впливу бойового досвіду та травматичних подій на психіку військових. Теоретичні моделі формування ПТСР

Бойовий досвід як джерело психічної травматизації

Участь у бойових діях є одним із найпотужніших психотравмуючих чинників, оскільки військовослужбовець постійно стикається з реальною загрозою життю, смертю побратимів, руйнуванням моральних норм і втратами, які неможливо компенсувати. На відміну від одноразової травматичної події, бойовий досвід має тривалий, повторюваний і кумулятивний характер, що призводить до глибоких змін у структурі психіки.

У науковій літературі розрізняють кілька типів бойових стресорів: фізичні (поранення, недосипання, холод, голод), емоційні (страх, провина, гнів), морально-психологічні (втрата сенсу, сумнів у справедливості дій, розчарування у командуванні). Кожен із цих факторів окремо може не призводити до психічного розладу, але їх сукупна дія викликає комплексну реакцію перевантаження, коли система адаптації особистості вичерпується.

Дослідження військових психологів показують, що найтяжчі наслідки мають ситуації непередбачуваності — коли військовий не може контролювати події, і втрати, які руйнують базову впевненість у цінності життя. Такі події формують стійке почуття безсилля, що з часом переростає в постійне відчуття загрози навіть після завершення бойових дій. Саме це пояснює феномен “бойової настороженості” — стану, коли психіка продовжує функціонувати у режимі мобілізації, ніби небезпека все ще триває.

Психологічні механізми впливу травматичних подій

Бойові травми діють на кількох рівнях психічної організації.

На емоційному рівні формується сильне відчуття страху, провини або безпорадності. У солдата може виникнути внутрішній конфлікт між військовим обов’язком і гуманістичними цінностями, що породжує моральну дезорієнтацію. Такі переживання мають тривалий характер і часто зберігаються навіть після демобілізації.

На когнітивному рівні травматичні події руйнують систему уявлень про світ, себе й інших людей. За теорією розбитих припущень Дж. Янофф-Булман, травма знищує базові переконання про безпечність світу, власну силу і передбачуваність життя. У результаті формується нова когнітивна структура, у центрі якої — переконання про небезпеку, зраду, беззмістовність буття. Саме цей когнітивний зсув підтримує симптоми посттравматичного розладу.

На поведінковому рівні наслідки травми проявляються у тенденції до уникання або агресивної реакції на незначні подразники. Військові часто відтворюють “бойову поведінку” у мирному житті — контролюють оточення, перевіряють двері, не довіряють незнайомцям, несвідомо шукають потенційні загрози. Така поведінка є неусвідомленим способом підтримання ілюзії безпеки, але насправді фіксує психіку у стані хронічного напруження.

Морально-психологічні наслідки бойового досвіду

Бойовий досвід часто супроводжується моральною травмою — внутрішнім конфліктом, що виникає, коли людина змушена діяти всупереч власним моральним принципам. Цей феномен описали Дж. Ліц та Б. Шей, які вказували, що моральна травма спричиняє не лише емоційні, а й духовні руйнування — почуття сорому, зради, втрати сенсу життя. Для українських військовослужбовців, які зіткнулися з необхідністю приймати складні моральні рішення у бойових умовах, цей тип травми є особливо актуальним.

Моральна травма часто поєднується з “синдромом вцілілого”, коли військовий переживає провину за те, що залишився живим, тоді як побратими загинули. Такі переживання підривають почуття власної гідності, призводять до емоційної ізоляції й депресивних тенденцій. Багато ветеранів відзначають, що “після війни вони вже інші” — цей стан описується як трансформація ідентичності під впливом травми, коли колишній “Я-образ” стає несумісним із новим досвідом.

Посттравматичні зміни особистості

Під впливом тривалого бойового стресу в особистості військового відбуваються якісні зміни. Вони можуть мати як негативний, так і конструктивний характер. З одного боку, формується підвищена тривожність, дратівливість, зниження емпатії, прагнення до контролю, агресивність. З іншого — можлива поява посттравматичного зростання, коли людина переосмислює життєві цінності, стає більш зрілою, усвідомлює значення співчуття, дружби, віри.

Дослідження сучасних українських військових психологів підтверджують, що ключовим фактором позитивної трансформації є наявність соціальної підтримки. Ветерани, які відчують прийняття та розуміння, швидше проходять процес інтеграції травматичного досвіду. Натомість ізольовані особи демонструють тенденцію до рецидиву симптомів ПТСР і дезадаптивної поведінки.

Теоретичні моделі формування ПТСР

У сучасній психології існує кілька базових моделей, які пояснюють, як саме травматичний досвід перетворюється на посттравматичний розлад. Вони відрізняються рівнем аналізу — від нейробіологічного до когнітивного й соціально-психологічного.

1. Психодинамічна модель (Фройд, Кардинер) розглядає ПТСР як результат конфлікту між інстинктом самозбереження і реальністю, що не дозволяє реалізувати захисні механізми. Травматичний досвід витісняється у несвідоме, але постійно намагається повернутися у вигляді сновидінь, флешбеків, тривоги.
2. Когнітивно-поведінкова модель (Бек, Кларк, Лазарус) пояснює ПТСР як наслідок формування дезадаптивних переконань: “світ небезпечний”, “я безсилий”, “ніхто не допоможе”. Такі думки стають стійкими когнітивними схемами, що підтримують негативні емоції й поведінку уникання.
3. Нейробіологічна модель (ван дер Колк, Єгуда, Верметтен) фокусується на змінах у мозкових структурах: гіперактивації мигдалеподібного тіла, зниженні активності префронтальної кори, порушенні регуляції гормонів стресу. Ці процеси пояснюють, чому людина з ПТСР реагує на безпечні стимули так, ніби загроза все ще існує.
4. Гуманістично-екзистенційна модель (Франкл, Роджерс, Титаренко) розглядає ПТСР як кризу сенсу. Людина стикається з необхідністю переосмислити своє місце у світі, знайти нові життєві орієнтири, прийняти досвід втрат. Терапія, у цьому підході, спрямована на відновлення цілісності “Я” через усвідомлення, прийняття й відповідальність.
5. Соціально-когнітивна модель (Бандура, Фіглі) підкреслює роль соціального оточення. Відсутність підтримки, ворожість або байдужість суспільства посилюють симптоми ПТСР, тоді як спільнота ветеранів може виступати “буфером” між травмою та адаптацією.

Інтегративна концепція бойової травми

Сучасна українська військова психологія тяжіє до інтегративного підходу, який поєднує когнітивні, нейробіологічні й соціальні аспекти. Бойова травма розглядається як багаторівневий феномен, що одночасно торкається тіла, емоцій і системи смислів. Такий підхід дозволяє пояснити, чому дві особи, маючи схожий бойовий досвід, реагують по-різному: індивідуальні ресурси, попередній досвід і соціальна підтримка визначають тип реакції — дезадаптивний чи конструктивний.

У межах інтегративної парадигми особлива увага приділяється поняттю “психологічної резильєнтності” — здатності особистості долати травму без руйнівних наслідків. Військовослужбовці з високим рівнем резильєнтності демонструють здатність до саморегуляції, емоційного контролю, переоцінки ситуації та збереження почуття мети. Водночас низький рівень цих якостей підвищує ризик переходу стресових реакцій у ПТСР.

Фактори ризику та захисні чинники

Серед основних факторів ризику розвитку посттравматичних розладів у військових виділяють:

- інтенсивність і тривалість бойових дій;
- втрати побратимів або цивільних;
- попередні травматичні події у житті;
- низький рівень соціальної підтримки;
- індивідуальні риси — тривожність, емоційна лабільність, імпульсивність.

До захисних чинників належать:

- стабільні сімейні та товариські зв'язки;
- позитивна мотивація служби;
- адекватні копінг-стратегії (саморегуляція, конструктивне мислення, гумор);
- досвід групової згуртованості та довіри в колективі;
- релігійно-ціннісна орієнтація або відчуття духовної підтримки.

Досвід останніх років довів, що системна психологічна підготовка військовослужбовців до бойового стресу (стрес-менеджмент, психоосвіта, командна підтримка) суттєво знижує ризик розвитку ПТСР. Таким чином, профілактика бойової травми є не лише терапевтичним, а й стратегічним завданням військової психології.

Висновки до підрозділу 1.4

Бойовий досвід та травматичні події є найсильнішими чинниками впливу на психіку військовослужбовців. Вони формують глибокі емоційні, когнітивні та поведінкові зміни, що можуть проявлятися як у формі патологічної дезадаптації (ПТСР), так і у вигляді посттравматичного зростання.

Сучасні теоретичні моделі формування ПТСР — психодинамічна, когнітивно-поведінкова, нейробіологічна, гуманістична та соціально-когнітивна — відображають багаторівневу природу цього явища.

У військових контекстах ключовим є кумулятивний характер травматичних впливів, поєднання хронічного стресу, моральної травми та порушення ціннісних орієнтирів.

Інтегративний підхід, що поєднує психофізіологічні, когнітивні та соціальні аспекти, дає змогу розглядати ПТСР як наслідок одночасної дії багатьох чинників і визначає напрямки для розробки ефективних систем профілактики та психокорекції у військовому середовищі.

Висновки до розділу 1

Проведений теоретико-методологічний аналіз проблеми посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців дозволив розкрити сутність, механізми та закономірності його формування у контексті хронічного стресу й бойового досвіду. ПТСР виявився складним психічним феноменом, який поєднує емоційні, когнітивні, поведінкові й соматичні

компоненти та формується під впливом надзвичайно інтенсивних або тривалих травматичних подій. Сучасна психологічна наука розглядає його не як ізольовану реакцію на одиничний стрес, а як результат кумулятивної дії хронічних стресорів, які поступово виснажують адаптаційні можливості психіки.

Аналіз підходів до вивчення ПТСР показав, що у сучасній науці утвердився біопсихосоціальний підхід, який інтегрує біологічні, психологічні й соціальні рівні функціонування людини. Біологічний вимір виявляється у змінах роботи нервової та ендокринної систем (гіперактивація мигдалеподібного тіла, дисфункція гіпокампу, порушення гормональної регуляції). Психологічний компонент включає когнітивні спотворення, дезадаптивні схеми мислення, емоційну дисоціацію, поведінкове уникання. Соціальний рівень проявляється у втраті довіри, ізоляції, руйнуванні міжособистісних зв'язків і ціннісної системи. Такий цілісний підхід дозволяє пояснити різноманіття симптомів ПТСР і їхню індивідуальну варіативність.

Хронічний стрес, властивий умовам бойової діяльності, виступає основним патогенетичним чинником розвитку посттравматичних розладів. На фізіологічному рівні він призводить до дисбалансу нейрогуморальних систем, зниження рівня кортизолу, виснаження адаптаційних ресурсів організму. На психологічному — викликає стійке відчуття загрози, підвищену тривожність, агресивність, порушення сну, емоційне вигорання. Унаслідок тривалого напруження виникає синдром бойової настороженості, коли навіть після завершення війни людина продовжує сприймати навколишній світ як небезпечний. Це свідчить про стійку деформацію системи сприйняття та оцінки реальності, що лежить в основі формування ПТСР.

Важливою особливістю психічної травматизації у військових є поєднання бойового та морального компонентів. Травматичний досвід супроводжується почуттями провини, сорому, безсилля, втратою сенсу, руйнуванням моральних орієнтирів. Саме моральна травма — зіткнення між

обов'язком і совістю — часто стає глибинним джерелом посттравматичних розладів. На цьому рівні відбувається переоцінка цінностей і трансформація ідентичності: колишній “Я-образ” військовослужбовця вже не відповідає новим життєвим реаліям, що породжує внутрішній розлад і почуття відчуження. Таким чином, посттравматичний стрес має не лише біопсихологічну, а й екзистенційну природу.

У межах сучасної психологічної теорії виокремлюють кілька базових моделей пояснення ПТСР — психодинамічну, когнітивно-поведінкову, нейробіологічну, гуманістичну й соціально-когнітивну. Кожна з них розкриває певний аспект травматичного процесу:

- психодинамічна — конфлікт між свідомим і несвідомим переживанням травми;
- когнітивна — формування дезадаптивних переконань, які підтримують відчуття небезпеки;
- нейробіологічна — фізіологічні зміни у мозкових структурах;
- гуманістична — втрата сенсу й потреба в його реконструкції;
- соціальна — вплив підтримки або її відсутності на глибину симптомів.

У сукупності ці моделі створюють інтегративну концепцію бойової травми, яка дозволяє розглядати ПТСР як багаторівневий процес, де травматичний досвід трансформує не лише психічні функції, а й особистісну структуру в цілому.

Підсумовуючи результати першого розділу, можна зробити висновок, що посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців є наслідком складної взаємодії біологічних, психологічних, соціальних і морально-ціннісних факторів. Його формування детерміноване не лише інтенсивністю травматичних подій, а насамперед тривалістю впливу хронічного стресу, недостатністю підтримки та руйнуванням особистісних ресурсів. ПТСР постає як особлива форма психічної адаптації, коли система захисту від небезпеки переходить у патологічний режим функціонування, фіксуючи особистість у стані постійної бойової готовності.

Теоретичні узагальнення цього розділу створюють підґрунтя для подальшого емпіричного вивчення психологічних особливостей прояву ПТСР у військовослужбовців. Зокрема, наступний етап дослідження має бути спрямований на визначення структурних компонентів розладу, емпіричне вимірювання рівня стресу, тривожності та копінг-стратегій, а також на виявлення взаємозв'язку між тривалістю бойового досвіду й інтенсивністю симптомів. Отримані теоретичні положення стануть базою для розробки і впровадження ефективних психокорекційних програм, спрямованих на відновлення психічної рівноваги та адаптації військових до мирного життя.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ ПТСР У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

2.1 Організація, етапи та методики емпіричного дослідження

Емпіричне дослідження було спрямоване на виявлення психологічних особливостей прояву посттравматичного стресового розладу (ПТСР) як наслідку хронічного стресу у військовослужбовців, що мають різний досвід участі у бойових діях. Основна мета полягала у встановленні взаємозв'язків між рівнем хронічного стресу, тривожністю, депресією, особливостями копінг-поведінки та вираженістю симптомів ПТСР.

У відповідності до поставленої мети було визначено такі завдання дослідження:

1. Відібрати валідні психодіагностичні методики для вимірювання основних показників стресу, емоційного стану та посттравматичних симптомів.
2. Провести емпіричне обстеження вибірки військовослужбовців із досвідом участі у бойових діях і без такого досвіду.
3. Проаналізувати отримані результати, визначити статистично значущі відмінності між групами.
4. Встановити кореляційні зв'язки між рівнем хронічного стресу, тривожності, депресії та вираженістю симптомів ПТСР.
5. Сформулювати висновки щодо психологічних механізмів формування ПТСР і підготувати емпіричну базу для розробки психокорекційної програми.

Дослідження проводилося упродовж 2023–2024 років на базі військових частин та реабілітаційних центрів, що здійснюють психологічний супровід учасників бойових дій. Участь у ньому була добровільною та

анонімною, з дотриманням принципів етичності, конфіденційності та інформованої згоди респондентів.

Загальна вибірка становила 120 військовослужбовців чоловічої статі віком від 22 до 45 років. Усі учасники були поділені на дві групи:

- Група А — 60 осіб, які мають досвід безпосередньої участі у бойових діях (зона ООС/АТО, активні бойові операції після 2022 р.);
- Група В — 60 військовослужбовців, які не брали участі у бойових діях, але виконували завдання у тилкових частинах.

Обидві групи були співставні за віком, освітою, військовим званням і тривалістю служби. Такий підхід дозволив уникнути впливу сторонніх змінних і зробити висновки більш репрезентативними.

Методологічні принципи дослідження

Організація емпіричної частини базувалася на загальнонаукових принципах психологічного дослідження — системності, об'єктивності, репрезентативності, надійності й валідності вимірювань. Теоретичною основою слугували положення когнітивно-поведінкової, нейропсихологічної та біопсихосоціальної моделей ПТСР, які акцентують взаємозв'язок між тривалістю стресу, когнітивною оцінкою подій і фізіологічними змінами організму.

Дослідження мало комплексний характер, поєднуючи кількісні й якісні методи аналізу. Основний акцент робився на кількісному вимірюванні рівня стресу, тривожності, депресії та симптомів ПТСР за допомогою стандартизованих психометричних інструментів. Якісний компонент полягав у спостереженнях, неформальних інтерв'ю та аналізі самозвітів військовослужбовців щодо переживань, пов'язаних із бойовим досвідом.

Етапи емпіричного дослідження

1. Підготовчий етап. На цьому етапі здійснювався добір вибірки, визначення критеріїв відбору, узгодження з керівництвом військових частин, а також апробація обраних методик на невеликій групі для перевірки зрозумілості питань.

2. Діагностичний етап. Безпосереднє проведення психодіагностики здійснювалось у груповій та індивідуальній формах. Кожному учаснику пропонувалося заповнити низку опитувальників, спрямованих на вимірювання рівня хронічного стресу, емоційного стану, посттравматичних симптомів і копінг-стратегій. Додатково здійснювалось спостереження за поведінковими реакціями під час тестування (ступінь зосередженості, уникання, емоційна лабільність).
3. Аналітичний етап. Отримані дані опрацьовувалися методами математичної статистики. Використовувалися описова статистика (середні значення, стандартне відхилення), порівняльний t-критерій Стьюдента для незалежних вибірок, а також кореляційний аналіз за коефіцієнтом Пірсона. Це дозволило виявити відмінності між групами й визначити взаємозв'язки між основними психологічними показниками.
4. Інтерпретаційно-узагальнювальний етап. На підставі статистичних результатів формувалися психологічні інтерпретації, що відображали характер взаємозв'язку між хронічним стресом, копінг-стратегіями та симптомами ПТСР. Одержані висновки стали емпіричною основою для побудови психокорекційної програми, представленої у третьому розділі.

Використані психодіагностичні методики

Для комплексного вивчення явища ПТСР у військовослужбовців застосовувався набір взаємодоповнювальних психодіагностичних методик, які охоплюють емоційно-вольову, когнітивну та поведінкову сфери.

1. Шкала впливу травматичної події (Impact of Event Scale – Revised, IES-R). Методика розроблена М. Горовіцем і адаптована для вимірювання інтенсивності симптомів посттравматичного стресу — інтрузій, уникання та гіперзбудження. Вона дозволяє кількісно оцінити суб'єктивну реакцію людини на пережиту травматичну подію.

2. Опитувальник сприйманого стресу (Perceived Stress Scale – PSS-10). Запропонований Ш. Коеном і використовується для оцінки рівня хронічного стресу за останній місяць. Методика виявляє суб'єктивне відчуття перевантаження, втрати контролю, напруженості та нездатності справлятися із труднощами.
3. Тест DASS-21 (Depression, Anxiety, Stress Scales). Інструмент призначений для одночасної оцінки рівня депресії, тривоги й стресу. Він дозволяє диференціювати емоційні стани й визначити їх інтенсивність. У межах дослідження цей тест допоміг визначити, які саме емоційні компоненти мають найбільший вплив на розвиток посттравматичних симптомів.
4. Методика “Копінг-поведінка у стресових ситуаціях” (Е. Хайм, адаптація Т. Крюкової). Застосована для визначення провідних стратегій подолання стресу. Дозволяє з'ясувати, які способи реагування (проблемно-орієнтовані, емоційно-орієнтовані, унікальні) домінують у поведінці військовослужбовців у ситуаціях напруження.
5. Індивідуальні інтерв'ю та спостереження. Цей якісний метод дозволив уточнити деякі аспекти переживання травматичного досвіду, емоційних реакцій, ставлення до подій і сприйняття соціальної підтримки. Виявлені відповіді доповнили кількісні результати, надаючи глибше розуміння особистісного виміру стресу.

Психометричні показники надійності методів

Використані тести мають підтверджену валідність і високий рівень внутрішньої узгодженості (коефіцієнт α Кронбаха понад 0,80), що забезпечує достовірність результатів. Адаптація опитувальників для українських вибірок проведена в межах досліджень Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психології та кафедр військової психології провідних університетів. Це дозволяє вважати обраний інструментарій придатним для аналізу емоційних і когнітивних характеристик військовослужбовців.

Структура показників дослідження

З метою систематизації даних усі отримані результати групувалися за чотирма основними напрямками:

1. Емоційно-вольовий блок: рівень тривожності, депресії, емоційного виснаження.
2. Когнітивний блок: показники інтенсивності інтрузивних спогадів, концентрації уваги, гнучкості мислення.
3. Поведенковий блок: особливості копінг-стратегій і механізмів уникання.
4. Соціально-психологічний блок: рівень суб'єктивної підтримки, задоволеність комунікацією, схильність до соціальної ізоляції.

Таке структурування дозволило не лише здійснити статистичний аналіз, а й побачити внутрішню взаємодію між окремими аспектами психіки, що визначають стійкість чи вразливість військовослужбовця до ПТСР.

Етичні засади проведення дослідження

Усі процедури були проведені відповідно до етичного кодексу психолога, затвердженого Українською асоціацією організаційних та військових психологів. Респонденти були ознайомлені з метою дослідження, гарантіями конфіденційності й можливістю відмови від участі на будь-якому етапі. Результати опрацьовувалися в узагальненому вигляді, без розкриття персональних даних.

Особлива увага приділялася дотриманню принципу психологічної безпеки — жодна процедура не провокувала повторного переживання травматичних подій. У разі виявлення підвищеного рівня дистресу респонденту пропонувалася індивідуальна консультація психолога.

Отже, організація та методологія емпіричного дослідження базувалися на комплексному підході до вивчення ПТСР як багатофакторного феномену. Застосовані психодіагностичні методики дали можливість кількісно оцінити основні показники хронічного стресу, емоційних розладів і копінг-поведінки у військовослужбовців із різним бойовим досвідом. Отримана емпірична база забезпечує надійний фундамент для подальшого статистичного аналізу,

порівняння груп та інтерпретації результатів, які будуть викладені у наступних підрозділах.

2.2 Аналіз і інтерпретація результатів дослідження

Загальна характеристика результатів

На основі проведеного емпіричного обстеження було отримано дані, що відображають індивідуально-психологічні особливості військовослужбовців із досвідом участі в бойових діях та без нього. Аналіз показав, що між двома групами спостерігаються виражені відмінності за рівнем хронічного стресу, емоційного стану, копінг-стратегій і симптомів посттравматичного розладу.

Середні показники за шкалами IES-R, PSS-10 та DASS-21 вказали на те, що у групі військових із бойовим досвідом рівень емоційного напруження, тривожності й депресивності значно перевищує аналогічні показники групи без бойового досвіду. При цьому виявлено не лише кількісні, а й якісні відмінності — характер і структура емоційних реакцій у першій групі мають іншу динаміку: переважає тривога очікування небезпеки, зниження контролю над афектами, а також виражена тенденція до уникання контактів, що нагадують про травматичний досвід.

Рівень посттравматичних симптомів

За результатами опитувальника IES-R встановлено, що у групі військових, які брали участь у бойових діях, найбільш вираженими є симптоми інтрузії (мимовільне відтворення травматичних образів і спогадів) та гіперактивації (підвищена пильність, емоційна напруга, дратівливість). У групі без бойового досвіду переважають помірні прояви уникання, що свідчить радше про загальні адаптаційні труднощі, а не про клінічний рівень ПТСР.

Аналіз розподілу результатів показав, що приблизно половина військовослужбовців із бойовим досвідом має середній або високий рівень симптомів ПТСР, тоді як у контрольній групі цей показник не перевищує 15

%. Таким чином, бойовий досвід виступає чітким предиктором розвитку посттравматичних проявів. Цей факт підтверджує тезу про кумулятивний характер стресу, який, накопичуючись упродовж тривалого часу, порушує механізми психічної регуляції та сприяє переходу короточасних стресових реакцій у стійкий розлад.

Найчастіше військовослужбовці описували симптоми повторного переживання у вигляді нав'язливих образів, фрагментарних спогадів, сновидінь або фізіологічного збудження під час спогадів про бойові події. Ці переживання супроводжувалися підвищенням серцебиття, напруженням м'язів, відчуттям паніки, що вказує на тісний зв'язок між когнітивними та соматичними реакціями.

Рівень хронічного стресу та емоційного виснаження

Дані за шкалою PSS-10 засвідчили, що респонденти з бойовим досвідом мають стабільно високі показники сприйманого стресу, які перевищують нормативні значення для популяції. Це свідчить про хронічний характер напруження, що не зменшується навіть після виходу із бойового середовища. Військовослужбовці часто повідомляли про відчуття постійного внутрішнього неспокою, очікування небезпеки, порушення сну та труднощі концентрації уваги.

У другій групі (без бойового досвіду) спостерігався помірний рівень стресу, характерний для умов звичайної військової служби. Такі дані свідчать, що сам по собі військовий режим не є травматичним — визначальну роль відіграє саме бойова ситуація, її тривалість і непередбачуваність.

У результатах тесту DASS-21 виявлено, що у першій групі (бойові дії) середній рівень тривоги та депресії перебуває на межі високого, тоді як у контрольній групі — в межах норми. Це підтверджує наявність емоційного виснаження, що розвивається під впливом повторюваного стресу. Депресивні прояви найчастіше супроводжувалися почуттям провини (“я мав зробити більше”, “я вижив, а інші ні”) та відчуттям відчуження від мирного оточення.

Особливості копінг-поведінки військовослужбовців

Результати методики “Копінг-поведінка у стресових ситуаціях” показали суттєві відмінності у виборі стратегій подолання між двома групами. Військові з бойовим досвідом частіше використовували емоційно-орієнтовані та унікальні стратегії (ізоляція, заперечення, відволікання, зловживання алкоголем). Це свідчить про тенденцію до пасивного реагування та спроб “згладити” травматичні емоції шляхом уникання.

У групі без бойового досвіду переважали проблемно-орієнтовані копінг-стратегії — пошук інформації, звернення по допомогу, планування, контроль над ситуацією. Цей тип реагування є більш адаптивним і свідчить про збережену здатність до когнітивної переробки стресу.

Додатковий аналіз показав, що у респондентів з високим рівнем посттравматичних симптомів переважають деструктивні копінг-механізми, тоді як ефективні стратегії (самоконтроль, когнітивна переоцінка, підтримка) пов’язані зі зниженням рівня симптомів ПТСР. Це підтверджує ключову роль копінг-ресурсів як буферного чинника між хронічним стресом і психічною дезадаптацією.

Кореляційний аналіз взаємозв’язків

Кореляційний аналіз між основними змінними виявив статистично значущі зв’язки між рівнем хронічного стресу та вираженістю симптомів ПТСР. Чим вищий рівень стресу за шкалою PSS-10, тим інтенсивніше проявлялися інтрузивні переживання, уникання й гіперзбудження за шкалою IES-R. Отже, хронічний стрес можна розглядати як провідний предиктор посттравматичних розладів у військових.

Крім того, встановлено позитивний зв’язок між рівнем тривоги та депресії (за DASS-21) і тяжкістю посттравматичних симптомів, що свідчить про коморбідність емоційних порушень. З іншого боку, показники соціальної підтримки та використання проблемно-орієнтованих стратегій мали негативні кореляції з інтенсивністю ПТСР, тобто виконували захисну

функцію. Це означає, що навіть у випадках сильних травматичних впливів адекватна соціальна взаємодія здатна пом'якшити симптоматику.

Порівняльний аналіз групових відмінностей

Результати порівняння за t-критерієм Стюдента підтвердили наявність статистично значущих відмінностей між групами за всіма основними показниками. Найбільша різниця спостерігалася у рівнях тривоги, стресу та інтрузивних симптомів. Різниця за шкалою депресії також виявилася суттєвою, проте менш вираженою, що може свідчити про адаптаційні механізми, які частково стримують депресивні тенденції на ранніх етапах ПТСР.

Загалом, військові з бойовим досвідом мають підвищений рівень емоційного збудження, гіперпильності, порушень сну, роздратованості, а також демонструють знижену здатність до саморегуляції. Це корелює з якісними спостереженнями, зафіксованими під час інтерв'ю: більшість респондентів зазначали, що навіть у спокійних умовах не можуть “розслабитися” або “вимкнути бойовий режим”. Такі переживання супроводжуються труднощами у спілкуванні з рідними, зниженням довіри до оточення та частим відчуттям самотності.

Якісний аналіз та спостереження

Під час проведення інтерв'ю було виявлено низку психологічних феноменів, що доповнюють кількісні дані. Найчастіше військовослужбовці з досвідом бойових дій описували свій стан як “внутрішнє спустошення”, “емоційну дерев'яність” або “постійне очікування нападу”. Ці формулювання відображають класичні ознаки посттравматичної дисоціації.

У респондентів без бойового досвіду превалювали скарги на втому, нестачу мотивації, труднощі концентрації, але не фіксувалося типових для ПТСР симптомів повторного переживання. Таким чином, можна стверджувати, що саме безпосередня участь у бойових діях — ключовий чинник формування стійких психотравматичних наслідків.

Додатково спостерігалася відмінність у ставленні до власного досвіду. Військові з ПТСР частіше демонстрували амбівалентність — водночас гордість за службу і провину за втрати, що створює внутрішню когнітивну напругу. Відсутність гармонійного осмислення досвіду стає психологічною передумовою хронічного дистресу.

Інтерпретація результатів

Отримані результати підтверджують, що ПТСР у військовослужбовців є не просто реакцією на екстремальні події, а наслідком накопичення хронічного стресу, який порушує баланс емоційної, когнітивної та поведінкової сфер. Механізм формування розладу можна описати як поступову втрату контролю над процесами саморегуляції: постійне очікування загрози активує симпатичну нервову систему, гальмуючи відновлювальні функції організму.

Водночас наявність соціальної підтримки, позитивної групової ідентичності та конструктивних копінг-стратегій зменшує інтенсивність симптомів. Це свідчить, що ПТСР має динамічну, оборотну природу, і при створенні сприятливих умов психічна система здатна до самовідновлення. Отже, результати емпіричного дослідження не лише підтверджують теоретичні моделі ПТСР, а й надають підґрунтя для розробки практичних програм психологічної допомоги.

Отже,

1. У військовослужбовців із досвідом бойових дій виявлено значно вищі рівні хронічного стресу, тривожності, депресії та симптомів посттравматичного розладу, ніж у військових без бойового досвіду.
2. Найбільш вираженими проявами ПТСР є інтрузивні спогади, гіперпильність, уникання ситуацій, пов'язаних із травмою, а також емоційна відстороненість.
3. Хронічний стрес виступає провідним предиктором розвитку ПТСР, а недостатня соціальна підтримка та деструктивні копінг-стратегії посилюють симптоматику.

4. Проблемно-орієнтовані стратегії поведінки, позитивна переоцінка досвіду та групова підтримка є факторами психологічної резильєнтності, що знижують ризик дезадаптації.
5. Отримані результати підтверджують необхідність системної психопрофілактики хронічного стресу у військових і створення умов для розвитку адаптивних копінг-механізмів.

2.3 Порівняльний аналіз психологічних показників військових із досвідом участі в бойових діях і без нього

Загальна логіка порівняння

Порівняльний аналіз двох вибірок військовослужбовців — із бойовим досвідом та без нього — дозволяє виявити глибинні психологічні відмінності, які визначають рівень адаптації, характер емоційних реакцій, копінг-поведінку та ризик розвитку посттравматичних розладів. Основна увага у цьому підрозділі зосереджується на інтеграції кількісних і якісних результатів, отриманих за психодіагностичними методиками, що відображають стан емоційної, когнітивної та поведінкової сфер особистості.

Порівняння рівня емоційного напруження

Результати тестування за шкалами стресу й емоційного виснаження засвідчили суттєві розбіжності між двома групами. У військових, які брали участь у бойових діях, показники хронічного стресу та тривожності стабільно перевищують середні нормативи для здорової популяції, що свідчить про тривале емоційне напруження і порушення механізмів психічної саморегуляції.

Більшість таких респондентів характеризуються симптомами підвищеної настороженості, частими епізодами роздратування, труднощами концентрації уваги та порушенням сну. Ці прояви мають **фізіологічну основу**: у стані постійного бойового стресу нервова система перебуває в режимі мобілізації, а після завершення бойових дій цей стан не зникає, що зумовлює хронічну активацію симпатичного відділу нервової системи.

У групі військовослужбовців без бойового досвіду рівень тривожності та емоційного напруження є помірним. Для них характерне збереження емоційної стабільності, контрольованість реакцій і вища стресостійкість, що пояснюється відсутністю екстремального досвіду й руйнівних психотравмуючих факторів.

Когнітивно-поведінкові відмінності

Порівняльний аналіз когнітивних показників засвідчив, що військові з досвідом бойових дій частіше демонструють **ригідність мислення**, тенденцію до катастрофічного прогнозування подій і знижену когнітивну гнучкість. Це проявляється у схильності швидко робити висновки про небезпеку, очікувати негативних наслідків навіть у нейтральних ситуаціях. Такі особливості сприйняття є наслідком **когнітивної деформації**, сформованої під впливом хронічного стресу: світ постає як потенційно загрозовий, а будь-яка невизначеність інтерпретується як небезпека.

Для військовослужбовців без бойового досвіду, навпаки, притаманна **вища когнітивна гнучкість**, раціональне оцінювання подій і здатність відновлювати психічну рівновагу після стресових впливів. Їхнє мислення менш емоційно забарвлене, що свідчить про збереження адаптаційних механізмів.

У поведінковій сфері також фіксуються суттєві розбіжності. Особи з бойовим досвідом демонструють підвищену пильність, контролюючи поведінку, схильність до обмеження соціальних контактів. Їхня копінг-поведінка характеризується **переважанням унікальних і емоційно-орієнтованих стратегій** (заперечення, ізоляція, уникання думок про травму, зловживання стимуляторами), що є типовими для осіб із вираженими посттравматичними симптомами.

Натомість військовослужбовці без бойового досвіду частіше використовують **активні копінг-стратегії** — планування, аналіз ситуації, звернення по допомогу, комунікацію. Такі форми поведінки сприяють

зниженню рівня дистресу та більш ефективному пристосуванню до службових вимог.

Соціально-психологічні відмінності

Соціальна адаптація є одним із найуразливіших аспектів для військових, які пройшли бойові дії. Отримані результати свідчать, що у цій групі значно нижчими є показники довіри, комунікативної відкритості та задоволеності соціальними стосунками. Військові часто відчують **емоційну відчуженість**, труднощі у встановленні контактів із цивільними, а також внутрішній конфлікт між “бойовим” і “мирним” образом себе.

Такі стани пояснюються ефектом **порушення соціальної ідентичності**: у бойових умовах формується чітка “ми-група” побратимів, а після повернення до мирного життя ця ідентичність не знаходить адекватного соціального контексту. У результаті виникає феномен “подвійної реальності” — людина почувається чужою серед тих, хто не пережив бойовий досвід.

Для другої групи (без бойового досвіду) властива стабільніша соціальна інтегрованість, більш позитивне сприйняття взаємин і відсутність почуття ізоляції. Вони демонструють вищий рівень комунікативної активності, що слугує **захисним фактором** проти стресових розладів.

Порівняння копінг-стратегій

Загальний профіль копінг-стратегій у групі військових із бойовим досвідом має деструктивний характер. Виявлено підвищене використання стратегій **самозвинувачення, заперечення, дистанціювання та емоційного вибуху**. Ці реакції пов’язані з прагненням уникнути повторного переживання травматичних подій, але в довгостроковій перспективі призводять до фіксації травматичного досвіду у свідомості.

Військові без бойового досвіду частіше обирають стратегії **самоконтролю, планування дій, позитивної переоцінки**. Це свідчить про більш гнучку систему психологічного реагування та розвинуті навички саморегуляції.

Порівняння середніх значень за шкалами “емоційно-орієнтованої” і “проблемно-орієнтованої” поведінки виявило статистично значущу різницю (на рівні $p < 0,05$), що підтверджує різну структуру адаптаційних механізмів у двох вибірках.

Емоційні та мотиваційні особливості

Військовослужбовці з досвідом бойових дій демонструють більш виражені прояви **емоційної гіперреактивності**. У багатьох із них спостерігається швидке перемикання емоцій від байдужості до спалахів агресії, що є наслідком порушення регуляції емоційної сфери. Часто такі реакції пов’язані з нагадуваннями про травматичні події — звуки, запахи або певні ситуації можуть викликати різку зміну емоційного стану.

Також простежується **зниження мотиваційної сфери**: багато військових відзначають втрату інтересу до колишніх занять, труднощі у постановці цілей, почуття апатії. Це корелює з депресивними проявами та загальним відчуттям безпорадності.

У групі без бойового досвіду емоційний фон більш стабільний, а мотиваційна активність — вища. Такі військовослужбовці частіше орієнтовані на досягнення професійних результатів, проявляють ініціативу та позитивне ставлення до служби. Отже, можна стверджувати, що бойовий досвід, хоч і підвищує життєвий досвід, водночас знижує ресурсність і здатність до відновлення.

Структура взаємозв’язків між показниками

Порівняльний кореляційний аналіз засвідчив, що у військових із бойовим досвідом зв’язки між емоційними, когнітивними та поведінковими показниками є щільнішими, ніж у контрольній групі. Це свідчить про **загальну інтегрованість симптомокомплексу ПТСР**, коли зміни в одній сфері (наприклад, зростання тривожності) автоматично спричиняють порушення в інших (когнітивній, поведінковій, соціальній).

У групі без бойового досвіду ці зв’язки слабші або відсутні, що є ознакою більш гнучкої, стабільної психічної організації. Таким чином, можна

говорити про те, що у ветеранів бойових дій формується **патерн фіксованої реактивності**, який визначає типову поведінкову й емоційну відповідь на подразники незалежно від контексту.

Якісний порівняльний аспект

Інтерв'ю з військовими обох груп підтвердили кількісні результати. Респонденти з бойовим досвідом описували власний стан як “життя на межі”, “постійна настороженість”, “неможливість розслабитися”. Вони часто відчували труднощі у спілкуванні з цивільними, бо “ніхто не розуміє, що ми бачили”. Ці вислови свідчать про порушення комунікативної сфери та формування **психологічної дистанції** з оточенням.

Представники контрольної групи говорили про звичайні труднощі служби, втому, але не відзначали симптомів тривалого емоційного напруження. Вони виявляли більше оптимізму та орієнтації на майбутнє, що підтверджує збережену когнітивну й емоційну рівновагу.

Інтерпретація порівняльних результатів

Отримані дані дозволяють стверджувати, що **наявність бойового досвіду** є ключовим чинником формування глибоких психологічних змін у структурі особистості військовослужбовців. Ці зміни проявляються не лише у вигляді симптомів ПТСР, а й у трансформації способів мислення, емоційної регуляції та міжособистісних відносин.

Хронічний стрес, що супроводжує бойові дії, призводить до зниження гнучкості психічних процесів, звуження кола емоційних реакцій, переважання негативних когнітивних схем (“світ небезпечний”, “ніхто не допоможе”, “я не впораюсь”). У мирному житті ці схеми стають дезадаптивними, адже вони перешкоджають нормальній соціалізації.

Таким чином, між двома групами спостерігається не просто різниця в інтенсивності стресу, а **якісна відмінність у структурі психічного реагування**: у ветеранів формується стійка система сприйняття реальності крізь призму загрози, тоді як у військових без бойового досвіду зберігається здатність до позитивної інтерпретації подій.

Отже,

1. У військовослужбовців із досвідом участі в бойових діях спостерігається стійке підвищення рівнів хронічного стресу, тривожності, депресії та посттравматичних симптомів порівняно з військовими без такого досвіду.
2. Бойовий досвід формує специфічні когнітивні та поведінкові особливості: гіперпильність, ригідність мислення, схильність до уникання, емоційну відстороненість і знижену соціальну інтегрованість.
3. Військовослужбовці без бойового досвіду характеризуються вищою стресостійкістю, використанням адаптивних копінг-стратегій і збереженням емоційної рівноваги.
4. Соціальна підтримка, командна згуртованість і позитивна мотивація виконують роль буферних чинників, що знижують ризик розвитку ПТСР.
5. Результати порівняльного аналізу підтверджують, що бойовий досвід є вирішальним чинником у формуванні хронічного стресу та посттравматичних розладів, а також визначає необхідність комплексної психокорекційної та профілактичної роботи з ветеранами.

2.4 Обговорення результатів у контексті сучасних психологічних концепцій ПТСР

Узагальнення отриманих результатів

Проведене емпіричне дослідження дозволило виявити комплекс психологічних закономірностей, що визначають формування й прояв посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. Отримані результати підтверджують положення, висунуті у сучасних наукових

підходах, які трактують ПТСР як багаторівневий феномен, зумовлений взаємодією біологічних, когнітивних, емоційних і соціальних чинників.

Встановлено, що бойовий досвід і хронічний стрес виступають вирішальними предикторами розвитку посттравматичних симптомів. Це узгоджується з даними сучасної нейропсихології, згідно з якими тривала дія стресових стимулів викликає гіперактивацію системи «гіпоталамус — гіпофіз — надниркові залози» та порушення балансу нейромедіаторів. Внаслідок цього мозок формує стан постійної тривожної готовності, який не згасає навіть після завершення бойових дій. Таким чином, емпірично підтверджено, що ПТСР — не просто реакція на травму, а результат тривалого виснаження адаптаційних систем організму.

Зіставлення з когнітивно-поведінковими моделями

Отримані дані добре корелюють із когнітивно-поведінковими моделями ПТСР, зокрема теоріями Аарона Бека, Альберта Елліса та Лазаруса, які пояснюють формування розладу через систему дезадаптивних переконань. Згідно з цими підходами, під впливом травматичного досвіду у свідомості військовослужбовця формується комплекс негативних когніцій:

- “світ є небезпечним і непередбачуваним”;
- “я безсилий перед обставинами”;
- “ніхто не зможе мене зрозуміти чи допомогти”.

Результати дослідження підтвердили наявність подібних установок у більшості респондентів із бойовим досвідом. Такі переконання виконують функцію психологічного захисту в умовах небезпеки, проте в мирному житті вони набувають дезадаптивного характеру, зумовлюючи соціальну ізоляцію, втрату сенсу та емоційне відчуження. Відповідно, можна стверджувати, що когнітивні спотворення є центральною ланкою механізму формування посттравматичного розладу.

Важливим також є підтвердження гіпотези про роль копінг-поведінки як регулятора посттравматичних реакцій. Військовослужбовці, які використовують конструктивні копінг-стратегії (самоконтроль, переоцінку

ситуації, звернення по допомогу), демонструють нижчі рівні симптомів ПТСР. Натомість емоційно-орієнтовані або унікальні стратегії посилюють хронічний стрес і закріплюють дезадаптивні реакції. Ця закономірність повністю узгоджується з положеннями транзакційної теорії стресу Р. Лазаруса, де ефективність подолання визначається суб'єктивною оцінкою ситуації та доступністю ресурсів.

Співвідношення з нейробіологічними концепціями

З позиції нейробіологічної моделі (van der Kolk, Yehuda, Vermetten), посттравматичний розлад пов'язаний із дисфункцією системи емоційної регуляції: гіперактивацією мигдалеподібного тіла, зниженням активності гіпокампу й префронтальної кори. Це зумовлює неможливість “погасити” реакцію страху, навіть коли об'єктивна загроза відсутня.

Результати нашого дослідження підтверджують цей механізм опосередковано. У респондентів із високим рівнем симптомів ПТСР спостерігалася гіперпильність, труднощі розслаблення, швидка реакція на нейтральні подразники, що відповідає феномену “фізіологічної настороженості”. Такі реакції мають соматичну основу й виявляються навіть при відсутності зовнішніх тригерів. Отже, можна зробити висновок, що нейрофізіологічні зміни та психологічні прояви ПТСР взаємопов'язані та формують єдиний патогенетичний континуум.

Екзистенційно-гуманістичне тлумачення

З гуманістично-екзистенційної позиції (Віктор Франкл, Карл Роджерс, Тетяна Титаренко) травматичний досвід розглядається не лише як джерело руйнації, а як можливість переосмислення сенсу життя. Для багатьох військовослужбовців участь у бойових діях стала не тільки джерелом болю, але й чинником глибоких ціннісних трансформацій.

Інтерв'ю з респондентами засвідчили, що частина з них після пережитих подій відчуває “нове розуміння життя”, “іншу шкалу цінностей”, “потребу допомагати іншим”. Ці свідчення узгоджуються з концепцією посттравматичного зростання, запропонованою Р. Тедеші та Л. Келлуном.

Таким чином, навіть у межах негативного досвіду можливий конструктивний результат, коли особистість переходить до більш високого рівня самосвідомості, духовної зрілості та відповідальності.

Отже, емпіричні результати показують, що ПТСР не є статичним станом, а радше динамічним процесом, у якому можливі як дезадаптаційні, так і позитивні трансформації. Ключовими факторами, що визначають напрям цього процесу, є особистісні ресурси, соціальна підтримка й доступ до психологічної допомоги.

Вітчизняний контекст інтерпретації

У працях українських дослідників (О. Кокун, І. Приходько, Н. Пов'якель, Т. Титаренко) ПТСР розглядається як форма дезадаптації, що виникає унаслідок розриву між бойовими й мирними моделями поведінки. Психологічні особливості військовослужбовців після участі у бойових діях визначаються поєднанням бойової настороженості, емоційної притупленості та підвищеної відповідальності.

Отримані результати підтверджують ці положення: респонденти з бойовим досвідом часто демонстрували одночасно високий рівень напруги й потребу у контролі, що поєднується з небажанням виявляти емоції. Така поведінка є наслідком формування “бойової особистісної установки”, яка була ефективною у зоні бойових дій, але стає дезадаптивною у мирних умовах.

Крім того, підтверджено важливість соціально-психологічних чинників. Військовослужбовці, які мали стабільну підтримку родини, друзів чи побратимів, демонстрували меншу інтенсивність симптомів ПТСР. Це збігається з концепцією соціальної буферизації стресу, згідно з якою підтримка з боку значущих осіб пом'якшує вплив травматичних подій.

Інтеграція емпіричних і теоретичних підходів

Інтерпретуючи результати через призму сучасних психологічних концепцій, можна сформулювати узагальнену модель формування ПТСР у військовослужбовців.

1. Стартовий етап — вплив бойових травм і стресорів, які запускають реакцію “борись або тікай”.
2. Фаза кумуляції — повторювані стресові події порушують баланс нейропсихологічних систем, формуючи стан хронічної тривоги.
3. Фаза когнітивної фіксації — у свідомості закріплюються дезадаптивні переконання про небезпечність світу.
4. Фаза соціальної дезадаптації — уникання, емоційна ізоляція, порушення комунікації.
5. Фаза можливого відновлення або посттравматичного зростання — за умови психологічної підтримки, терапії та розвитку рефлексії.

Таким чином, ПТСР можна описати як неперервний процес боротьби між деструктивними й адаптивними тенденціями психіки. У межах цього процесу особистість або застрягає в травматичному минулому, або поступово інтегрує досвід і знаходить нові смисли. Саме ця динаміка визначає успішність реабілітації військових після війни.

Практичне значення інтерпретації

Отримані результати мають важливе практичне значення для розробки системи психологічної допомоги. По-перше, вони підтверджують необхідність індивідуалізованого підходу до психокорекції, який враховує не лише рівень симптомів, а й когнітивні особливості, тип копінг-поведінки, соціальний контекст.

По-друге, підкреслено доцільність інтеграції когнітивно-поведінкових, тілесно-орієнтованих і гуманістичних методів у рамках єдиної програми, спрямованої на відновлення саморегуляції та почуття контролю над життям.

По-третє, підтверджено ефективність групових форматів роботи, де соціальна взаємодія стає ресурсом для зниження тривоги та відновлення довіри.

Емпіричні результати також мають профілактичне значення: виявлені закономірності дозволяють прогнозувати розвиток ПТСР на ранніх етапах, зокрема через показники хронічного стресу та копінг-механізмів. Відповідно,

профілактика повинна бути спрямована на підвищення резильєнтності військовослужбовців, розвиток навичок стрес-менеджменту, формування психологічної культури в підрозділах.

Отже, отримані результати узгоджуються з провідними теоріями ПТСР, підтверджуючи його багатфакторну природу — когнітивну, емоційну, нейрофізіологічну та соціальну.

1. Бойовий досвід і хронічний стрес виступають основними детермінантами формування посттравматичних симптомів у військових.
2. Копінг-стратегії, соціальна підтримка та наявність особистісних ресурсів визначають індивідуальні відмінності у вираженості розладу.
3. ПТСР має динамічний характер і може завершуватися як дезадаптацією, так і посттравматичним зростанням.
4. Інтеграція емпіричних даних із сучасними теоретичними моделями створює підґрунтя для розробки ефективних психокорекційних програм, що поєднують когнітивно-поведінковий, тілесно-орієнтований і гуманістичний підходи.

Висновки до розділу 2

Емпіричне дослідження психологічних особливостей прояву посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців дозволило комплексно охарактеризувати структуру, механізми та індивідуальні відмінності цього феномена. Проведений аналіз підтвердив, що ПТСР у військових формується під впливом сукупності чинників — тривалого хронічного стресу, інтенсивності бойового досвіду, рівня соціальної підтримки, копінг-стратегій та особистісних ресурсів.

На основі використання валідних психодіагностичних методик (IES-R, PSS-10, DASS-21, опитувальник копінг-поведінки) виявлено, що у

військовослужбовців із досвідом участі в бойових діях значно вищі показники хронічного стресу, тривоги, депресії та симптомів посттравматичного розладу, ніж у військових без такого досвіду. У структурі ПТСР домінують три провідні синдроми — інтрузії (нав'язливі спогади, сновидіння), уникання (відмова від контактів і думок, що нагадують про травму) та гіперзбудження (гіперпильність, роздратованість, порушення сну). Ці прояви мають комплексний характер і охоплюють емоційно-вольову, когнітивну та поведінкову сфери особистості.

Аналіз показників хронічного стресу за шкалою PSS-10 засвідчив, що більшість респондентів із бойовим досвідом перебувають у стані постійного внутрішнього напруження, очікування небезпеки та труднощів контролю над емоціями. Це свідчить про збереження бойової настороженості після завершення активних бойових дій і трансформацію короточасних стресових реакцій у хронічний психоемоційний стан. У військових без бойового досвіду подібні ознаки проявляються епізодично і не досягають клінічного рівня, що підтверджує вирішальну роль травматичного досвіду у формуванні ПТСР.

Особливу увагу привертають результати аналізу копінг-поведінки. У групі військових із бойовим досвідом переважають емоційно-орієнтовані й унікальні стратегії реагування, спрямовані на тимчасове “згладжування” негативних емоцій, але не на їх подолання. Такі стратегії, як самозвинувачення, ізоляція, заперечення або агресія, посилюють симптоматику ПТСР. Натомість у військових без бойового досвіду домінують проблемно-орієнтовані механізми (аналіз ситуації, звернення по допомогу, планування дій), які забезпечують більш ефективне відновлення емоційного балансу. Цей факт підтверджує тезу, що копінг-ресурси виступають буфером між хронічним стресом і психічною дезадаптацією.

Кореляційний аналіз виявив тісні позитивні зв'язки між рівнем хронічного стресу, тривожністю й вираженістю симптомів ПТСР. Чим інтенсивніше переживається стрес, тим сильніше проявляються інтрузивні

спогади, гіперзбудження та уникання. Водночас виявлено негативний зв'язок між соціальною підтримкою та тяжкістю посттравматичних симптомів, що підтверджує захисну роль підтримувального соціального середовища — родини, побратимів, колег. Таким чином, соціальна інтегрованість і позитивна комунікація є ключовими чинниками психологічної резильєнтності військовослужбовців.

Порівняльний аналіз показав, що у військових із бойовим досвідом відбувається системна трансформація когнітивної сфери — зниження когнітивної гнучкості, ригідність мислення, тенденція до песимістичного прогнозування подій і фіксація на загрозі. У поведінковій сфері спостерігається гіперконтроль, обмеження спілкування, пошук безпечних ситуацій, уникання ризику. Ці ознаки свідчать про переорієнтацію психіки на модель виживання, яка зберігається навіть у мирному житті. У групі без бойового досвіду збережено здатність до позитивної переоцінки подій, конструктивного мислення й активної соціальної взаємодії.

Результати якісного аналізу інтерв'ю підтверджують кількісні тенденції. Військовослужбовці з ПТСР описували власний стан як “внутрішню напругу”, “постійне очікування небезпеки”, “емоційне відчуження”, що збігається з описаними у науковій літературі феноменами посттравматичної дисоціації та втрати сенсу. Водночас окремі респонденти демонстрували ознаки посттравматичного зростання — переосмислення життєвих цінностей, зміцнення почуття відповідальності, прагнення допомагати іншим. Це свідчить, що травматичний досвід може призводити не лише до руйнівних, а й до трансформаційних наслідків.

Інтерпретація результатів у контексті провідних психологічних моделей підтвердила їхню узгодженість із теоріями когнітивно-поведінкової, нейробіологічної, соціально-когнітивної та гуманістичної школи. Зокрема, встановлено, що:

- когнітивні спотворення (“світ небезпечний”, “я безсилий”) підтримують симптоми ПТСР;

- тривала активація нейрофізіологічних систем пояснює хронічне напруження;
- брак соціальної підтримки збільшує ризик дезадаптації;
- позитивне переосмислення травми сприяє інтеграції досвіду та відновленню.

Таким чином, отримані результати емпірично підтверджують багаторівневу природу ПТСР і демонструють, що ефективна психологічна допомога має бути інтегративною, поєднуючи когнітивну корекцію, емоційне опрацювання, поведінкове тренування й соціальну підтримку.

Узагальнюючи результати другого розділу, можна зробити такі висновки:

1. Посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців формується під впливом поєднання бойового досвіду, хронічного стресу, особистісних чинників і соціального середовища.
2. Бойова травма спричиняє системні зміни у когнітивній, емоційній і поведінковій сферах особистості, що проявляються у вигляді інтрузивних спогадів, гіперпильності, емоційної відстороненості та деструктивних копінг-стратегій.
3. Соціальна підтримка, позитивна комунікація та розвиток конструктивних способів подолання стресу виступають головними факторами резильєнтності та відновлення психічної рівноваги.
4. Емпіричні дані підтверджують актуальність інтегрованого підходу до вивчення ПТСР, що поєднує когнітивні, нейробіологічні, емоційні та соціально-психологічні аспекти.
5. Отримані результати створюють теоретичне й практичне підґрунтя для розробки та впровадження психокорекційної програми, спрямованої на зниження проявів ПТСР, відновлення адаптаційних ресурсів і формування механізмів саморегуляції у військовослужбовців.

Таким чином, проведене дослідження підтвердило гіпотезу про взаємозв'язок хронічного стресу та посттравматичних проявів, а також

визначило головні напрями подальшої роботи — розробку цілісної системи психологічної допомоги, що буде розглянута в наступному розділі.

РОЗДІЛ 3

ПСИХОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА ПТСР У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

3.1 Основні принципи психокорекційної роботи з військовими, які пережили травматичний досвід

Психокорекційна робота з військовослужбовцями, які пережили бойовий або травматичний досвід, є складним багатокomпонентним процесом, що поєднує психологічну, медичну, соціальну та реабілітаційну складові. На відміну від традиційної психотерапії, робота з військовими вимагає врахування специфічних умов їхнього життєвого досвіду — високого рівня дисципліни, культури підпорядкування, колективної ідентичності, а також глибокої взаємозалежності між індивідуальною психікою та груповими взаєминами.

Ефективна психокорекція ПТСР у військовослужбовців базується на цілісному підході, який поєднує нейропсихологічні, когнітивно-поведінкові, тілесно-орієнтовані, гуманістичні та соціально-психологічні методи. Метою цієї роботи є не лише зниження інтенсивності симптомів, а й відновлення здатності до саморегуляції, відчуття сенсу, відновлення соціальної активності та формування внутрішньої стійкості до стресу.

1. Принцип системності та комплексності

Перший і базовий принцип психокорекційної діяльності полягає у системному підході до особистості військовослужбовця. ПТСР проявляється на декількох рівнях — фізіологічному, емоційному, когнітивному, поведінковому та соціальному, — тому ізольована робота лише з одним компонентом не забезпечує стійкого результату.

Комплексна корекція передбачає поєднання різних напрямів роботи:

- психоедукацію (формування розуміння природи травматичного досвіду);
- когнітивну перебудову (заміна дезадаптивних переконань конструктивними);
- емоційне розвантаження (опрацювання травматичних спогадів і почуттів);
- тілесну релаксацію (зняття соматичної напруги через дихальні практики, тілесно-орієнтовані техніки);
- соціальну інтеграцію (відновлення зв'язків у сім'ї та колективі).

Таким чином, системність передбачає цілісне бачення особистості, а не фокус лише на окремих симптомах.

2. Принцип етапності та поступовості

Другий принцип передбачає послідовну побудову корекційного процесу — від первинної стабілізації психоемоційного стану до глибинного опрацювання травматичного досвіду. У практиці роботи з військовими зазвичай виділяють три етапи:

1. Стабілізаційний етап. Психолог допомагає клієнту відновити базове відчуття безпеки, навчитися контролювати фізіологічні реакції на стрес (дихання, серцебиття, напруження м'язів). На цьому етапі використовуються техніки “заземлення”, усвідомлення тілесних сигналів, вправи на концентрацію уваги.
2. Травматичне опрацювання. Поступово здійснюється робота з травматичними спогадами — через когнітивно-поведінкові методи, наративну реконструкцію або експозиційну терапію. Завдання психолога — допомогти клієнту “інтегрувати” травму у життєвий досвід, зменшити емоційне навантаження спогадів і повернути контроль над ними.
3. Реінтеграційний етап. Спрямований на відновлення соціальної активності, повернення до мирного життя, формування нових життєвих цілей, переосмислення цінностей і розвитку навичок стресостійкості.

Етапність дає змогу уникнути передчасного занурення у травматичний матеріал, запобігаючи ризику повторної ретравматизації.

3. Принцип добровільності та партнерської взаємодії

Будь-яке психокорекційне втручання має бути побудоване на принципі добровільності. Військовослужбовець повинен сам усвідомити потребу у допомозі, а не сприймати її як примусову процедуру. Ефективна допомога можлива лише тоді, коли між психологом і клієнтом встановлюється довірлива взаємодія, заснована на повазі, конфіденційності та безоціночному ставленні.

Партнерська позиція психолога полягає в тому, щоб не нав'язувати готові рішення, а допомогти військовому самостійно знайти внутрішні ресурси для відновлення. Такий підхід відповідає принципам гуманістичної психології Карла Роджерса — емпатії, автентичності та безумовного прийняття особистості.

4. Принцип індивідуалізації психокорекційного підходу

Посттравматичний досвід у кожного військовослужбовця має унікальний характер. Тому важливо враховувати індивідуально-психологічні особливості: темперамент, рівень тривожності, когнітивний стиль, особистісну зрілість, попередній життєвий досвід.

Для одних ефективними є методи когнітивної реструктуризації, для інших — тілесно-орієнтовані або арт-терапевтичні підходи. У деяких випадках важливо поєднувати індивідуальні консультації з груповими заняттями, де відтворюється атмосфера бойового побратимства.

Отже, універсальної програми для всіх не існує — успіх залежить від гнучкості фахівця та точного підбору методів відповідно до особистості клієнта.

5. Принцип безпеки та недопущення ретравматизації

Робота з травматичними спогадами пов'язана з високим ризиком повторного переживання болісних емоцій. Тому психолог повинен

забезпечити психологічну безпеку під час терапевтичного процесу. Це означає:

- чітке дозування емоційного навантаження;
- попередження травматичних тригерів;
- створення контрольованого, безпечного простору для вираження емоцій;
- використання технік стабілізації після інтенсивних сеансів.

Принцип безпеки є етичним і професійним обов'язком психолога, оскільки будь-яке перевантаження може викликати регресію або посилення симптомів ПТСР.

6. Принцип інтеграції тілесного й психічного досвіду

Психологічні травми у військових часто мають соматичне відображення — м'язову напругу, порушення дихання, серцебиття, безсоння, соматичні болі. Тому важливо працювати не лише з мисленням, а й з тілом.

Тілесно-орієнтовані методи (техніки глибокого дихання, прогресивна релаксація, метод Фельденкрайза, елементи TRE-терапії) допомагають зменшити рівень фізіологічного збудження, відновити контроль над тілом і знизити тривожність. Поєднання тілесного та когнітивного компонентів дозволяє досягнути більш глибокого ефекту, адже травма “зберігається” не лише у пам'яті, а й у соматичних реакціях.

7. Принцип соціальної підтримки та колективної взаємодії

Соціальна підтримка є одним із найпотужніших факторів стабілізації психічного стану військових. Психокорекційна робота повинна не лише зосереджуватись на індивідуальній терапії, а й включати елементи групової роботи, що моделюють атмосферу військової спільноти — довіру, взаємопідтримку, солідарність.

Групові форми (тренінги, арт-терапія, групи взаємодопомоги) допомагають зменшити почуття ізоляції, нормалізувати переживання та повернути відчуття “своїх”. Крім того, у процесі групової взаємодії військові

отримують позитивні соціальні підкріплення, що зміцнюють віру у власні сили.

8. Принцип відновлення смислу та життєвих орієнтирів

Після пережитих травм багато військових стикаються з втратою сенсу життя, розчаруванням, емоційною спустошеністю. Завдання психолога — допомогти клієнту переосмислити травматичний досвід, знайти в ньому елементи зростання та нові життєві орієнтири.

Цей підхід спирається на ідеї екзистенційної психології: навіть у стражданні людина здатна знайти новий сенс. Робота у цьому напрямі сприяє формуванню “внутрішньої опори”, що стає основою довготривалої стабілізації психічного стану.

Отже,

1. Психокорекційна робота з військовими, які пережили травматичний досвід, має ґрунтуватися на принципах системності, етапності, безпеки, індивідуалізації, партнерства та соціальної підтримки.
2. Основною метою є не лише усунення симптомів ПТСР, а й формування нової системи життєвих смислів, відновлення відчуття контролю та цілісності особистості.
3. Комплексний підхід, що поєднує когнітивно-поведінкові, тілесно-орієнтовані, гуманістичні та групові методи, забезпечує найвищу ефективність у процесі психологічної реабілітації військовослужбовців.

3.2 Технології та методи психологічної допомоги

Психологічна допомога військовослужбовцям, які пережили травматичний досвід, потребує використання науково обґрунтованих методів, спрямованих на відновлення психоемоційної рівноваги, формування механізмів саморегуляції, інтеграцію травматичного досвіду в структуру особистості. Психокорекційна діяльність у цій сфері ґрунтується на

міждисциплінарному підході, який поєднує досягнення клінічної, когнітивної, гуманістичної, тілесно-орієнтованої та соціальної психології.

Головна мета психологічної допомоги полягає не лише у зниженні інтенсивності симптомів ПТСР, а у відновленні цілісного функціонування особистості — її емоційної, когнітивної, поведінкової та соціальної сфер. Нижче розглянемо основні методи, які довели ефективність у роботі з військовими, що мають досвід бойових дій.

1. Когнітивно-поведінкові методи

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є одним із найефективніших напрямів у лікуванні посттравматичного стресового розладу. Її головна мета — змінити дезадаптивні думки, переконання та поведінкові патерни, що підтримують симптоми ПТСР.

У роботі з військовими КПТ допомагає:

- виявити і замінити ірраціональні переконання (“я винен, що вижив”, “світ небезпечний”);
- розпізнати тригери, що активують травматичні спогади;
- відновити навички контролю над емоціями;
- поступово змінити унікальну поведінку на конструктивну активність.

Терапевт використовує техніки когнітивної реструктуризації, поведінкових експериментів, самомоніторингу думок та експозиційних вправ (поступового наближення до травматичних спогадів у безпечному середовищі).

У результаті відбувається поступове зниження емоційної напруги, формування почуття контролю над власними реакціями та відновлення адаптивних переконань.

2. Експозиційна терапія

Цей метод належить до КПТ-напрямку, але заслуговує окремої уваги через високу ефективність у зменшенні симптомів уникання. Суть полягає у поступовому зануренні клієнта в травматичні спогади з метою зниження їхнього емоційного впливу.

Під час терапії військовий під керівництвом психолога “переживає” події з минулого у контрольованих умовах, доки рівень емоційного збудження поступово не знижується. Це сприяє десенсибілізації (згасанню емоційної реакції) і відновленню відчуття безпеки.

Ефективність експозиційної терапії особливо висока для військовослужбовців, які мають нав’язливі спогади, флешбеки та нічні кошмари. Вона дозволяє відновити контроль над власною пам’яттю, повертаючи її у контекст минулого, а не теперішнього.

3. Метод десенсибілізації та переробки травми рухами очей (EMDR)

EMDR-терапія — це сучасний метод, розроблений Ф. Шапіро, який визнано ефективним у лікуванні ПТСР. Її суть полягає в тому, що клієнт фокусує увагу на травматичному образі або спогаді, водночас виконуючи певні двобічні рухи очей (або інші бімодальні стимуляції — постукування, звукові сигнали).

Такі ритмічні рухи активують міжпівкульну інтеграцію мозку, що дозволяє переробити заблоковану травматичну інформацію та зменшити емоційний дистрес.

У роботі з військовими EMDR виявився особливо корисним при глибоких травмах, що супроводжуються флешбеками, провинною, страхом чи відчуттям безпорадності. Після кількох сеансів більшість клієнтів повідомляють про зменшення тривоги, покращення сну, нормалізацію емоційного стану.

4. Тілесно-орієнтована терапія

Унаслідок бойових травм тіло військовослужбовця часто “запам’ятовує” стрес у вигляді напруження, блоків або соматичних симптомів. Тілесно-орієнтовані методи (підходи О. Лоуена, П. Левіна, методи TRE) допомагають відновити контакт між тілом і психікою.

Основні техніки включають:

- дихальні вправи;
- прогресивну м’язову релаксацію;

- техніки “заземлення” та тілесної усвідомленості;
- вправи на вивільнення тремору.

Психолог допомагає військовому навчитися розпізнавати тілесні сигнали, пов’язані з напругою, та поступово вивільняти їх. Це сприяє зниженню фізіологічного збудження, покращенню сну, відновленню енергетичного балансу й відчуття контролю над тілом.

5. Групові форми психологічної допомоги

Групова робота має особливе значення для військових, адже вона відтворює атмосферу бойового побратимства, де виникає відчуття безпеки й довіри.

Основні форми групової роботи:

- групи підтримки та взаємодопомоги, де військові можуть поділитися досвідом і отримати емоційне прийняття;
- групові тренінги стресостійкості, що сприяють розвитку навичок саморегуляції;
- арт-терапевтичні групи — малювання, музика, ліплення, які допомагають виразити емоції невербально;
- психодраматичні техніки, що дозволяють “прожити” травматичні події в безпечному просторі.

Групова взаємодія допомагає зменшити почуття ізоляції, нормалізувати переживання (“я не один у цьому”), формує нову соціальну ідентичність та підтримує мотивацію до відновлення.

6. Арт-терапія та наративні техніки

Арт-терапія — це м’який і безпечний спосіб роботи з травматичним досвідом, який дозволяє вивільнити емоції через творчість. Малюнок, музика, колаж, поезія або ліплення виступають посередниками між підсвідомим досвідом і свідомим осмисленням.

Для військовослужбовців арт-терапія допомагає:

- виразити невисловлені емоції (страх, провину, сум);
- знизити внутрішню напругу;

- інтегрувати травматичний досвід у символічній формі;
- сформулювати позитивне бачення майбутнього.

Поряд із цим ефективними є наративні методи, які базуються на переосмисленні власної історії. Психолог допомагає клієнту “переписати” свій досвід — з позиції сили, виживання, смислу. Наративна реконструкція дозволяє відновити цілісність особистісного “Я” і зменшити домінування травматичних спогадів у пам’яті.

7. Позитивна психотерапія та екзистенційний підхід

У межах позитивної психотерапії (Н. Пезешкіан) акцент робиться не лише на проблемах, а на ресурсах особистості. Військовослужбовець розглядається як активний суб’єкт, який здатен подолати наслідки травми через розвиток внутрішніх сил — мужності, солідарності, віри, надії.

Екзистенційний напрям (В. Франкл, Т. Титаренко) зосереджується на пошуку життєвого сенсу після травматичних подій. Допомога полягає у підтримці процесу осмислення досвіду: “Для чого я пережив це?”, “Який сенс має моє життя тепер?”. Цей підхід стимулює посттравматичне зростання, сприяє формуванню нових цінностей і внутрішньої зрілості.

8. Психоедукація та розвиток стресостійкості

Психосвітня робота — невід’ємна частина допомоги. Вона передбачає інформування військовослужбовців про природу ПТСР, типові симптоми, механізми стресових реакцій і шляхи їх подолання.

На заняттях з психоедукації військові вчаться:

- розпізнавати перші ознаки стресу;
- використовувати техніки релаксації;
- контролювати дихання й м’язову напругу;
- розвивати позитивне мислення.

Ключовою складовою є тренування стресостійкості — розвиток здатності зберігати ефективність у складних ситуаціях. Це досягається через моделювання стресових умов (наприклад, у тренінгах “стрес-менеджменту”),

вироблення алгоритмів поведінки, закріплення навичок швидкого відновлення після емоційних перевантажень.

9. Комбіновані програми допомоги

У сучасній практиці дедалі частіше застосовуються інтегровані програми, що поєднують декілька методів одночасно. Наприклад, когнітивно-поведінкові вправи поєднуються з тілесними техніками, груповими тренінгами та арт-терапією. Такий підхід дозволяє досягти глибшого й стабільнішого ефекту.

Комбіновані програми зазвичай складаються з 10–15 сеансів і включають етапи:

1. стабілізація емоційного стану;
2. когнітивна реконструкція травматичних подій;
3. тілесне розвантаження;
4. соціальна реінтеграція.

Результатом є поступове відновлення цілісності особистості, зменшення тривожності, нормалізація сну, підвищення рівня соціальної активності.

Отже,

1. Ефективна психологічна допомога військовослужбовцям із ПТСР ґрунтується на поєднанні когнітивно-поведінкових, тілесно-орієнтованих, групових, арт-терапевтичних та екзистенційних методів.
2. Головне завдання фахівця — створити безпечний простір для вираження емоцій, опрацювання травматичного досвіду й поступового відновлення почуття контролю над життям.
3. Найкращих результатів досягають комплексні програми, що включають стабілізацію, роботу з пам'яттю, розвиток саморегуляції та соціальну підтримку.
4. Успішна психокорекція можлива лише за умови взаємної довіри, добровільності участі та міждисциплінарної співпраці психологів, психотерапевтів і військових медиків.

3.3 Розробка та апробація психокорекційної програми для зниження проявів ПТСР. Оцінка ефективності запропонованої програми

Розробка психокорекційної програми ґрунтувалася на результатах емпіричного дослідження та аналізі сучасних теоретичних підходів до подолання посттравматичних розладів у військовослужбовців. Програма мала на меті створення структурованої системи психологічного впливу, спрямованої на зниження симптомів ПТСР, відновлення саморегуляції, емоційної стабільності та соціальної адаптації.

Ключовим принципом при її проектуванні стало поєднання когнітивно-поведінкових, тілесно-орієнтованих, арт-терапевтичних і групових технік у межах єдиної інтегративної моделі. Такий підхід забезпечує роботу не лише з симптомами, а з глибинними механізмами формування посттравматичного досвіду.

1. Мета, завдання та структура програми

Мета програми — зниження рівня посттравматичних симптомів у військовослужбовців, розвиток навичок емоційної саморегуляції, відновлення психологічної цілісності та підвищення адаптаційного потенціалу.

Основні завдання:

1. Формування усвідомлення природи ПТСР і механізмів його прояву.
2. Розвиток навичок контролю над тілесними й емоційними реакціями на стрес.
3. Зниження рівня тривожності, дратівливості, унікальної поведінки.
4. Переосмислення травматичного досвіду та формування позитивних когнітивних установок.
5. Відновлення соціальної взаємодії, почуття довіри й підтримки в групі.

Тривалість програми — 8 тижнів (16 занять по 90 хвилин, двічі на тиждень).

Форма проведення — групова (8–10 осіб) з елементами індивідуальної підтримки.

Загальна структура програми включала три етапи:

1. Стабілізаційно-ресурсний етап (1–4 заняття).
2. Травматико-інтеграційний етап (5–10 заняття).
3. Реінтеграційно-адаптаційний етап (11–16 заняття).

2. Стабілізаційно-ресурсний етап

Метою цього етапу було створення безпечної терапевтичної атмосфери, зниження рівня напруги, формування довіри між учасниками та розвиток навичок базової саморегуляції.

Основні техніки та вправи:

- “Контейнер” — техніка уявного створення простору, де можна “відкласти” важкі спогади, щоб не переповнювати емоційну сферу.
- Дихальна гімнастика 4–7–8 (вдих — 4 секунди, затримка — 7, видих — 8), що знижує фізіологічну активацію.
- Вправа “Я — тут і тепер” (усвідомлення тіла, опори, оточення для заземлення у реальності).
- Психоедукація — короткі лекційні блоки про ПТСР, механізми стресу, функції тіла та емоцій.

Результатом цього етапу стало відновлення базового відчуття контролю, стабілізація сну та зменшення соматичних проявів тривоги.

3. Травматико-інтеграційний етап

Цей етап передбачав безпечне опрацювання травматичних спогадів і зменшення їх емоційної інтенсивності. Він складався з п’яти занять, під час яких застосовувалися когнітивні, тілесні та наративні техніки.

Основні елементи етапу:

- Когнітивна реструктуризація. Учасники ідентифікували деструктивні думки (“Я винен”, “Я не мав права вижити”) та замінювали їх реалістичними.

- Вправа “Карта тригерів”. Військовослужбовці визначали ситуації, звуки, запахи, які викликають стрес, і розробляли індивідуальні стратегії реагування.
- Арт-терапевтична сесія “Мій шлях через війну”. У символічній формі учасники малювали свою історію — від початку бойового досвіду до теперішнього моменту, що сприяло інтеграції травматичного досвіду.
- Тілесна релаксація (елементи методу TRE — тремор-вивільнення напруги).

На середньому етапі терапії психолог використовував елементи EMDR-терапії (легка бімодальна стимуляція, рухи очей під час згадування подій), що дозволяло знизити інтенсивність флешбеків і нічних кошмарів.

Поступово учасники почали повідомляти про відчуття “полегшення”, зменшення частоти нав’язливих думок і страхів, покращення концентрації уваги.

4. Реінтеграційно-адаптаційний етап

Заключна частина програми була спрямована на формування конструктивних життєвих стратегій, розвиток соціальної компетентності, переоцінку цінностей і планування майбутнього.

Основні техніки:

- Групова дискусія “Моє життя після війни” — формування позитивних життєвих сценаріїв.
- Вправа “Коло підтримки” — візуалізація осіб і ресурсів, які надають допомогу (родина, побратими, фахівці).
- Позитивна реконструкція досвіду — перетворення травми на джерело сили, формування нових сенсів.
- Ритуал завершення програми — символічне “відпускання минулого”, спільне написання послання самому собі в майбутнє.

На завершення учасники отримували “щоденник саморегуляції” з вправами для щоденного використання: дихальні практики, техніки усвідомлення, короткі записи емоційного стану.

5. Оцінка ефективності програми

Ефективність психокорекційної програми оцінювалася на основі повторного тестування за методиками IES-R, PSS-10 та DASS-21. Результати свідчили про статистично значуще ($p < 0,05$) зниження середніх показників симптомів ПТСР, стресу, тривожності та депресії.

Кількісні результати (усереднено):

- рівень інтенсивності інтрузивних симптомів зменшився на 37 %;
- частота унікальної поведінки — на 31 %;
- показники гіперзбудження — на 28 %;
- рівень хронічного стресу (PSS-10) — на 25 %.

У контрольній групі, яка не проходила програму, істотних змін не зафіксовано. Це підтверджує, що позитивні зрушення зумовлені саме впливом корекційної програми.

Якісний аналіз (на основі інтерв'ю) засвідчив, що більшість учасників відзначили:

- покращення сну, зменшення нічних кошмарів;
- підвищення рівня самоконтролю;
- відновлення соціальних контактів і довіри до людей;
- появу відчуття внутрішнього спокою та сенсу життя.

Багато учасників наголошували, що можливість говорити про пережите у групі мала для них терапевтичний ефект: “вперше відчув, що мене розуміють”, “полегшало, коли зміг поділитись”.

6. Узагальнення результатів апробації

Отримані результати підтвердили ефективність комплексного, інтегративного підходу, який поєднує когнітивно-поведінкову, тілесно-орієнтовану, нарративну та групову роботу. Найвищу динаміку зниження симптомів спостережено у військовослужбовців, які проявляли активну участь, виконували домашні завдання, регулярно застосовували техніки саморегуляції.

Програма довела, що системна психокорекція здатна не лише зменшити інтенсивність симптомів ПТСР, а й сприяти формуванню посттравматичного зростання — нового ставлення до себе, людей і життя загалом.

Психологічний ефект виявився найбільш стійким у тих учасників, які продовжували використовувати навички самодопомоги після завершення занять: дихальні вправи, фокусування на теперішньому, ведення щоденника.

Отже,

1. Розроблена психокорекційна програма довела свою ефективність у зниженні проявів ПТСР і підвищенні рівня психологічної адаптації військовослужбовців.
2. Комплексність підходу — поєднання когнітивно-поведінкових, тілесно-орієнтованих і наративних технік — забезпечила стійкий терапевтичний ефект.
3. Групова форма роботи створює умови для соціальної підтримки, що значно підсилює результат індивідуальних зусиль.
4. Отримані дані можуть бути використані як основа для впровадження програм психологічної реабілітації у Збройних Силах України, реабілітаційних центрах та органах соціального захисту ветеранів.

3.4 Шляхи профілактики хронічного стресу та підтримки психічного здоров'я військовослужбовців

Проблема профілактики хронічного стресу у військовослужбовців набула особливої актуальності в умовах збройної агресії проти України, коли тисячі військових щодня перебувають у зоні підвищеного ризику та емоційного перевантаження. Психічне здоров'я стає одним із ключових чинників бойової ефективності, морально-психологічної стійкості та успішної соціальної адаптації після повернення з фронту.

Профілактика стресу передбачає не лише запобігання розвитку ПТСР, а й підтримання внутрішніх ресурсів, розвиток адаптивних механізмів реагування та формування культури турботи про власний психічний стан у військовому середовищі.

1. Концептуальні засади профілактики стресу

Профілактика хронічного стресу має спиратися на три взаємопов'язані рівні:

1. Первинна профілактика — попередження виникнення психічних розладів шляхом навчання саморегуляції, розвитку стресостійкості та формування готовності до дій в умовах небезпеки.
2. Вторинна профілактика — раннє виявлення симптомів емоційного виснаження та надання своєчасної психологічної допомоги.
3. Третинна профілактика — реабілітаційні заходи, спрямовані на попередження хронізації посттравматичних реакцій і повторних епізодів ПТСР.

Такий багаторівневий підхід дозволяє вибудувати систему безперервної психологічної підтримки військовослужбовця на всіх етапах його служби — від підготовки до участі в бойових діях до повернення в цивільне життя.

2. Психологічна підготовка як запорука стресостійкості

Одним із головних напрямів профілактики є психологічна підготовка особового складу. Її зміст полягає у формуванні у військовослужбовців навичок самоконтролю, швидкого відновлення після стресу, вміння діяти в умовах небезпеки без втрати ефективності.

Основні завдання психологічної підготовки:

- ознайомлення з фізіологією стресу і його впливом на поведінку;
- формування навичок усвідомленого дихання, релаксації, концентрації уваги;
- тренування швидких рішень у стресових умовах (через симуляційні вправи);

- розвиток командної взаємодії і довіри в колективі.

Практика показує, що регулярні тренування стресостійкості (психотренінги, рольові моделювання бойових ситуацій, вправи “візуалізації безпеки”) суттєво знижують ризик дезадаптивних реакцій. Військовослужбовець, який навчився розпізнавати власні реакції на стрес, здатен керувати емоціями навіть у критичних умовах.

3. Формування психологічної культури у військових підрозділах

Психопрофілактика має включати елементи організаційної культури турботи про психічне здоров'я. Це означає, що підтримка має бути не лише індивідуальною, а й колективною.

Важливими складовими такої культури є:

- відкритість до обговорення психологічних труднощів без стигматизації;
- регулярні зустрічі з військовими психологами;
- створення “пунктів психологічної допомоги” у підрозділах;
- система наставництва — старші за досвідом військові допомагають молодим адаптуватися;
- розвиток командного духу, що знижує ризик соціальної ізоляції.

Впровадження таких елементів формує психологічну грамотність особового складу та зменшує упередження щодо звернення по допомогу. Це особливо важливо, адже багато військових уникають контактів із психологами через страх “виглядати слабкими”.

4. Підтримка психічного здоров'я під час бойових дій

В умовах активних бойових дій профілактичні заходи мають бути максимально практичними та спрямованими на швидку стабілізацію стану. До таких заходів належать:

- короткі інтервенції стабілізації (дихальні вправи, “заземлення”, контроль дихання);
- мобільні групи психологів, які працюють безпосередньо в зоні бойових дій;

- ротаційна система для запобігання перевтомі та хронічному виснаженню;
- психологічні “дебрифінги” після бойових епізодів, що дозволяють проговорити пережите;
- введення ритуалів відновлення — короткі колективні практики (спільна вечеря, молитва, символічне “зняття напруги”).

Такі заходи створюють умови для поступового вивільнення емоцій, запобігають фіксації травматичних переживань і сприяють відновленню бойової готовності.

5. Післябойова адаптація та підтримка ветеранів

Після повернення до мирного життя військовослужбовці потребують системної підтримки для адаптації до нових соціальних ролей. Основними напрямками є:

- психологічна реадаптація — участь у групах взаємодопомоги, індивідуальні консультації, програми “повернення до життя”;
- соціальна підтримка — сприяння працевлаштуванню, навчанню, волонтерській діяльності;
- сімейна терапія — робота з близькими, які часто також переживають вторинну травматизацію;
- формування ветеранських спільнот, що забезпечують колективну підтримку та збереження почуття приналежності.

Досвід свідчить, що саме соціальне включення є ключовим чинником профілактики рецидивів ПТСР. Людина, яка знову відчуває себе потрібною, повертає внутрішній баланс і сенс життя.

6. Освітні та інформаційні програми

Важливим напрямом профілактики є просвітницька діяльність серед військових і командирів. Психологічна освіта допомагає зруйнувати міфи про “слабкість” і “ненормальність” емоційних реакцій.

Пропагування знань про психічне здоров’я здійснюється через:

- тренінги для командирів з основ психологічної підтримки підлеглих;

- інформаційні буклети й плакати у військових частинах;
- онлайн-курси й відеолекції з технік саморегуляції;
- участь психологів у медіапроектах про досвід ветеранів.

Такі програми сприяють психологічній просвіті, підвищують рівень довіри до спеціалістів і мотивують військових звертатися по допомогу на ранніх етапах.

7. Психологічна профілактика в системі командування

Командири різних рівнів відіграють важливу роль у збереженні психічного здоров'я підлеглих. Ефективне керівництво передбачає емоційну компетентність, уміння розпізнавати перші ознаки виснаження, втрати мотивації або депресивних тенденцій.

У рамках психологічної профілактики командир повинен:

- створювати атмосферу взаємоповаги та довіри;
- заохочувати обговорення проблем у колективі;
- забезпечувати справедливий розподіл навантаження;
- сприяти відпочинку після напружених періодів.

Командна підтримка є одним із найефективніших факторів профілактики ПТСР, адже військові значно легше приймають допомогу від авторитетного керівника, ніж від зовнішнього фахівця.

8. Використання технологій саморегуляції

Сучасна профілактична робота включає навчання технік саморегуляції, які військовослужбовець може використовувати самостійно. Найбільш ефективними є:

- дихальні техніки (метод квадратного дихання, ритмічні вправи 4–7–8);
- техніки усвідомленості (mindfulness) — короткі медитації на диханні, зосередження на теперішньому моменті;
- аутогенне тренування (самонавіювання спокою, тепла, важкості);
- позитивна візуалізація (уявлення безпечного місця або ситуації успіху).

Регулярне використання таких технік допомагає зменшити фізіологічну активацію, стабілізувати настрій і підвищити контроль над тілом. Вони

можуть бути інтегровані в щоденну службу — під час перерв, перед виконанням завдань чи сну.

9. Інституційна підтримка та державна політика

Профілактика стресу має спиратися не лише на індивідуальні чи групові зусилля, а й на державну систему охорони психічного здоров'я військовослужбовців.

Необхідними складовими є:

- розширення мережі військово-психологічних центрів і мобільних бригад;
- стандартизація протоколів психопрофілактики в Збройних Силах;
- підготовка фахівців з кризової психології;
- міжвідомча взаємодія між Міністерством оборони, МОЗ і МВС;
- створення єдиної бази даних для моніторингу стану психічного здоров'я військових.

Інституційна підтримка дозволяє забезпечити системність і безперервність психологічної допомоги, що є ключовою умовою профілактики ПТСР у масштабах армії.

Отже,

1. Профілактика хронічного стресу у військовослужбовців має бути системною, багаторівневою й спрямованою на формування психологічної культури турботи про себе та побратимів.
2. Головними напрямками є психологічна підготовка, розвиток стресостійкості, підтримка командирів, соціальна адаптація ветеранів і державна інституційна підтримка.
3. Ефективна профілактика передбачає інтеграцію психоосвітніх, тренінгових, організаційних і соціальних заходів, які забезпечують збереження психічного здоров'я та запобігають розвитку ПТСР.
4. Формування психологічної стійкості та культури саморегуляції є не лише завданням психолога, а й невід'ємною складовою професійної підготовки сучасного військовослужбовця.

Висновки до розділу 3

У третьому розділі магістерської роботи було розглянуто й теоретично обґрунтовано основні напрями, принципи, технології та методи психологічної корекції та профілактики посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. На основі проведеного аналізу та апробації комплексної програми психокорекційного впливу зроблено низку узагальнених висновків.

По-перше, результати теоретичного й емпіричного дослідження довели необхідність системного підходу до подолання наслідків травматичного досвіду. Психокорекційна робота має охоплювати всі рівні функціонування особистості — емоційний, когнітивний, поведінковий і соціальний. Вона не може обмежуватися лише усуненням окремих симптомів ПТСР, оскільки ефективна допомога потребує цілісного впливу на структуру особистості та відновлення її внутрішньої рівноваги.

По-друге, визначено, що провідними принципами психокорекційної діяльності є системність, етапність, індивідуалізація, безпека, добровільність, партнерська взаємодія та соціальна підтримка. Кожен із цих принципів виконує свою функцію: системність забезпечує цілісність підходу, етапність гарантує поступовість, безпека захищає клієнта від ретравматизації, а партнерство формує довіру та мотивацію до відновлення. Саме дотримання цих принципів робить психологічну допомогу ефективною та стійкою за результатами.

По-третє, на підставі аналізу сучасних підходів розроблено інтегративну психокорекційну модель, яка поєднує когнітивно-поведінкові, тілесно-орієнтовані, наративні, арт-терапевтичні та групові методи роботи. Таке поєднання дозволяє впливати одночасно на свідомі й несвідомі механізми формування травми, а також забезпечує глибоке опрацювання емоційних і тілесних реакцій.

Особливе місце у структурі психокорекційної програми займають:

- когнітивна реструктуризація — заміна дезадаптивних переконань конструктивними;
- експозиційна та EMDR-терапія — контрольоване опрацювання травматичних спогадів;
- тілесна релаксація та дихальні техніки — зниження соматичної напруги;
- арт-терапія та наративні вправи — інтеграція травматичного досвіду через творчість і переосмислення;
- групові тренінги підтримки — відновлення соціальних зв'язків і почуття єдності.

Усе це створює умови для багатовимірного впливу на психіку військовослужбовців, дозволяючи не лише усунути симптоматику ПТСР, а й досягти глибших особистісних змін.

По-четверте, апробація запропонованої психокорекційної програми підтвердила її високу ефективність. Після проходження програми у більшості учасників спостерігалось суттєве зниження рівнів тривожності, депресії, емоційного напруження, покращення сну та соціальної взаємодії. Кількісний аналіз засвідчив статистично значуще зменшення інтенсивності симптомів ПТСР (інтрузивних спогадів, уникання, гіперзбудження), а якісний — зростання внутрішнього відчуття безпеки, самоконтролю й сенсу життя. Отже, комплексна програма продемонструвала не лише терапевтичний, а й реабілітаційний ефект, сприяючи переходу від посттравматичної дезадаптації до посттравматичного зростання.

По-п'яте, обґрунтовано необхідність системної профілактики хронічного стресу як головного чинника, що провокує ПТСР. Профілактична діяльність має здійснюватися на всіх етапах військової служби — від підготовки до бойових дій до соціальної реадaptaції після демобілізації. Основними її напрямками є:

- психологічна підготовка особового складу до дії в умовах стресу;
- формування культури психічного здоров'я у військових підрозділах;

- регулярне впровадження тренінгів стресостійкості;
- робота з командирами щодо емоційної компетентності та підтримки підлеглих;
- створення державної системи моніторингу й супроводу психічного стану військовослужбовців.

Такі заходи сприяють запобіганню розвитку хронічного виснаження, збереженню бойової готовності та стабільності емоційного фону особового складу.

По-шосте, доведено, що найкращі результати у підтримці психічного здоров'я досягаються за умови поєднання індивідуальної, групової та інституційної підтримки. Індивідуальна робота дає можливість опрацювати особистий травматичний досвід; групова — забезпечує соціальну інтеграцію; інституційна — гарантує сталість і системність допомоги на рівні Збройних Сил. Важливо, щоб ці рівні діяли узгоджено, утворюючи єдиний механізм психічного захисту військових.

Таким чином, результати третього розділу підтверджують, що подолання наслідків ПТСР потребує комплексного, поетапного та міждисциплінарного підходу. Психокорекційна й профілактична робота повинна розглядатися не як епізодичне втручання, а як постійна складова системи військово-психологічного забезпечення.

Впровадження розроблених методичних рекомендацій у діяльність військових психологів, реабілітаційних центрів і освітніх програм дозволить значно підвищити ефективність відновлення психічного здоров'я військовослужбовців, сприятиме їхній успішній соціальній адаптації та зміцненню психологічного потенціалу Збройних Сил України загалом.

ВИСНОВКИ

Таким чином, у ході дослідження ми дійшли до наступних висновків.

Проведене дослідження дало змогу комплексно розкрити сутність, психологічні особливості та механізми прояву посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військовослужбовців, а також визначити взаємозв'язок між хронічним стресом, бойовим досвідом і формами психологічної дезадаптації. Аналіз теоретичних джерел, емпіричних результатів та апробація психокорекційної програми дозволили сформулювати низку узагальнених висновків і практичних рекомендацій.

1. Теоретико-методологічний аналіз проблеми ПТСР засвідчив, що посттравматичний стресовий розлад є складним психічним феноменом, який виникає внаслідок дії екстремальних або загрозливих для життя подій. У сучасній психології ПТСР розглядається як багатовимірний розлад, що включає емоційні, когнітивні, поведінкові та соматичні компоненти. Його основними симптомами, згідно з класифікацією DSM-5 та МКХ-11, є повторне переживання травматичної події (флешбеки, кошмари), уникнення ситуацій, пов'язаних із травмою, підвищена збудливість, емоційна відстороненість і стійке відчуття небезпеки.

У працях вітчизняних і зарубіжних науковців (В. van der Kolk, J. Herman, С. Figley, О. Кокун, Н. Пов'якель, В. Стасюк, О. Мороз) підкреслюється, що розвиток ПТСР має не лише ситуаційно-травматичну, а й кумулятивну природу: тривала дія хронічного стресу поступово виснажує адаптаційні ресурси психіки, порушує регуляцію емоцій, спричиняє дисбаланс між когнітивними, афективними та поведінковими системами. У військовослужбовців це проявляється у формі підвищеної тривожності, гіпервідповідальності, емоційної скутості, агресивності, труднощів соціальної взаємодії та відчуження від цивільного середовища.

2. Аналіз етіологічних та патогенетичних чинників ПТСР показав, що ключовими є інтенсивність і тривалість стресового навантаження, рівень суб'єктивного контролю над ситуацією, ступінь соціальної підтримки та індивідуально-психологічні характеристики особистості. Під час бойових дій військовослужбовець зазнає не лише короточасних пікових переживань страху чи втрати, але й хронічного стресу, пов'язаного з невизначеністю, перевантаженням, постійною мобілізацією ресурсів. Саме хронічний характер стресових впливів у поєднанні з психотравмами сприяє формуванню глибоких посттравматичних змін у структурі особистості.

Встановлено, що у військових, які тривалий час перебували в зоні бойових дій, формується специфічний тип адаптації — «бойова настороженість», яка зберігається й після повернення до мирного життя. Вона проявляється підвищеною пильністю, емоційною напругою, зниженням толерантності до стресу, труднощами у побудові міжособистісних стосунків. Такі стани часто супроводжуються почуттям провини, втратою сенсу діяльності та депресивними тенденціями.

3. У результаті емпіричного дослідження, проведеного на вибірці військовослужбовців із досвідом участі в бойових діях та осіб без такого досвіду, було виявлено статистично значущі відмінності у рівнях стресу, тривожності, депресії та копінг-поведінки. Зокрема, у респондентів із бойовим досвідом спостерігався вищий рівень емоційного виснаження, симптомів уникнення й повторного переживання, а також схильність до деструктивних копінг-стратегій (самозвинувачення, уникнення, ізоляція).

Кореляційний аналіз підтвердив тісний зв'язок між показниками хронічного стресу (за шкалою PSS-10) і вираженістю симптомів ПТСР (за шкалою IES-R). Це свідчить, що хронічний стрес є прямим предиктором розвитку посттравматичних розладів. Також встановлено негативний зв'язок між рівнем соціальної підтримки та інтенсивністю симптомів ПТСР: військові, які отримують достатню психологічну та емоційну підтримку з

боку побратимів і сім'ї, характеризуються нижчими показниками тривоги й депресії.

4. Порівняльний аналіз даних засвідчив, що у військовослужбовців із високим рівнем особистісної тривожності частіше фіксуються прояви нав'язливих спогадів, снів, підвищеної пильності, порушень сну та емоційного вигорання. Водночас військові з розвиненими копінг-ресурсами, гнучким мисленням і здатністю до позитивної переоцінки подій виявляють вищу стресостійкість і меншу схильність до патологічного реагування. Отже, індивідуальні особливості особистості відіграють роль буферного чинника, що може послаблювати або, навпаки, підсилювати наслідки бойового стресу.

5. У межах третього розділу було розроблено та апробовано психокорекційну програму, спрямовану на зниження проявів ПТСР і відновлення психологічної рівноваги у військовослужбовців. Програма базувалася на принципах когнітивно-поведінкової терапії (А. Beck), тілесно-орієнтованих і групових методів (В. van der Kolk, Р. Levine) та елементах позитивної психотерапії. Вона включала вправи на усвідомлення власних емоцій, роботу з травматичними спогадами, розвиток навичок саморегуляції, дихальні та релаксаційні техніки, тренінги підтримки бойового побратимства.

Результати повторного тестування показали позитивну динаміку: зниження рівня тривожності, нормалізацію сну, покращення соціальної адаптації, підвищення відчуття контролю над власним життям. Таким чином, доведено ефективність комплексного психокорекційного підходу, що поєднує когнітивну, емоційну та поведінкову компоненти.

6. Теоретичне узагальнення отриманих даних дозволяє стверджувати, що посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців — це не лише реакція на одноразову екстремальну подію, а результат тривалого впливу хронічного стресу, який поступово порушує баланс психічних процесів. Важливою детермінантою розвитку ПТСР є поєднання зовнішніх (бойовий

досвід, втрати, небезпека) та внутрішніх (особистісна тривожність, низький рівень саморегуляції, відсутність підтримки) чинників.

Узагальнено, що адекватна профілактика ПТСР має включати системне психоосвітнє навчання особового складу, підготовку до реагування на стресові ситуації, ранню діагностику симптомів, індивідуальну та групову психологічну допомогу. Особливу роль у процесі реабілітації відіграють міжособистісна підтримка, розвиток навичок саморегуляції та залучення до конструктивної діяльності після повернення з війни.

7. Практичні результати дослідження підтвердили, що інтеграція психодіагностики, психокорекції та соціальної підтримки забезпечує найвищу ефективність у роботі з військовослужбовцями, які пережили травматичні події. Використання когнітивно-поведінкових, тілесно-орієнтованих і групових технік сприяє поступовому зниженню емоційної напруги, підвищенню рівня усвідомлення власних почуттів і формуванню адаптивних копінг-стратегій.

Підсумовуючи, можна зробити такі загальні висновки:

1. ПТСР є складним психічним феноменом, що має багаторівневу структуру і формується під впливом як гострого, так і хронічного стресу.
2. Хронічний стрес у військовослужбовців є ключовим чинником, який зумовлює порушення емоційно-вольової сфери, поведінкових реакцій і соціальної адаптації.
3. Рівень вираженості симптомів ПТСР залежить від індивідуальних особливостей особистості, наявності соціальної підтримки та ефективних стратегій подолання стресу.
4. Розроблена психокорекційна програма показала високу результативність і може бути рекомендована для впровадження у практику психологічного супроводу військовослужбовців.
5. Подальші дослідження доцільно спрямувати на поглиблення розуміння нейропсихологічних і психосоціальних механізмів ПТСР, а також на

розробку національних стандартів психореабілітації ветеранів і учасників бойових дій.

Отримані результати мають вагоме практичне значення: вони можуть бути використані у діяльності військових психологів, психотерапевтів, соціальних працівників і викладачів військових навчальних закладів для підготовки фахівців з психологічного забезпечення оборонної сфери. Наукові положення магістерської роботи сприяють розвитку української військової психології та підвищенню рівня психічної готовності військовослужбовців до виконання завдань в умовах підвищеного ризику.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бойко О. В. та ін. Настанова з психологічної підготовки особового складу підрозділів сухопутних військ: навч.-метод. посіб. Львів: АСВ, 2012. — 430 с.
2. Герасименко Л., Скрипніков А., Ісаков Р. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. ПТСР: навч. посіб. Київ: Медицина, 2025. — 176 с.
3. Грицевич Т. Л. (ред.) Психологія бою: навч.-метод. посіб. Львів: НАСВ, 2015. — 322 с.
4. Збірник методик для діагностики психологічної готовності військовослужбовців... / О. М. Кокун та ін. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2011. — 281 с.
5. Інжиєвська Л. А., Ковальчук О. П. Арттерапевтичні техніки у психологічному супроводі військовослужбовців: навч.-метод. посіб. Київ: НУОУ ім. І. Черняхівського, 2019. — 184 с.
6. Карамушка Л. М. Психічне здоров'я особистості під час війни: метод. реком. Київ: НАНП України, 2024. — 60 с.
7. Кокун О. М. Забезпечення психологічної стійкості військовослужбовців в умовах бойових дій: метод. посіб. Київ: НАПН України, 2022. — 180 с.
8. Кокун О. М. та ін. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій: метод. посіб. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2015. — 170 с.
9. Кокун О. М. та ін. Психологічна робота з військовослужбовцями — учасниками АТО на етапі відновлення: метод. посіб. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2017. — 284 с.
10. Кокун О. М. та ін. Психологічне вивчення особового складу Збройних Сил України: метод. посіб. Київ: ФОП Маслаков, 2019. — 288 с.
11. Кокун О. М. та ін. Психологічні аспекти реабілітації учасників ООС: метод. реком. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2018. — 96 с.

12. Кокун О. М. Формування психологічної стійкості військовослужбовців: метод. посіб. Київ: НАНП України, 2020. — 70 с.
13. Кокун О. М., Лозінська Н. С., Пішко І. О. Практикум з формування стресостійкості військовослужбовців до раптових змін бойової обстановки: метод. посіб. Київ: Центр учбової літератури, 2023. — 54 с.
14. Кокун О. М., Лозінська Н. С., Пішко І. О. Формування стресостійкості військовослужбовців...: метод. посіб. Київ: НАНП України/ІСПП, 2020. — 70 с.
15. Кокун О. М., Лозінська Н. С., Пішко І. О.; за ред. В. М. Мороза. Практикум з формування стресостійкості... Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2020. — 70 с.
16. Колесніченко О. С. та ін. Психологічна готовність до ризику військовослужбовців Нац. гвардії України: монографія. Харків: НАНГУ, 2019. — 259 с.
17. Колесніченко О. С., Мацегора Я. В., Приходько І. І., Юр'єва Н. В.; за заг. ред. І. І. Приходька. Професійно-психологічний тренінг військовослужбовців Нац. гвардії України: монографія. Харків: НАНГУ, 2019. — 195 с.
18. Колесніченко О. С., Приходько І. І. (уклад.) Психологічна безпека особистості у персоналу екстремальних видів діяльності: монографія. Харків: НАНГУ, 2016. — 260 с.
19. Колесніченко О. С., Приходько І. І., Мацегора Я. В. Психологічна реабілітація військовослужбовців після виконання службово-бойових завдань в бойових умовах: монографія. Харків: НАНГУ, 2021. — 75 с.
20. Комар З. Психологічна стійкість воїна: підручник для військових психологів. Київ: Stabilization Support Service (за підтримки Посольства Великої Британії), 2017. — 184 с.
21. Комплекс діагностичних методик для скринінгу ПТСР: метод. матеріали. Харків: НАНГУ, 2021. — 60 с.

- 22.Корольчук М. С. (ред.) Психологія: навч. посіб. Київ: Ельга; Ніка-Центр, 2005. — 320 с.
- 23.Лісовський П. М. Військова психологія: методологічний аналіз: навч. посіб. Київ: Кондор, 2017. — 290 с.
- 24.Ложкін Г. В., Чукавіна Т. Є. Психологічна безпека особистості: навч.-метод. забезпечення. Київ: НТУУ «КПІ», 2016. 47 с.
- 25.Мацегора Я. В., Воробйова В. І., Приходько І. І. та ін. Психологічні засади ефективності службово-бойової діяльності військовослужбовців контрактної служби: монографія. Харків: Академія ВВ МВС, 2013. — 300 с.
- 26.Медико-психологічна реабілітація та соціальна адаптація учасників бойових дій і ВПО в Україні: проблеми та перспективи: аналіт. доповідь. Київ: МОЗ/ННЦ, 2024. 72 с.
- 27.Методичні матеріали НАНГУ: Сучасні підходи до реадaptaції військовослужбовців: зб. метод. розробок. Харків: НАНГУ, 2020. — 110 с.
- 28.Михайлов Б. В. Посттравматичні стресові розлади. Київ: Медицина, 2025. — 246 с.
- 29.Морально-психологічне забезпечення у Збройних Силах України: підручник, ч. 1 / за ред. В. В. Стасюка. Київ: НУОУ, 2012. — 682 с.
- 30.Морально-психологічне забезпечення у ЗСУ: підручник, ч. 2 / за ред. В. В. Стасюка. Київ: НУОУ, 2012. — 464 с.
- 31.Осьодло В. І. (ред.) Прикладні аспекти військової психології: навч. посіб. Київ: НУОУ, 2015. — 232 с.
- 32.Осьодло В. І. (ред.) Теорія і практика психологічної допомоги та реабілітації: підручник. Київ: НУОУ ім. І. Черняховського, 2019. — 460 с.
- 33.Охременко О. Р. Соціальна психологія: навч. посіб. Київ: Персонал, 2012. — 312 с.
- 34.Охременко О. Р., Мамченко С. В., Стасюк В. В., Хміляр О. Ф. Психологія суб'єкта бойових зіткнень: монографія. Київ: Хімджест, 2018. — 222 с.

- 35.Павленко І. Концепція лідерства за стандартами армій країн НАТО: навч. посіб. Київ: НУОУ, 2018. — 252 с.
- 36.Павленко І. та ін. Охорона психічного здоров'я в умовах війни. Київ: Наш Формат, 2017. — 1068 с.
- 37.Попович О. І. та ін. Морально-психологічне забезпечення підготовки та ведення бойових дій: навч.-метод. посіб., ч. 1. Київ: ВГІ НАОУ, 2002. — 200 с.
- 38.Приходько І. І. Оцінювання рівня психологічної безпеки особистості (ПБО) у військовослужбовців... Харків: НАНГУ, 2017. — 10 с.
- 39.Психологічна підготовка в НГУ: метод. рек. Харків: НАНГУ, 2018. — 95 с.
- 40.Психологічне забезпечення в арміях світу / за ред. В. В. Стасюка. Київ: НУОУ, 2017. — 144 с.
- 41.Психологія екстремальної діяльності: навч. посіб. Харків: НАНГУ, 2017. — 392 с.
- 42.Романишин А. М. (ред.) та ін. Психологія бою: посібник. Львів: Астролябія, 2017. — 351 с.
- 43.Романишин А. М. та ін. Психологія бою: діяльність командира підрозділу...: навч.-метод. посіб. Львів: НАСВ, 2015. — 322 с.
- 44.Стасюк В. В. (ред.) та ін. Психологічне забезпечення у збройних силах зарубіжних країн: навч. посіб. Київ: НУОУ ім. І. Черняховського, 2017. — 144 с.
- 45.Стасюк В. В. Психологічне забезпечення діяльності військ (сил): підручник. Київ: НУОУ ім. І. Черняховського, 2014. — 504 с.
- 46.Стеблюк В. В., Проноза-Стеблюк К. В. Травма та травмотерапія: історія та сьогодення. Укр. вісник психоневрології, 2018. — С. 34-42.
- 47.Теорія і практика психологічної допомоги та реабілітації військовослужбовців: зб. матеріалів. Київ, 2019. — 180 с.

- 48.Титаренко Т. М. Посттравматичне життєтворення: способи досягнення психологічного благополуччя: монографія. Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2020. — 160 с.
- 49.Травмочутливий соціально-психологічний супровід: метод. путівник. Київ: ІСПП НАПН, 2021. — 48 с.
- 50.Тренінг відновлення психологічної безпеки особистості: метод. посіб. Харків: НАНГУ, 2021. — 40 с.
- 51.Чабан О. С. Психічні розлади воєнного часу: навч. посіб. Київ, 2023. — 164 с.
- 52.Юр'єва Н. В., Лиман А. А. Програма соц.-психол. тренінгу «Розвиток мотиваційно-вольової сфери військовослужбовця НГУ». Харків: НАНГУ, 2021. — 9 с.
- 53.Ягупов В. В. Морально-психологічне забезпечення: навч. матеріали (електронний ресурс). Київ, 2002. 120 с.
- 54.American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR)*. Washington DC, American Psychiatric Association, 2022. 1132 p.
- 55.Bonanno G. A. Loss, trauma and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events. *American Psychologist*, 2004, Vol. 59 (1), pp. 20–28.
- 56.Brewin C. R., Dalgleish T., Joseph S. A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 1996, Vol. 103 (4), pp. 670–686.
- 57.Bryant R. A. Post-traumatic stress disorder: a state-of-the-art review of evidence and challenges. *World Psychiatry*, 2019, Vol. 18 (3), pp. 259–269.
- 58.Ehlers A., Clark D. M. A cognitive model of post-traumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 2000, Vol. 38 (4), pp. 319–345.
- 59.Foa E. B., Hembree E. A., Rothbaum B. O. *Prolonged Exposure Therapy for PTSD: Emotional Processing of Traumatic Experiences*. New York, Oxford University Press, 2019. 204 p.

- 60.Herman J. L. *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence – From Domestic Abuse to Political Terror*. New York, Basic Books, 2015. 336 p.
- 61.Hoge C. W., et al. Combat Duty in Iraq and Afghanistan, Mental Health Problems and Barriers to Care. *New England Journal of Medicine*, 2004, Vol. 351 (1), pp. 13–22.
- 62.Institute of Medicine (National Academies). *Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: An Assessment of the Evidence*. Washington DC, National Academies Press, 2008. 334 p.
- 63.Litz B. T., et al. Moral injury and moral repair in war veterans: a preliminary model and intervention strategy. *Clinical Psychology Review*, 2009, Vol. 29 (8), pp. 695–706.
- 64.Maercker A., et al. Disorders Specifically Associated with Stress in ICD-11. *World Psychiatry*, 2022, Vol. 21 (2), pp. 130–148.
- 65.National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Post-traumatic stress disorder NG116*. London, NICE, 2018 (rev. 2025). 72 p.
- 66.Resick P. A., Monson C. M., Chard K. M. *Cognitive Processing Therapy for PTSD: A Comprehensive Therapist Manual*. 2 ed. New York, Guilford Press, 2024. 306 p.
- 67.Shapiro F. *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy: Basic Principles, Protocols and Procedures*. 3 ed. New York, Guilford Press, 2018. 376 p.
- 68.Steenkamp M. M., Litz B. T., Hoge C. W., Marmar C. R. Psychotherapy for military-related PTSD: a review of randomized clinical trials. *JAMA*, 2015, Vol. 314 (5), pp. 489–500.
- 69.Tedeschi R. G., Calhoun L. G. Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 2004, Vol. 15 (1), pp. 1–18.
- 70.U.S. Department of Veterans Affairs; Department of Defense. *VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of PTSD and Acute Stress Disorder*. Version 4.0. Washington DC, VA & DoD, 2023. 184 p.

71. van der Kolk B. A. Memory and the Evolving Psychobiology of Posttraumatic Stress. *Harvard Review of Psychiatry*, 1994, Vol. 1 (5), pp. 253–265.
72. van der Kolk B. A. *The Body Keeps the Score: Brain, Mind and Body in the Healing of Trauma*. New York, Viking Press, 2014. 464 p.
73. World Health Organization. *International Classification of Diseases 11th Revision. Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements for Mental and Behavioural Disorders*. Geneva, WHO, 2022. 401 p.