

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ДЗВО «УНІВЕРСИТЕТ МЕНЕДЖМЕНТУ ОСВІТИ»
БІЛОЦЕРКІВСЬКИЙ ІНСТИТУТ НЕПЕРЕРВНОЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ОСВІТИ
Кафедра педагогіки, психології та менеджменту

ДОПУЩЕНО ДО ЗАХИСТУ

доктор економічних наук, доцент
завідувач кафедри ПП та М
Юлія ГЕРАСИМЕНКО

(підпис)

« 12 »

2025 р.

**ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВІВ
ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ
У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ**

**Кваліфікаційна робота
на здобуття освітнього ступеня «магістр»**

Галузь знань: 05 Соціальні та поведінкові науки

Спеціальність: 053 Психологія

Освітньо-професійна програма «Психологія»

Здобувачка вищої освіти
групи ПС-23-13-ЗМ

(підпис)

КРАСІНА Світлана Михайлівна

Науковий керівник:
доктор психологічних наук,
професорка

(підпис)

ПАВЛИК Наталія Василівна

Біла Церква 2025

Протокол аналізу звіту подібності

Заявляю, що я ознайомився (-лась) з Повним звітом подібності, який був згенерований Системою виявлення і запобігання щодо роботи:

Автор: Красіна Світлана Михайлівна, група ПС-23-13-ЗМ

Назва: Психологічні особливості проявів посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців

Керівник: Павлик Наталія Василівна

Підрозділ: кафедра педагогіки, психології та менеджменту

Коефіцієнт подібності 1:2.6%

Мікропробіли: 0

Заміна букв: 1

Інтервали: 0

Після аналізу Звіту подібності констатую наступне:

☒ Запозичення, виявлені в роботі є законними і не є плагіатом. Рівень подібності не перевищує допустимої межі. Таким чином робота незалежна і приймається.

☐ Запозичення не є плагіатом, але перевищено граничне значення рівня подібностей. Таким чином робота повертається на доопрацювання.

☐ Виявлено запозичення і плагіат або навмисні текстові спотворення (маніпуляції), як передбачувані спроби укриття плагіату, які роблять роботу невідповідною вимогам законодавства (Ст. 26. ЗУ Про фахову передвищу освіту, пункт 3.1, Ст. 42. ЗУ Про освіту) та вимог НАЗЯВО (Критерій 5), а також кодексу етики і процедур. Таким чином робота не приймається.

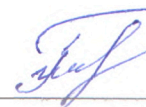
Висновок:

Кваліфікаційна робота Красіної С.М. має високий рівень оригінальності складеного тексту, містить результати власних досліджень. Виступає як оригінальний текст, інші автори мають намір на відповідне джерело.

Дата 10.05.2025р.

Відповідальний за антиплагіатну технічну експертизу у Білоцерківському інституті неперервної професійної освіти
ДЗВО «Університет менеджменту освіти»
НАПН України:

Підпис



**НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ДЗВО «УНІВЕРСИТЕТ МЕНЕДЖМЕНТУ ОСВІТИ»
БІЛОЦЕРКІВСЬКИЙ ІНСТИТУТ НЕПЕРЕРВНОЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ОСВІТИ**

Кафедра педагогіки, психології та менеджменту
Рівень вищої освіти магістр Спеціальність 053 Психологія,
освітня програма Психологія

ЗАТВЕРДЖУЮ

завідувач кафедри ПП та М
доктор економічних наук, доцент
Юлія ГЕРАСИМЕНКО

(підпис)

« 3 » січня 2025 р.
(дата)

ЗАВДАННЯ

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ ЗДОБУВАЧЕВІ ОСВІТИ

Красіна Світлана Михайлівна

1. Тема дипломної роботи: «Психологічні особливості прояву посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців»,

керівник роботи: Павлик Наталія Василівна, доктор психологічних наук, професорка,

затверджені наказом БІНПО від «03» січня 2025 року № 01-06/03

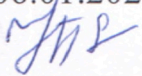
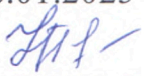
2. Строк подання здобувачем освіти роботи «02» травня 2025 р.

3. Вихідні дані до роботи: наукові та літературні джерела з психології, що досліджують тему посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців, власні спостереження, звітна документація переддипломної практики, методика М. Горської для визначення рівнів тривожності, фрустрації, агресії та ригідності, шкала самооцінки проявів ПТСР (PCL-5) для кількісної оцінки симптомів посттравматичного стресового розладу, анкета «Прогноз», тест «Сила волі».

4. Перелік питань, які потрібно розробити:

- 1) Визначити поняття посттравматичного стресового розладу (ПТСР): клінічні ознаки та підходи до розуміння.
- 2) Ознайомитися з історичними аспектами вивчення ПТСР у військовій психології.
- 3) Вияснити основні причини виникнення ПТСР у військовослужбовців.
- 4) Вивчити психологічні механізми формування ПТСР.
- 5) Сформувати психофізіологічні прояви ПТСР у військовослужбовців.
- 6) Виділити модель багаторівневої структури проявів ПТСР.
- 7) Охарактеризувати специфіку ПТСР у військовослужбовців Збройних Сил України в умовах російсько-української війни.
- 8) Ознайомитися з методами дослідження психологічних особливостей ПТСР.
- 9) Узгодити процедуру організації дослідження у військовій частині.
- 10) Описати застосовані методики діагностики ПТСР у військовослужбовців.
- 11) Провести емпіричне дослідження проявів посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців.
- 12) Здійснити аналіз результатів дослідження проявів ПТСР серед військовослужбовців військової частини.
- 13) Визначити основні психологічні закономірності прояву ПТСР у військових.
- 14) Розробити та провести психологічний тренінг для військовослужбовців з ознаками ПТСР щодо подолання негативних думок.
- 15) Визначити способи профілактики проявів розладів у військовослужбовців з ознаками ПТСР.

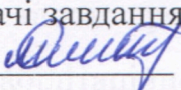
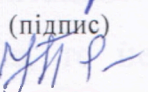
5. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Завдання видав	Завдання прийняв
1	Павлик Н.В., доктор психологічних наук, професорка	06.01.2025 	06.01.2025 
2	Павлик Н.В., доктор психологічних наук, професорка	15.02.2025 	15.02.2025 
3	Павлик Н.В., доктор психологічних наук, професорка	25.03.2025 	25.03.2025 

6. Календарний план-графік:

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Термін виконання кваліфікаційної роботи	Примітка
1	Узгодження теми, складання змісту	січень	виконано
2	Вивчення літературних джерел	лютий	виконано
3	Підготовка матеріалу у військовій частині	лютий	виконано
4	Обробка матеріалу	лютий	виконано
5	Виконання розділу 1	березень	виконано
6	Виконання розділу 2	березень	виконано
7	Виконання розділу 3	квітень	виконано
8	Формулювання висновків	квітень	виконано
9	Оформлення роботи, одержання відгуку та рецензії, перевірка на плагіат	травень	виконано
10	Подання роботи на кафедру	травень	виконано

7. Дата видачі завдання 06.01.2025 р.

Здобувач освіти  Світлана КРАСІНАКерівник роботи  (підпис) Наталія ПАВЛИК
(підпис)

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ДЗВО «УНІВЕРСИТЕТ МЕНЕДЖМЕНТУ ОСВІТИ»
БІЛОЦЕРКІВСЬКИЙ ІНСТИТУТ НЕПЕРЕРВНОЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ОСВІТИ
Кафедра педагогіки, психології та менеджменту

ВІДГУК КЕРІВНИКА

на кваліфікаційну роботу «Психологічні особливості прояву
посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців»

здобувачки вищої освіти групи ПС-23-13-ЗМ

спеціальність: 053 Психологія

освітньо-професійна програма «Психологія»

Красіної Світлани Михайлівна

Кваліфікаційна робота магістрантки «Психологічні особливості прояву посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців» характеризується актуальністю та має наукову новизну. Охоплює наукові положення щодо психології стресових розладів особистості. В ході її виконання деталізовано поняття про сутність, механізми розвитку та специфіку проявів ПТСР у військовослужбовців в умовах сучасної війни. Розглянуто модель рівнів прояву ПТСР; їх соціальні аспекти. Зокрема, перший теоретичний розділ дає комплексне уявлення про сутність посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців, обґрунтовує необхідність цілісного, багаторівневого та індивідуалізованого підходу до його діагностики, профілактики та лікування в умовах війни в Україні.

Результати емпіричного дослідження також засвідчили актуальність проблеми ПТСР серед військовослужбовців, підтвердили необхідність впровадження системного, науково обґрунтованого підходу до їх діагностики і профілактики, а також продемонстрували емпіричну базу для подальшого удосконалення реабілітаційної роботи у військових формуваннях.

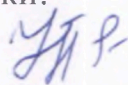
Щодо недоліків, то не вистачає розробки й апробації тренінгу чи програми щодо профілактики проявів ПТСР. Недостатня кількість таблиць та відсутні графічні зображення показників дослідження.

Щодо оформлення кваліфікаційної роботи, то вона виконана відповідно до методичних рекомендацій та із врахуванням поданих правок під час перевірки та узгодження певних аспектів.

Загалом кваліфікаційна робота Красіної С.М. є самостійним науковим дослідженням, що підтверджено перевіркою на плагіат в системі StrikePlagiarism - відсоток оригінальності становить 97,4%. Заслуговує на позитивну оцінку – 81/С/добре.

Керівник кваліфікаційної роботи магістрантки:

доктор психологічних наук, професорка



Наталія ПАВЛИК

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота: 101 стор., 1 табл., 6 додатків, 50 джерел.
Тема дослідження: «Психологічні особливості прояву посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців».

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є одним із серйозних психологічних наслідків участі військовослужбовців у бойових діях. У сучасних умовах російсько-української війни ця проблема набула особливої актуальності. Мета дослідження полягає у вивченні психологічних особливостей проявів ПТСР у військовослужбовців на прикладі особового складу військової частини А0543.

У теоретичній частині роботи розглянуто сутність ПТСР, його механізми виникнення та основні прояви на психофізичному, психічно-вольовому, соціальному та духовно-змістовому рівнях. Проаналізовано сучасні моделі ПТСР та специфіку його перебігу у військових умовах.

Емпіричне дослідження базувалося на застосуванні шкали PCL-5, тесту за методикою М. Горської, анкети «Прогноз» та тесту визначення сили волі. Було виявлено, що значна частина військовослужбовців, які брали безпосередню участь у бойових діях, має симптоми ПТСР різного ступеня вираженості, що вимагає організації цілеспрямованої психопрофілактичної роботи та системної психологічної підтримки.

У практичній частині розроблено рекомендації щодо психопрофілактики ПТСР у військовослужбовців, а також заходи з їх реабілітації та реінтеграції в громадянське суспільство.

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад, військовослужбовці, психологічна підтримка, психопрофілактика, реінтеграція.

ABSTRACT

Qualification work: 101 pages, 1 table, 6 appendices, 50 sources.

Research Topic: "Psychological Specifics of Post-Traumatic Stress Disorder Manifestations in Military Personnel".

Post-traumatic stress disorder (PTSD) is one of the most serious psychological consequences of participating in combat operations. Under the current conditions of the Russian-Ukrainian war, this issue has become especially urgent. The aim of the study is to explore the psychological specifics of PTSD manifestations among military personnel, using the example of service members from Military Unit A0543.

The theoretical part of the study examines the essence of PTSD, its underlying mechanisms, and key manifestations at the psychophysical, psycho-volitional, social, and spiritual-meaning levels. Modern models of PTSD and the specifics of its development in military environments are analyzed.

The empirical study was based on the use of the PCL-5 scale, the test according to the method of M. Gorska, the "Prognosis" questionnaire and the willpower determination test. It was found that a significant part of the military personnel who took direct part in hostilities have symptoms of PTSD of varying severity, which requires the organization of targeted psychoprophylactic work and systemic psychological support.

The practical section presents recommendations for PTSD prevention among military personnel, as well as strategies for their rehabilitation and reintegration into civilian society.

Key words: post-traumatic stress disorder, military personnel, psychological support, psychoprophylaxis, reintegration.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	11
РОЗДІЛ 1 ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД ЯК ПРЕДМЕТ ВИВЧЕННЯ В СУЧАСНІЙ ВІЙСЬКОВІЙ ТА МЕДИЧНІЙ ПСИХОЛОГІЇ.....	18
1.1 Сутність посттравматичного стресового розладу (ПТСР) і його прояви.....	18
1.2 Психологічні механізми прояву посттравматичного стресового розладу у військових.....	30
1.3 Модель та критерії психологічних розладів при ПТСР у військових.....	38
Висновки до розділу 1.....	47
РОЗДІЛ 2 МЕТОДИКА ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ.....	50
2.1 Емпірична модель і методика дослідження посттравматичного стресового розладу особистості.....	50
2.2 Результати емпіричного дослідження посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців.....	53
2.3 Психологічні закономірності прояву посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців.....	61
Висновки до розділу 2.....	62
РОЗДІЛ 3 ПСИХОПРОФІЛАКТИЧНА ДОПОМОГА ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДАХ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ.....	64
3.1 Види психопрофілактики посттравматичних стресових розладів у військових.....	64
3.2 Система психологічного відновлення військовослужбовців у Збройних Силах України.....	67

3.3 Методичні рекомендації щодо реабілітації військовослужбовців та їх реінтеграція у суспільство.....	70
Висновки до розділу 3.....	73
ВИСНОВКИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	75
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	79
ДОДАТКИ.....	83

ВСТУП

Сьогодні, коли українці переживають надскладні часи в умовах жорстокої війни, що несе смерть і розруху, виконання завдань із захисту нашої країни – є важливим для кожного військовослужбовця. Відтак психологічна підтримка має відігравати важливу роль не лише на рівні окремого військового чи військової, але й на рівні всієї вертикалі Збройних Сил України, Міністерства оборони та держави в цілому. Психологічна підтримка повинна включати підготовку військовослужбовців, їх психологічне забезпечення під час бойових дій та після, підтримку ветеранів, підвищення моральної стійкості армії та суспільства, а також зміцнення психологічної безпеки держави.

За статистикою від МОЗ у багатьох військових після першого перебування в зоні бойових дій можуть спостерігатися симптоми депресії, тривоги або гострої реакції на бойовий стрес чи бойову травму, депресивні реакції, генералізований тривожний розлад. Багато з них потребують допомоги фахівців-психологів, психіатрів, психотерапевтів - оскільки мають великий ризик розвитку ПТСР.

Встановлено, що від 20% до 40% військовослужбовців потребують психологічної допомоги. Симптоми гострої травми виявляють у 60-80% військовослужбовців, що були очевидцями загибелі побратимів чи мирного населення або бачили тіла померлих; потрапляли в полон, де зазнавали значних фізичних і психічних тортур, які мали певні наслідки. Ризик появи симптомів порушення психіки стосується більш молодих військовослужбовців, віком 18-24 років. В них проявляються симптоми депресії, проблеми із зловживанням алкоголю та наркотичних засобів.

Симптоми ПТСР розвиваються приблизно у 12-20% військовослужбовців, що перенесли бойову травму, але не звернулися

за психологічною допомогою через побоювання зневаги за прояви слабкості, боягузства, загрозу військовій кар'єрі та інше.

На превеликий жаль ПТСР стає проблемою тому, що психіка людини не завжди може витримати вкрай тяжкі навантаження та стресові ситуації. Україна четвертий рік перебуває в стані, хоч і не оголошеної, але війни з невизначеним терміном закінчення, без законодавчо врегульованого процесу демобілізації чи хоча б більш тривалих ротації. Упродовж всього цього часу багато воїнів не мають змоги побувати в повноцінній відпустці, отримати кваліфіковану психологічну чи психіатричну допомогу. І навіть після переведення в небойові (так звані тиліві) військові частини вони стикаються із некваліфікованою допомогою чи її відсутністю. ПТСР є небезпечною травмою тому, що з часом вона призводить до алкоголізації, наркотизації та агресивної поведінки. Пережиті травматичні події шокують військовослужбовців, через те, що людська психіка не готова їх зрозуміти. Так звані бойові травми йдуть в розрізі із людським світосприйняттям, поглядами на життя. Такий десонанс в подальшому призводить до повністю зруйнованого життя людини, втрати зв'язків із найближчими родичами, а в кінцевому результаті себе, свого – Я.

Актуальність теми дослідження

Сучасна війна в Україні, спричинена повномасштабною агресією російської федерації, зумовила не лише фізичні, але й глибокі психологічні наслідки для всіх учасників бойових дій. Військовослужбовці, що перебувають у зоні бойових дій або виконують бойові завдання, щоденно стикаються з екстремальними ситуаціями: ризиком для життя, втратою побратимів, пораненнями, руйнуванням житла, загрозою для сімей. Такі події часто призводять до розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) — одного з найпоширеніших психологічних розладів серед військових.

Проблема ПТСР має важливе значення не лише як проблема збереження бойового потенціалу армії, а й як загальнодержавне завдання щодо підтримки психічного здоров'я військовослужбовців та ветеранів. Психологічна нестійкість військових без належної допомоги може мати тяжкі наслідки: зниження бойової ефективності підрозділів, суїцидальні тенденції, соціальну дезадаптацію, втрату трудового та оборонного потенціалу. Особливої актуальності дослідження набуває з огляду на специфіку бойових дій в Україні, що поєднують класичні фронтові операції, партизанську війну, широке використання різного роді безпілотний літальних апаратів, терористичні загрози, масовані ракетні удари, інформаційно-психологічний вплив ворога. Така багатовимірність бойових ризиків спричиняє специфічну динаміку розвитку психологічної травми, що потребує глибокого дослідження для створення ефективних заходів лікування, психопрофілактики і реабілітації.

Посттравматичний стресовий розлад внаслідок безпосередньої участі в бойових діях пов'язаний з різними фізичними реакціями, емоціями та світосприйняттям, які не визначаються чітко визначеними симптомами для чіткого встановлення діагнозу.

Таким чином, дослідження психологічних особливостей проявів ПТСР у військовослужбовців є вкрай необхідним для забезпечення збереження людського ресурсу, його здоров'я, належної якості життя, створення та впровадження в дію ефективних програм психологічної підтримки в Збройних Силах України (на прикладі особового складу військової частини А0543).

Мета дослідження полягає у виявленні психологічних особливостей проявів посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців та розробці рекомендацій щодо психологічної підтримки і профілактики розвитку ПТСР.

Завдання:

1. Проаналізувати теоретичні основи вивчення посттравматичного стресового розладу у військових.
2. Визначити психологічні механізми розвитку ПТСР в умовах сучасної війни.
3. Провести емпіричне дослідження проявів ПТСР серед військовослужбовців.
4. Виявити основні симптомокомплекси та ступінь вираженості посттравматичних розладів.
5. Запропонувати заходи для психопрофілактики і психологічної підтримки військовослужбовців з ознаками ПТСР.

Об'єкт дослідження — військовослужбовці Збройних Сил України, які перебували у зоні бойових дій або були залучені до виконання бойових завдань.

Предмет дослідження — психологічні особливості проявів посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців.

Гіпотеза дослідження

Висунуто таку гіпотезу: посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців має специфічні психологічні прояви, які залежать від інтенсивності бойового досвіду, рівня індивідуальної стресостійкості та наявності соціальної підтримки, і може бути ефективно скоригований через своєчасне виявлення симптомів та впровадження цілеспрямованих психологічних заходів.

Методи дослідження: на різних етапах дослідження було використано теоретичні - загальнонаукові (аналіз, спостереження, класифікація, порівняння) та емпіричні (відібрані та із застосуванням психодіагностичних методик: методика М. Горської для визначення рівнів тривожності, фрустрації, агресії та ригідності, шкала самооцінки проявів ПТСР (PCL-5) для кількісної оцінки симптомів посттравматичного стресового розладу, анкета «Прогноз», тест «Сила

волі»). Отримані результати оброблялися методом виявлення, порівняння та встановлення змінних ознак.

База дослідження. Базою емпіричного дослідження виступила військова частина А0543 — підрозділ Збройних Сил України, особовий склад якого безпосередньо залучений до виконання бойових завдань у рамках відбиття збройної агресії проти України. Військова частина має різнопрофільний склад учасників бойових дій різних періодів: антитерористичної операції, операції об'єднаних сил та безпосередньо повномасштабної війни 2022–2025 років.

Дослідження проводилося на основі узгодженого плану, із дотриманням етичних норм, принципів добровільної участі та конфіденційності отриманої інформації. Участь у дослідженні взяли військовослужбовці різного віку, статі, стажу військової служби та досвіду перебування в бойових умовах.

Наукова новизна роботи полягає у всебічному вивченні специфіки проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед військовослужбовців в умовах повномасштабної війни в Україні, з урахуванням актуальних особливостей бойового досвіду, психофізіологічних і соціально-психологічних чинників.

Проводилося узагальнення і систематизація даних щодо специфіки розвитку та перебігу ПТСР у військовослужбовців різних категорій (військовослужбовці – учасники антитерористичної операції, учасники операції об'єднаних сил та учасники російсько-української війни з початку повномасштабного вторгнення) з урахуванням тривалого впливу хронічної бойової загрози, інформаційно-психологічної війни та моральних травм.

У контексті вітчизняної військової психології запропоновано модель багаторівневого аналізу ПТСР (психофізичний, психічно-вольовий, соціальний, духовно-змістовий рівні), яка дозволяє

комплексно оцінювати травматичні наслідки як у психологічному, так і в тілесному (фізіологічному) і соціальному вимірах.

На основі аналізу клінічних проявів ПТСР у військовослужбовців обґрунтовано необхідність створення адаптивних і гнучких реабілітаційних програм, що враховують індивідуальні особливості травматичного досвіду, часовий контекст участі у бойових діях, ступінь моральної травматизації та психологічну готовність до реабілітації.

У роботі теоретично обґрунтовано і емпірично підтверджено важливість раннього виявлення психофізіологічних симптомів ПТСР (порушення сну, соматичні розлади, гіперзбудливість) як маркерів глибокого психологічного травмування і прогностичних критеріїв розвитку стійких посттравматичних станів. Існують і невидимі наслідки війни, які можна не помітити і не відчувати одразу. Перед обличчям війни і постійних загроз кожен може відчувати тяжкі емоції: тривогу, неспокій, сум, розпач, роздратування, гнів та злість. Все це природня реакція організму та психіки на ненормальні події.

Розширено уявлення про соціальні аспекти ПТСР у військових: продемонстровано роль порушень комунікації, соціальної ізоляції, руйнування сімейних зв'язків та феномена прихованої симптоматики у формуванні стійких посттравматичних змін.

Вперше, з урахуванням українського бойового досвіду, деталізовано вимоги до психологічного супроводу військовослужбовців на різних етапах служби – у бойових умовах, у підрозділах тилу частин, звільнення з військової служби та реінтеграції в цивільне життя.

Таким чином, робота поглиблює сучасне наукове уявлення про механізми розвитку, клініку, специфіку та соціальні наслідки ПТСР у військовослужбовців в умовах сучасної війни, пропонує теоретичні основи та практичні орієнтири для подальшої розробки ефективних систем психологічної підтримки військових та ветеранів.

Апробація результатів дослідження Подано тези на засідання IV-ої Всеукраїнської студентської науково-практичної конференції (15 травня 2025 р.) «Соціально-освітні домінанти професійної підготовки сучасного компетентного фахівця», під час якої обговорювалося питання щодо психологічної підготовки військових психологів до роботи із військовослужбовцями, проблеми в системі надання психологічної підготовки та підтримки діючим військовослужбовцям.

РОЗДІЛ 1

ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД ЯК ПРЕДМЕТ ВИВЧЕННЯ В СУЧАСНІЙ ВІЙСЬКОВІЙ ТА МЕДИЧНІЙ ПСИХОЛОГІЇ

1.1 Сутність посттравматичного стресового розладу (ПТСР) і його прояви

Визначення ПТСР (МКХ-10, МКХ-11, DSM-5)

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є одним із найсерйозніших і найбільш деструктивних психічних наслідків переживання екстремальних ситуацій, пов'язаних із безпосередньою загрозою для життя, важкими фізичними або психологічними травмами [1; 5; 23]. Він виникає у відповідь на події, які виходять за межі звичайного людського досвіду і часто призводять до глибокої емоційної дисоціації, дезорганізації психічної діяльності та тривалого психоемоційного страждання [3; 6; 19]. ПТСР не є реакцією виключно на бойові дії; він також може розвиватися внаслідок катастроф, аварій, насильства, терористичних актів чи будь-яких інших травматичних подій [2; 7]. Проте, саме серед військовослужбовців, що перебували у зоні бойових дій, даний розлад набуває особливої поширеності через високу інтенсивність та повторюваність стресових впливів [5; 8].

У Міжнародній класифікації хвороб десятого перегляду (МКХ-10) посттравматичний стресовий розлад визначається як затримана або пролонгована реакція на подію або ситуацію надзвичайно загрозливого чи катастрофічного характеру [29]. Така подія здатна викликати в будь-якої особи сильний емоційний шок, який перевищує можливості звичайного психологічного подолання [6; 11]. Визначальними ознаками ПТСР є нав'язливі повторні спогади про травматичну подію (флешбеки), нічні кошмари, постійне уникнення ситуацій, людей або

місць, що нагадують про травму, а також тривалий стан підвищеної тривожності, роздратованості та психофізіологічної напруги [12]. ПТСР призводить до серйозних порушень емоційної сфери, когнітивних функцій і соціального функціонування, що вимагає обов'язкового професійного втручання [4; 9].

Міжнародна класифікація хвороб одинадцятого перегляду (МКХ-11) вносить важливі уточнення у розуміння ПТСР [29]. Вперше ПТСР у МКХ-11 чітко розділяється на базову форму та комплексний посттравматичний стресовий розлад (КПТСР). За цим підходом базовий ПТСР охоплює три основні групи симптомів: нав'язливе повторне переживання травматичного досвіду (у вигляді спогадів, снів, флешбеків); стійке уникнення стимулів, які асоціюються з травмою; постійне відчуття загальної загрози, що проявляється у вигляді гіперзбудження, підвищеної тривожності та недовіри до оточення [29; 30]. Комплексний ПТСР (КПТСР) передбачає, окрім базових симптомів, наявність глибоких порушень у сфері самовідчуття, зокрема тривале почуття меншовартості, стійку емоційну дестабілізацію, труднощі у формуванні стабільних міжособистісних відносин та хронічне внутрішнє страждання [29].

Відповідно до Американського діагностичного і статистичного керівництва DSM-5 (2013), ПТСР віднесено до розділу «Травматичних та стресор-індукованих розладів» [28]. У DSM-5 акцент зроблений на тому, що для встановлення діагнозу обов'язковою умовою є наявність безпосереднього або опосередкованого переживання травматичної події [28]. Симптоматика ПТСР чітко структурована за чотирма кластерами: нав'язливе повторне переживання травми (спогади, сни, флешбеки); стійке уникнення травматичних стимулів (місць, людей, розмов); негативні зміни у когнітивній сфері та настрої (депресія, відчуття відчуженості, втрата інтересу до життя); зміни у збудженні та реактивності (гіперпильність, дратівливість, труднощі із сном, реакції

переляку) [28; 30]. Для встановлення діагнозу симптоми повинні зберігатися понад один місяць і значно впливати на повсякденне життя, знижуючи професійну, соціальну та міжособистісну функціональність людини [28].

Таким чином, аналіз сучасних міжнародних класифікацій свідчить, що ПТСР розглядається як складний мультикомпонентний психічний розлад, який має багатофакторну природу розвитку і потребує комплексної, багаторівневої діагностики та спеціалізованого лікування [1; 31]. Розуміння ПТСР у межах МКХ-11 і DSM-5 значно поглибило підхід до оцінки травматичного досвіду, розширивши спектр симптомів та дозволяючи розробляти більш індивідуалізовані програми реабілітації для постраждалих [5; 16; 30].

Цікавим і доступним для розуміння пересічної людини є визначення ліцензованої консультантки із психічного здоров'я, яка спеціалізується на військових питаннях і травмах, пов'язаних із бойовими діями Вірджинії Круз:

«ПОСТ» - означає після;

«ТРАВМА» - це вплив, серйозне поранення або сексуальне насильство. Травма трапилася з тобою, але це не означає, що з тобою щось негаразд;

«СТРЕС» - це твоя психологічна та фізична реакція на небезпеку;

«РОЗЛАД» - це клінічне слово, яке означає, що твої симптоми заважають тобі діяти і спілкуватися у повсякденному житті [16].

З медичної точки зору – переживання тієї чи іншої травматичної події спричиняє сильний стрес, на який нервова система реагує збудженням, від чого вивільняється норадреналін. Даний гормон потрібний для того, щоб людина могла оперативно зорієнтуватися та зреагувати на загрозу життю. В цей момент найбільше збуджується мигдалеподібне тіло в ділянці головного мозку, що відповідає за швидкі реакції на небезпеку і тримає людський організм у стані підвищеної готовності. Коли є посттравматичний стресовий

розлад, нервова система продовжує перебувати у стані збудження і норадреналін продовжує вироблятися, тримаючи нервову систему в тому ж збудженому стані, посилюючи тривожність, повертаючи людину в чергове переживання травмуючої ситуації, провокуючи нав'язливі спогади і зростання тривоги. До того, ж якщо мигдалеподібне тіло постійно перебуває у збудженому стані, людина втрачає можливість адекватно мислити і продовжує реагувати так, ніби й досі переживає небезпеку.

Крім того, при ПТСР порушується функціонування гіпокампу – це ділянка мозку, що відповідає за наші спогади, їх послідовність і логічність. В результаті надмірного та тривалого збудження нервової системи його діяльність порушується, відтак пам'ять втрачає свою логічну послідовність. Тобто, травмуюча подія ніби й випадає з причинно-наслідкового ланцюга, але одночасно продовжує турбувати життя нав'язливими неконтрольованими спогадами [1; 3].

Посттравматичні реакції супроводжували людство протягом усієї його історії, оскільки війни, катастрофи та насильницькі конфлікти завжди залишали глибокі сліди на психіці людей [1; 3]. Однак системне наукове вивчення посттравматичного стресового розладу (ПТСР) розпочалося лише у XX столітті, коли масштаби світових воєн призвели до масових психологічних травм серед військових і цивільного населення [2; 9].

Під час Першої світової війни (1914–1918) фіксували феномен, відомий під терміном «shell shock» – стан глибокого фізичного і психічного розладу, що виникав унаслідок тривалого артилерійського обстрілу [30]. Симптоми включали тремор, параліч, порушення мовлення, амнезію, емоційну відчуженість та істеричні реакції [8]. Вперше стало очевидно, що психічна травма може виникнути не лише внаслідок фізичного поранення, а й через тривалий вплив загрози життю та сильного страху [7; 36].

Під час Другої світової війни (1939–1945) в американській та британській медичній літературі з'явився термін «синдром солдатського серця» (soldier's heart syndrome), що описував нервово-психічні розлади у військових, викликані виснаженням нервової системи під дією постійного бойового стресу [1; 34]. Військові лікарі спостерігали за воїнами із підвищеною тривожністю, тахікардією, нічними жахіттями, емоційною відчуженістю, порушеннями концентрації уваги [5; 31]. Вперше почала усвідомлюватися необхідність системної психологічної підтримки військовослужбовців у зоні бойових дій [2; 24].

Найбільш відомим і ретельно задокументованим прикладом масового прояву ПТСР стала війна у В'єтнамі (1955–1975) [30; 31]. У ході якої було зафіксовано значне зростання випадків психотравматичних розладів серед американських солдатів, що отримали назву «в'єтнамський синдром» [36]. Симптоматика включала хронічну тривожність, депресії, агресивні спалахи, наркозалежність, соціальну дезадаптацію, суїцидальні настрої [8; 34]. Важливою особливістю стало те, що у багатьох ветеранів симптоми ПТСР проявилися лише через місяці або навіть роки після повернення додому [9]. Це стало серйозним соціальним викликом для американського суспільства та стимулювало глибше наукове дослідження проблеми ПТСР [28].

Аналогічні прояви посттравматичних розладів спостерігалися і серед військовослужбовців Південно-Африканської Республіки (ПАР), які брали участь у бойових діях у Намібії та під час ангольського конфлікту (1966–1989) [37]. Під час так званої «Прикордонної війни» (South African Border War) солдати армії ПАР часто зазнавали тривалого бойового стресу в умовах партизанської війни, мінних загроз і раптових атак [36; 40]. Ветерани цієї війни демонстрували типовий симптомокомплекс ПТСР: емоційну відчуженість, схильність до

агресії, труднощі у пристосуванні до мирного життя, високий рівень алкоголізму та суїцидів [8; 42]. Однак через політичні реалії того часу питання реабілітації ветеранів довгий час залишалося недостатньо опрацьованим [34; 39].

Досвід військових кампаній у Іраку (особливо війна 2003–2011 років, операція «Іракська свобода») також засвідчив масштабність проблеми ПТСР серед особового складу [31; 32]. Американські дослідження виявили, що від 11% до 20% військовослужбовців, які повернулися з Іраку, демонстрували симптоми ПТСР [32; 35]. Окрім звичних симптомів – флешбеків, гіперзбудження, емоційного притуплення – характерною особливістю став високий рівень моральних травм (почуття провини за дії на війні) [34]. Саме досвід війни в Іраку сприяв удосконаленню програм раннього скринінгу ПТСР у Збройних силах США і розвитку новітніх реабілітаційних практик [31; 32].

У 1980 році Американська психіатрична асоціація офіційно включила посттравматичний стресовий розлад до третього видання DSM (DSM-III) [28]. Це стало важливою точкою відліку для міжнародного визнання ПТСР як окремого діагнозу [28; 30]. Цей крок заклав основу для подальшого наукового дослідження розладу, розробки стандартів діагностики та лікування, а також сприяв підвищенню уваги суспільства до проблем психічного здоров'я ветеранів [31].

В Україні системна увага до проблеми ПТСР активізувалася після початку бойових дій на Донбасі у 2014 році [5; 7; 9]. Масове залучення особового складу до активних бойових дій, численні втрати, перебування під постійною загрозою життя призвели до різкого збільшення кількості військовослужбовців із симптомами ПТСР [2; 21]. Усвідомлюючи нагальну необхідність уніфікації підходів до виявлення і діагностики цього розладу, в Україні були розроблені відповідні

клінічні протоколи. Вони враховують як міжнародний досвід, так і специфіку сучасної війни, що ведеться на території України, поєднуючи класичні стандарти скринінгу з етичними принципами безпеки і мінімізації ретравматизації військовослужбовців [6; 14].

Еволюція уявлень про ПТСР у військовій психології.

Дослідження посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військовій психології яскраво демонструє складний шлях еволюції наукових поглядів – від поверхневого, спрощеного розуміння нервово-психічних порушень до формування глибоких, багатовимірних моделей аналізу травматичного досвіду та його наслідків для психічного здоров'я особистості [1; 2; 5].

На початкових етапах розвитку військової психології, особливо в період Першої світової війни, посттравматичні реакції сприймалися переважно як тимчасові фізичні чи моральні слабкості окремих солдатів, що нібито не витримали «тягаря війни» [30; 31]. Домінувала медична модель, яка шукала фізіологічні причини розладів (наприклад, контузії), тоді як психологічні чинники практично ігнорувалися або зводилися до питання індивідуальної стійкості чи «характерологічних вад» [36; 37].

Поступово, із загостренням проблеми психічного травмування під час Другої світової війни, у фокус досліджень починають потрапляти глибші психологічні механізми розвитку бойового стресу [5; 31]. З'являються концепти «втоми бою» та «синдрому солдатського серця», що визнають роль тривалого емоційного напруження і повторних бойових стресорів у формуванні нервово-психічних розладів [8; 36]. Однак розуміння природи цих явищ залишалося обмеженим рамками спрощених пояснень: виснаження нервової системи, нестача моральної стійкості, іноді навіть звинувачення самих солдатів у слабкості [4; 31].

Револьюційним став досвід війни у В'єтнамі, який не тільки виявив масштаби посттравматичних наслідків серед військових, але й

примусив наукову спільноту визнати, що тривалий стресовий досвід у бойових умовах викликає глибокі і стійкі зміни в психіці людини [31; 36]. «В'єтнамський синдром» продемонстрував, що травматичні події не обмежуються часовими рамками війни і продовжують впливати на життя ветеранів через роки і навіть десятиліття після завершення служби [36; 38]. Це призвело до інституалізації діагнозу ПТСР у третьому виданні DSM (1980) [28], що закріпило розуміння ПТСР як окремої клінічної одиниці [30].

Подальший розвиток військової психології та психіатрії показав, що ПТСР має багаторівневу і багатокомпонентну природу [6; 19]. Сучасні моделі розглядають його не лише як реакцію на окремий стресовий фактор, а як складний феномен, який охоплює зміни на когнітивному, емоційному, поведінковому, тілесному та соціальному рівнях [11; 12].

На сьогоднішній день ПТСР розглядається як результат взаємодії зовнішніх травматичних чинників і внутрішніх ресурсів особистості, в контексті її попереднього досвіду, особистісних особливостей, механізмів подолання, наявності або відсутності соціальної підтримки [13; 35].

Багатовимірні моделі ПТСР, сформульовані на основі досвіду війни в Іраку, Афганістані, Анголі, Намібії та інших конфліктів, враховують роль моральної травми, втрати сенсу життя, руйнування базових уявлень про світ і самого себе [31; 32; 39]. Поряд із класичними симптомами флешбеків і гіперзбудження дедалі більше уваги приділяється таким аспектам, як хронічна втрата довіри до світу, глибока емоційна відчуженість, деформація міжособистісних стосунків та суїцидальні тенденції [8; 41; 43].

Таким чином, еволюція уявлень про ПТСР у військовій психології пройшла шлях від простого опису зовнішніх симптомів до всебічного осмислення травматичного досвіду як складного й багатфакторного

явища, що вимагає комплексного підходу в діагностиці, лікуванні й реабілітації постраждалих [2; 5; 16].

Сьогодні визнано, що робота з ПТСР має включати біологічний, психологічний і соціальний компоненти, а відновлення психологічного здоров'я військових є не лише особистою справою, але й важливим стратегічним завданням для держави і суспільства в цілому [6; 18; 24].

Досвід застосування протоколів у сучасних умовах показує, що застосування діагностики ПТСР суттєво підвищує ефективність роботи військових психологів та лікарів [5; 14; 26]. Насамперед це дозволяє:

- виявляти симптоми посттравматичних розладів ще на етапі первинного психологічного обстеження;
- впроваджувати стандартизовані інструменти діагностики, такі як шкала самооцінки PCL-5 (Додаток В), що спрощує процедуру оцінки симптоматики і дозволяє відстежувати динаміку стану військовослужбовця у процесі лікування [28; 32];
- формувати групи ризику для проведення цілеспрямованої психопрофілактики, а також забезпечувати індивідуалізацію підходів до роботи з окремими категоріями військових [13; 21].
- забезпечувати мінімізацію ризику ретравматизації військовослужбовців через етичні стандарти роботи психолога (згідно з III Протоколом).

В умовах повномасштабної війни, питання своєчасної діагностики, профілактики та лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед військовослужбовців набуло критичного значення для підтримання боєздатності Збройних Сил України [6; 24]. Протокольна робота з діагностики ПТСР, повинна впроваджуватися на всіх рівнях військового управління, що дозволило б не лише підвищити якість психологічної допомоги окремим військовослужбовцям, але й здійснити системне психологічне забезпечення підрозділів, починаючи з відділення, роти і закінчуючи стратегічним рівнем командування.

Застосування уніфікованих протоколів, які базуються на сучасних міжнародних стандартах [29; 30], забезпечує оперативне виявлення симптомів посттравматичних розладів, диференціацію їх тяжкості та своєчасне направлення військовослужбовців до відповідних форм підтримки – від кризового консультування до повноцінної психологічної або психіатричної допомоги [28; 31]. Такий підхід покликаний мінімізувати ризики запізнілої діагностики, коли симптоми ПТСР вже призводять до серйозних проблем у поведінці, дисципліні, морально-психологічному стані або соціальній взаємодії у підрозділі.

Протокольна робота сприяє також формуванню нової культури щодо турботи про психічне здоров'я у Збройних Силах України [5; 16]. Традиційно в армійських структурах питання психологічної допомоги розглядалися як другорядні або навіть як ознака слабкості. Сучасний підхід дещо змінює цю парадигму: в нормативно-правових актах психічне здоров'я визнається важливим компонентом бойової готовності на рівні з фізичною підготовкою, забезпеченням озброєння та матеріально-технічних ресурсів [6; 22]. Така зміна культури має бути спрямована на те, щоб дозволити військовослужбовцям без сорому звертатися за допомогою, підвищувати рівень довіри до психологів і зміцнювати командну згуртованість.

Своєчасне виявлення ПТСР і запровадження реабілітаційних заходів покликані суттєво знижувати ризик втрати боєздатності підрозділів [14; 26]. Військовослужбовці, які отримали своєчасну психологічну підтримку, краще справляються зі стресом, ефективніше виконують бойові завдання, демонструють вищу емоційну стабільність та взаємопідтримку у колективі [9; 25].

Більш того, своєчасне надання допомоги військовим з ознаками ПТСР сприяє збереженню їх фізичного і психічного здоров'я не тільки в короткостроковій перспективі, але й після завершення бойових завдань [13; 41]. Це має принципово важливе значення для успішної

реінтеграції ветеранів у цивільне суспільство: забезпечення їх адаптації до мирного життя, збереження соціальної активності, попередження ізоляції та професійної маргіналізації.

Досвід російсько-української війни свідчить про те, що живучи в епоху високорозвиненої техніки застосування безпілотних літальних апаратів і різного роду дронів, у поєднанні зі штучним інтелектом, головну роль у цьому все ж відіграє саме людина і її готовність до виконання бойових завдань. Відповідно й результат їх виконання залежить не лише від військового вишколу, а й від морально-психологічного стану особового складу, рівня сформованості психологічної стійкості та психологічної готовності. Тому протокольна робота з діагностики і профілактики ПТСР має перетворитися на стратегічний інструмент збереження, насамперед людського ресурсу. Формування культури психологічної підтримки у Збройних Силах України має стати запорукою перемоги не лише на полі бою, але й у тривалій боротьбі за відновлення людського потенціалу держави після завершення війни.

Отже, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є складним психічним розладом, що виникає внаслідок переживання екстремальних стресових подій, пов'язаних із загрозою життю чи фізичній цілісності особистості [1; 3; 6]. Сучасні міжнародні класифікації (МКХ-10, МКХ-11, DSM-5) визначають ПТСР як багатокomпонентний розлад із тривалими негативними наслідками для психічного і фізичного здоров'я [28; 29]. Впровадження I, II та III протоколів діагностики посттравматичного стресового розладу (ПТСР) в українській військовій психології стало важливим і стратегічно необхідним кроком на шляху до систематизації і стандартизації підходів у виявленні, оцінюванні та профілактиці цього складного психічного розладу серед військовослужбовців [5; 14; 26]. Раніше, особливо у перші роки бойових дій на сході України, в роботі з

військовими переважала фрагментарність, відсутність єдиного методичного підходу та чітких критеріїв діагностики ПТСР [6; 9].

Завдяки розробці та впровадженню у військову практику I протоколу (орієнтованого на базову ідентифікацію ознак травматизації), II протоколу (що деталізує процедури психодіагностики із застосуванням стандартизованих методик, таких як шкала самооцінки симптомів ПТСР PCL-5, та III протоколу (який регламентує принципи безпечного і етичного проведення психологічної роботи з військовими, вдалося значно підвищити ефективність психологічного супроводу в армії. Протоколи уніфікували підходи до діагностики, дозволили створити єдину методичну базу, підвищили об'єктивність оцінки психічного стану військовослужбовців та заклали основу для планування індивідуальних та групових програм підтримки [13; 21].

Сучасний практичний досвід, накопичений на базі військових частин, підтверджує, що системне застосування цих протоколів суттєво підвищує якість психологічної допомоги особовому складу [14; 25]. Завдяки чіткій структуризації діагностичного процесу психологи отримують змогу своєчасно виявляти військовослужбовців із симптомами ПТСР ще на ранніх стадіях розвитку розладу, коли інтервенційні заходи є найбільш ефективними [32]. Це, у свою чергу, дозволяє розробляти індивідуалізовані плани реабілітації, проводити профілактичні заходи на рівні підрозділів і зменшувати ризики ускладнень у вигляді хронічних психічних розладів, соціальної ізоляції чи втрати боєздатності [22; 35].

Застосування протоколів також стало основою для формування ефективних програм психологічної реабілітації та реінтеграції військовослужбовців, що повертаються з передової [17; 26]. Своєчасна і точна діагностика ПТСР дає змогу не лише вчасно надати допомогу, а й спланувати довгострокову підтримку, орієнтовану на соціальну

адаптацію, професійне відновлення та збереження внутрішньої цілісності особистості військових [21; 38].

Таким чином, комплексне, багатфакторне розуміння сутності посттравматичного стресового розладу, інтегроване у практику через стандартизовані протоколи, є фундаментом для розробки ефективних заходів щодо збереження психічного здоров'я військовослужбовців [5; 10; 16]. Успішна реалізація цих заходів напряду впливає на зміцнення морально-психологічного стану особового складу, підвищення бойової готовності підрозділів та загальну обороноздатність Збройних Сил України в умовах тривалої повномасштабної війни [24; 43].

Наявність чіткої, науково обґрунтованої діагностичної бази, доповненої практичними навичками фахівців і державною підтримкою програм психологічної допомоги, дає змогу ефективно протистояти не лише фізичним, а й психологічним викликам сучасної війни [18; 33]. У підсумку це формує нову якість військового контингенту – стійкого до стресу, психічно адаптивного та готового до виконання найскладніших бойових завдань.

Впровадження I, II та III протоколів діагностики ПТСР стало визначальним етапом у розвитку системи психологічного забезпечення Збройних Сил України [5; 14; 26]. Систематизація діагностичних процедур дозволила підвищити якість виявлення, профілактики та реабілітації психотравматичних станів серед військовослужбовців [19; 41].

1.2 Психологічні механізми прояву посттравматичного стресового розладу у військових

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є складним, багаторівневим психічним феноменом, який формується у відповідь на переживання надзвичайно сильного або тривалого стресового впливу,

що виходить за межі звичайного життєвого досвіду людини [1; 3; 5]. Його виникнення є закономірною реакцією психіки на екстремальні ситуації, такі як війна, бойові дії, катастрофи, насильство, терористичні акти чи інші події, які несуть безпосередню загрозу життю або свідчать про серйозне страждання іншої людини [2; 6; 28].

Формування ПТСР ґрунтується на складній взаємодії різних психологічних механізмів, які в умовах надмірного стресу стають дезадаптивними [7; 10]. Порушення охоплюють когнітивну сферу, де виникають нав'язливі думки, спотворене сприйняття реальності, труднощі із запам'ятовуванням і концентрацією уваги [12; 30]. На емоційному рівні людина переживає хронічну тривожність, емоційну нестійкість, притуплення позитивних емоцій, розвиток апатії або навпаки – спалахів гніву та агресії [9; 11; 14]. Порушення у поведінковій сфері проявляються у вигляді уникнення ситуацій, людей або місць, що нагадують про травму, схильності до соціальної ізоляції, вживання психоактивних речовин як засобу «втечі» від болючих спогадів [13; 16; 36].

Не менш суттєві зміни спостерігаються у тілесній (психофізичній) сфері, де ПТСР супроводжується порушенням роботи вегетативної нервової системи: хронічним підвищенням тону симпатичної системи, соматичними симптомами у вигляді тахікардії, головних болей, розладів сну, шлунково-кишкових і серцево-судинних порушень [4; 15; 43]. Така тілесна складова свідчить про те, що ПТСР не обмежується виключно психічними проявами, а має комплексний характер, впливаючи на весь організм людини [18; 19].

Особливістю ПТСР є те, що навіть через значний проміжок часу після завершення травматичної події людина може продовжувати переживати її наслідки, причому не лише у вигляді спогадів, але й через стійке відчуття загрози, відчуження від соціального оточення та втрату довіри до світу [6; 17; 31]. Взаємодія когнітивних, емоційних,

поведінкових і тілесних змін призводить до глибокого порушення здатності людини адаптуватися до нових життєвих умов, ефективно виконувати свої соціальні та професійні ролі [13; 20; 34].

Таким чином, ПТСР слід розглядати не просто як окремий психічний розлад, а як багатофакторний і багаторівневий процес порушення особистісної інтеграції, що зачіпає найважливіші сфери функціонування людини [5; 7; 21]. Комплексний характер ПТСР вимагає застосування багатопланових підходів до його діагностики, лікування і профілактики, що враховують як психологічні, так і фізіологічні аспекти травматизації [26; 29; 40].

Механізми виникнення ПТСР: інтрузії, уникнення, негативні зміни в настрої, підвищене збудження.

Згідно із сучасними діагностичними критеріями, зокрема викладеними у III Протоколі діагностики посттравматичного стресового розладу, формування та розвиток цього розладу базується на комплексній взаємодії кількох ключових психологічних механізмів [5; 14; 26]. Кожен із цих механізмів є відповіддю психіки на надмірний травматичний вплив, який перевищує адаптаційні можливості особистості [6; 10]. Однак саме їх сукупність і взаємне посилення обумовлюють глибину і тривалість клінічних проявів ПТСР [11; 31].

1) Інтрузії є однією з центральних характеристик ПТСР. Вони являють собою нав'язливе, неконтрольоване проникнення в свідомість травматичних спогадів, фрагментів пережитої події або асоціативних образів [12; 28; 36]. Інтрузії можуть набувати форми флешбеків – яскравих і надзвичайно реалістичних «повернень» до травматичної ситуації, що переживаються з усією гостротою емоцій і тілесних відчуттів. Також вони проявляються у вигляді нічних кошмарів або емоційних спалахів у відповідь на зовнішні тригери — звуки, запахи, візуальні образи, які асоціюються з травмою [13; 39]. Інтрузії призводять до повторного переживання болю і страху, що перешкоджає

психологічному відновленню, руйнує базове відчуття безпеки та стабільності, постійно утримуючи людину в стані емоційного напруження і загрози [17; 32].

2) Уникнення виступає як свідоме або несвідоме стратегія психологічного захисту, спрямована на зменшення емоційного болю через обмеження контактів з будь-якими нагадуваннями про травматичну подію [9; 16]. Ця стратегія проявляється у прагненні уникати певних людей, місць, розмов, думок або діяльності, пов'язаної з травмою. Хоча уникнення тимчасово знижує рівень емоційного дискомфорту, у довгостроковій перспективі воно призводить до серйозної соціальної ізоляції, руйнування міжособистісних зв'язків, втрати підтримки родини й близьких, що ще більше поглиблює почуття самотності, безпорадності і соціальної дезадаптації [8; 22; 34]. Уникнення також ускладнює реінтеграцію особи у суспільство і значно ускладнює психотерапевтичну роботу [10; 35].

3) Негативні зміни в настрої та когнітивній сфері становлять ще один критичний компонент розвитку ПТСР. У цій площині формуються стійкі деформації у сприйнятті себе, навколишнього світу та майбутнього [6; 15]. Люди з ПТСР часто переживають почуття провини за події, які від них не залежали, сором за власне виживання або емоційне відчуження. Формуються песимістичні очікування майбутнього, втрачається інтерес до діяльності, яка раніше приносила задоволення, з'являється відчуття безнадійності та безпорадності [13; 20; 41]. У когнітивній сфері спостерігаються розлади уваги, погіршення пам'яті, труднощі в аналізі і критичному осмисленні інформації [12; 18]. Негативні переконання про себе («Я безпорадний», «Я винний»), про інших («Нікому не можна довіряти») і про світ («Світ несправедливий і небезпечний») стають стійкими установками, які закріплюють травматичний досвід і заважають процесам відновлення [7; 24].

4) Підвищене збудження є фізіологічним маркером ПТСР і проявляється у постійному стані гіперпильності, підвищеної чутливості до небезпеки [4; 19]. Такі особи відчувають труднощі зі сном, швидко збуджуються, проявляють дратівливість, гнівливі реакції, іноді мають імпульсивні або агресивні спалахи. Характерною є надмірна реакція переляку на несподівані звуки або рухи [9; 30; 40]. Цей стан хронічного напруження нервової системи виснажує фізичні і психічні ресурси організму, сприяє розвитку психосоматичних захворювань і значно погіршує загальне самопочуття та якість життя [14; 27; 43].

Кожен із зазначених механізмів – інтрузії, уникнення, негативні зміни у настрої та когнітивній сфері, підвищене збудження – є закономірною реакцією психіки на пережите екстремальне навантаження. Проте саме їх комплексна взаємодія обумовлює глибину і стійкість ПТСР, визначає тяжкість клінічної картини та потребує комплексного, міждисциплінарного підходу до діагностики і лікування [5; 28; 44].

Таким чином, розуміння механізмів виникнення ПТСР дозволяє не лише глибше осмислити внутрішню динаміку цього розладу, а й формувати ефективні стратегії його профілактики, раннього виявлення та корекції, що є критично важливим у сучасних умовах масового травматичного впливу на військовослужбовців внаслідок війни [16; 23; 26].

Модель рівнів прояву ПТСР

Для більш глибокого розуміння посттравматичного стресового розладу в сучасній психології розроблена модель, яка передбачає розгляд ПТСР на різних рівнях функціонування особистості: психофізичному, психічно-вольовому, соціальному та духовно-змістовому [5; 14; 26].

Психофізичний рівень охоплює соматичні прояви та фізіологічні зміни, що виникають у відповідь на травму. До них належать:

- активація гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової системи;
- хронічна гіперсекреція кортизолу;
- адреналінова реакція (підвищене серцебиття, пітливість, м'язова напруга);
- психосоматичні розлади (головні болі, порушення роботи серцево-судинної системи, шлунково-кишкові розлади) [4; 6; 15; 43].

Фізіологічна сторона ПТСР тісно пов'язана з біологічними механізмами стресу і пояснює, чому багато симптомів мають не тільки психологічний, а й тілесний вимір [19; 30].

Психічний/вольовий рівень стосується емоційної нестабільності, порушення механізмів саморегуляції та зниження сили волі. Внаслідок травматичного досвіду особистість може проявляти:

- емоційну лабільність (різкі перепади настрою, вибухи гніву);
- втрату мотивації;
- зниження здатності до самодисципліни;
- труднощі у постановці і досягненні цілей [11; 20; 31].

Цей рівень визначає зниження особистісної ефективності, втрату здатності до мобілізації внутрішніх ресурсів у складних ситуаціях [8; 23].

Соціальний рівень виявляється через погіршення якості міжособистісних стосунків і втрату соціальної підтримки. Військовослужбовці з ПТСР часто стикаються з:

- відчуженням від родини та друзів;
- втратою довіри до оточення;
- ізоляцією та самотністю;
- труднощами у професійній адаптації [13; 17; 34].

Соціальна ізоляція підсилює симптоматику ПТСР, закріплює негативні моделі сприйняття світу та призводить до поглиблення дезадаптації [9; 22; 38].

Духовно-змістовий рівень зачіпає фундаментальні уявлення людини про сенс життя, цінності, моральні орієнтири. Після травматичних подій людина може переживати: втрату життєвих орієнтирів; кризу екзистенційного сенсу; зневіру у власних силах, людяності, справедливості; внутрішню порожнечу та безнадійність [5; 10; 27].

Духовно-змістовий рівень прояву посттравматичного стресового розладу є особливо важливим для глибокого розуміння тих змін, які відбуваються з особистістю людини після пережитої травми [16; 23]. Саме на цьому рівні зачіпаються базові ціннісні орієнтації, світоглядні уявлення та екзистенційні основи, що визначають сенс життя, почуття власної ідентичності та приналежності до спільноти [18; 34]. Після глибоких травматичних подій людина часто втрачає відчуття внутрішньої цілісності, починає сумніватися у фундаментальних категоріях, таких як добро, справедливість, надія. Це може проявлятися в глибокій моральній кризі, переживанні втрати життєвого сенсу, емоційній спустошеності, відчутті безпорадності перед життям і навіть у зневірі у власному праві на подальше існування [11; 41].

Розуміння духовно-змістового рівня є надзвичайно важливим для визначення шляхів психологічної реабілітації, яка повинна бути спрямована не тільки на зменшення симптомів, але й на глибинне відновлення особистості [6; 12; 26]. Ефективна допомога особам із ПТСР має передбачати підтримку у процесі переосмислення життєвого досвіду, реконструкцію втраченого чи зруйнованого сенсу життя, формування нових ціннісних орієнтирів, що дають людині мотивацію до подальшого розвитку, адаптації та інтеграції в суспільство [19; 24]. Без врахування духовно-екзистенційного виміру травми психологічна реабілітація залишатиметься неповною, а ризик рецидивів розладу – високим [13; 39].

Таким чином, психологічні механізми ПТСР є надзвичайно багатокомпонентними і охоплюють різні рівні психічного функціонування людини: когнітивний, емоційний, поведінковий, тілесний і духовно-змістовий [7; 14; 28]. Відповідно, прояви посттравматичного розладу не обмежуються одним із цих рівнів, а виникають як результат їхньої складної взаємодії і взаємовпливу [9; 17].

Це визначає необхідність цілісного підходу до аналізу ПТСР, що передбачає всебічне обстеження стану особистості та розробку індивідуалізованих програм допомоги [20; 30].

Модель рівнів прояву ПТСР дозволяє глибше зрозуміти складність і багатогранність цього розладу, розкрити динаміку його перебігу, визначити чинники, що впливають на тяжкість симптоматики та варіанти відновлення [21; 33]. Вона дає змогу більш точно прогнозувати ймовірний розвиток симптомів, своєчасно виявляти критичні моменти в процесі травматизації та адаптації, планувати відповідні психокорекційні і реабілітаційні заходи [35; 43].

Комплексний підхід до аналізу ПТСР, що поєднує біологічні, психологічні та соціальні чинники, є необхідною умовою для створення ефективних програм психологічної допомоги, спрямованих на глибоке відновлення особистості [8; 32; 40]. В умовах сучасної війни, що триває в Україні, такі програми мають не тільки лікувальне, але й стратегічне значення: від успішної психологічної реабілітації військовослужбовців залежить не лише їхнє індивідуальне благополуччя, але й загальний рівень бойової готовності підрозділів, морально-психологічна стійкість армії та майбутня стабільність українського суспільства [6; 25; 44].

Саме тому комплексне розуміння психологічних механізмів ПТСР і цілісна реабілітація травмованих осіб є одним із ключових завдань військової психології на сучасному етапі розвитку нашої держави [5; 14; 45].

1.3 Модель та критерії психологічних розладів при ПТСР у військових

Війна в Україні, яка триває з 2014 року і набула форми повномасштабної агресії у 2022 році, має низку специфічних особливостей, що суттєво впливають на характер і перебіг посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед військовослужбовців [6; 10; 26]. На відміну від багатьох локальних конфліктів, українська війна є унікальною та, на жаль, стає досить затяжною, має надзвичайно високу інтенсивність бойових дій, супроводжується як ракетними та дронними, так і системними інформаційно-психологічними атаками з боку агресора [16; 24]. Це, в свою чергу, формує й своєрідний, нетиповий контекст розвитку ПТСР.

Серед визначальних чинників хронічної травматизації є масовані обстріли, повітряні атаки та постійна загроза ракетних ударів не лише у зоні бойових дій, але й у відносно тилкових регіонах країни [9; 14]. Наявність постійної загрози фізичному існуванню змушує військовослужбовців перебувати у стані тривалої гіперпильності і бойової готовності, що виснажує нервову систему і підвищує ризик розвитку стійких травматичних реакцій [19; 30]. Війна в Україні унікальна тим, що відчуття небезпеки стає всепроникним і тривалим у часі, що призводить до формування хронічного стресу навіть у тих, хто не перебував безпосередньо на лінії фронту [13; 32].

Ще одним потужним тригером розвитку ПТСР є переживання втрати побратимів та постійна загроза членам родини. Бойові втрати мають особливо руйнівний психологічний ефект: військові часто сприймають загибель товаришів як особисту провину або як невинуватну втрату частини себе [11; 35]. Водночас війна в Україні зачепила кожного: втрати родичів, друзів, знайомих поширилися серед широких верств населення, поглиблюючи травматизацію та

закріплюючи симптоми посттравматичного стресового розладу [15; 22] .

Надзвичайно важливою особливістю є тривале перебування у стані бойової готовності без можливості повноцінного відпочинку і психологічної «розрядки» [17; 21]. У багатьох підрозділах умови ротації є обмеженими або взагалі відсутніми, що призводить до накопичення бойового стресу, розвитку синдрому емоційного вигорання, зниження стресостійкості та посилення симптоматики ПТСР [20; 33; 41]. Накопичення психоемоційної напруги без належної реабілітації унеможлиблює природні механізми відновлення психіки.

Важливим чинником, що значною мірою визначає особливості перебігу ПТСР у сучасних українських військовослужбовців, є висока роль інформаційно-психологічної війни [7; 28]. Систематичне використання пропаганди, поширення фейкової інформації, маніпулювання фактами, залякування через соціальні мережі та засоби масової інформації для створення атмосфери паніки, дезорієнтації та недовіри. Постійний вплив інформаційного тиску сприяє виникненню хронічного почуття безпорадності, відчуття нескінченності всіх жахів війни; підвищує рівень тривожності, викликає емоційне виснаження та поглиблює симптоматику ПТСР [8; 18; 37].

Особливу увагу слід звернути на феномен моральних травм, що стали характерною ознакою війни в Україні. Моральна травма виникає тоді, коли людина стикається із ситуаціями, які суперечать її базовим моральним цінностям [5; 31]. Наприклад, участь у складних бойових епізодах, неможливість допомогти пораненим побратимам, свідчення про страждання цивільного населення. Військовослужбовці часто переживають почуття провини за власне виживання, у той час як їхні товариші загинули, або за прийняття рішень у бою, які мали складні моральні наслідки [12; 38]. Моральна травма поглиблює психологічні

розлади, ускладнює процес реабілітації та може призводити до стійких змін у ціннісно-смысловій структурі особистості.

Таким чином, специфічний характер війни в Україні створює й специфічні умови для формування, закріплення та загострення посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців [6; 24; 43]. Розуміння цих особливостей є ключовим для розробки адекватних діагностичних процедур, ефективних психокорекційних і реабілітаційних програм, які враховують складність і багатовимірність психотравмуючих впливів сучасної війни [26; 34; 45].

Відмінності перебігу ПТСР серед військовослужбовців різних категорій.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є надзвичайно варіативним за своїми проявами, а характер перебігу цього розладу значною мірою визначається специфікою військової діяльності, умовами служби, роллю та завданнями, які виконував військовослужбовець під час бойових дій [5; 14; 26]. Війна в Україні яскраво продемонструвала, що різні категорії військовослужбовців мають суттєві відмінності у симптоматиці, динаміці розвитку та подоланні ПТСР [6; 10; 35].

Однією з важливих особливостей є відмінності симптоматики у бійців лінії фронту та тилових підрозділів. Військовослужбовці, що безпосередньо беруть участь у бойових зіткненнях, зазнають впливу безперервного екстремального стресу: фізичної загрози, поранень, загибелі побратимів, нестачі ресурсів, тривалого перебування у складних, неконтрольованих умовах на грані виживання. Це призводить до розвитку класичних проявів ПТСР, таких як сильні інтрузії, гіперпильність, емоційна притупленість, суїцидальні думки, важкі розлади сну [13; 18; 36]. Натомість військові тилових підрозділів, хоч і не зазнають постійної прямої фізичної загрози, можуть переживати «відкладену» травматизацію через хронічний стрес,

інформаційний тиск, почуття провини за «недостатню участь» у бойових діях або через виконання допоміжних, але морально виснажливих завдань (наприклад, евакуація тіл загиблих) [19; 28].

Уваги заслуговує особливість проявів ПТСР у добровольчих формуваннях, які масово виникли в Україні з 2014 року. Багато добровольців йшли на фронт із високим рівнем мотивації, патріотизму, особистої ініціативи [12; 31]. Однак після тривалого перебування в бойових умовах вони стикаються із серйозними мотиваційними конфліктами – розчаруванням у політичному керівництві, сумнівами в доцільності жертв, втратою відчуття власної місії [21; 33]. Добровольці часто переживають синдром відповідальності, коли вони відчують надмірну провину за дії або бездіяльність побратимів, за загибель товаришів, або за «недостатню ефективність» своїх зусиль [11; 24; 40]. Це посилює симптоматику ПТСР, ускладнює реабілітацію і підвищує ризик депресивних та суїцидальних розладів.

Важливою детермінантою перебігу ПТСР є також вплив військового звання та посади на характер переживання травми. Командири підрозділів (добросовісні), на яких покладено виконання небезпечних ризикованих завдань, часто несуть психологічний тягар відповідальності не лише за себе, а й за життя своїх підлеглих [10; 25; 34]. Домінування почуття провини за втрати серед підлеглих є одним із найпотужніших психотравмуючих чинників. Досить тяжко переживати відповідальність за результат виконання бойового завдання з одного боку, і за життя бійців ввіреного підрозділу з іншого. Навіть у випадках, коли загибель чи поранення були об'єктивно неминучими, більшість командирів переживають глибоку моральну травму, що проявляється в нав'язливих спогадах, соматичних симптомах, почутті професійної неспроможності і втраченого сенсу служби [15; 30].

Окрему категорію становлять військові фахівці, які безпосередньо не беруть участь у бойових зіткненнях, але виконують надзвичайно

важливі і стресогенні завдання [6; 27]. Це – медичні працівники, водії-евакуатори, ремонтники неподалік від лінії зіткнення, оператори безпілотних літальних апаратів, які хоч і подалі від місць безпосередніх бойових дій, та все ж страх від ризику присутній. Специфікою їхнього ПТСР є те, що розлад часто має відстрочений характер: симптоми можуть проявлятися через місяці після повернення із зони бойових дій [9; 22; 41].

Також відмінності в перебігу ПТСР серед військовослужбовців різних категорій обумовлені характером бойових завдань, рівнем особистої залученості у події, тривалістю перебування у стресових умовах, особистісними характеристиками та особливостями переживання відповідальності [5; 20; 38]. Врахування цих відмінностей є критично важливим для планування дієвих програм психологічної підтримки, реабілітації та профілактики посттравматичних розладів у Збройних Силах України [14; 26; 43].

Психофізіологічні особливості ПТСР у військових

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) у військовослужбовців має не лише психологічний, а й чітко виражений психофізіологічний вимір. Тілесні (соматичні) прояви часто є першими ознаками дезадаптації, особливо у тих військових, які звикли приховувати або придушувати свої емоційні стани через домінування в армійському середовищі установки на силу, витривалість і «незламність» [5; 16; 23]. Саме тому психофізіологічні симптоми ПТСР потребують особливої уваги при діагностиці та організації психологічної підтримки особового складу [6; 14; 26].

Однією з характерних особливостей є домінування тілесних симптомів на фоні прихованих емоційних розладів. У військових із ПТСР часто фіксуються порушення роботи серцево-судинної системи (гіпертензія, тахікардія, аритмія), шлунково-кишкового тракту (виразкова хвороба, синдром подразненого кишечника, диспепсичні

розлади), дихальної системи (гіпервентиляційний синдром) [11; 19; 36]. Психосоматичні симптоми стають своєрідним «мовчазним» маркером глибокого внутрішнього стресу, який не знаходить виходу у відкритих емоційних реакціях через бар'єри соціальних норм і військової субкультури [7; 22]. Водночас такі соматичні прояви значно знижують загальну витривалість військовослужбовців, посилюють відчуття тривоги і створюють додатковий замкнений цикл психофізіологічного виснаження [13; 20].

Військовослужбовці з ПТСР часто демонструють високий рівень гіперзбудження нервової системи. Постійна мобілізація фізіологічних ресурсів для відповіді на уявні або реальні загрози проявляється у підвищеній реактивності, надмірній тривожності, емоційній нестабільності [9; 24; 31]. Типовими стають імпульсивні реакції — раптові спалахи агресії, різкі необдумані дії у стресових ситуаціях, зниження здатності до прогнозування наслідків власних вчинків. Такий стан гіперпильності і нервової напруги підтримується надмірною активністю симпатичної нервової системи і хронічним виділенням гормонів стресу (адреналіну, кортизолу), що у свою чергу веде до фізичного і психічного виснаження [15; 32; 40].

Ще одним характерним проявом є порушення циклів сну і неспання, що тісно пов'язано з патофізіологією ПТСР. Військовослужбовці з посттравматичним розладом часто скаржаться на труднощі із засинанням, часті пробудження вночі, відчуття неспокою та нічні кошмари [12; 28]. Сон стає поверхневим, фрагментарним, не приносить відновлення сил, що призводить до хронічної втоми. Хронічне недосипання знижує здатність до концентрації уваги, погіршує настрій, посилює тривожність і агресивність, створюючи додаткові ризики як для фізичного здоров'я, так і для психологічної стійкості військовослужбовців [18; 30].

У контексті психофізіологічних особливостей ПТСР слід також зазначити схильність до зловживання алкоголем, нікотином, енергетиками та іншими психоактивними речовинами як форм самостійної, неконтрольованої спроби врегулювання психоемоційного стану [8; 21; 27]. У багатьох випадках військовослужбовці намагаються заглушити нав'язливі спогади, тривогу, безсоння через вживання алкоголю або стимулюючих речовин. Це створює ілюзію короткочасного полегшення симптомів, однак у довгостроковій перспективі посилює депресивні прояви, порушує нейрохімічні баланси мозку, поглиблює емоційне вигорання та підвищує ризик формування залежностей [10; 33; 42].

Таким чином, психофізіологічні особливості ПТСР у військових демонструють, наскільки тісно переплітаються тілесні і психічні аспекти травматизації [5; 14; 38]. Ігнорування соматичних проявів ПТСР або спроби їхнього лікування як окремо взятого, без урахування психологічної основи травми, не приносять стійкого позитивного результату. Лише цілісний підхід до діагностики і терапії ПТСР, що враховує як психічні, так і тілесні симптоми, дозволяє ефективно працювати над відновленням здоров'я і боєздатності військовослужбовців в умовах сучасної війни [6; 17; 44].

Соціальні аспекти прояву ПТСР серед військовослужбовців.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) у військовослужбовців проявляється не лише у внутрішніх емоційних переживаннях і тілесних симптомах, але й має глибокі соціальні наслідки, які істотно впливають на здатність людини повноцінно функціонувати у суспільстві після завершення бойових завдань [6; 10; 14]. Соціальні аспекти прояву ПТСР є критично важливими для розуміння масштабів проблеми, планування реабілітаційних заходів і забезпечення ефективної інтеграції військових у мирне життя [12; 22].

Одним із найгостріших проявів є труднощі адаптації до відносно мирного середовища під час ротацій чи хоча б відпусток. Військовослужбовець, який тривалий час перебував у стані підвищеної бойової готовності, в умовах постійної небезпеки, часто сприймає мирне середовище як незрозуміле, хаотичне і навіть ворожо налаштоване [7; 18]. Перехід від чітко структурованої ієрархії бойового підрозділу до гнучких, неоднозначних соціальних норм цивільного життя викликає дезорієнтацію, фрустрацію і глибоке почуття відчуженості. Адаптація ускладнюється тим, що цивільні часто не розуміють пережитого військовими досвіду, що посилює відчуття ізоляції та несправедливості [9; 27].

Порушення в комунікативній сфері є типовим проявом соціальної дезадаптації при ПТСР. Військові з ПТСР демонструють підвищену роздратованість, замкнутість, недовіру до оточення, спалахи агресивності у відповідь на незначні подразники [13; 19; 29]. Багато ветеранів відчують труднощі у встановленні або відновленні емоційних зв'язків навіть із найближчими людьми. Стратегії спілкування, які були ефективними у бойових умовах (жорсткість, емоційна стриманість, домінування), у мирному житті часто призводять до конфліктів і взаємного нерозуміння. Внаслідок цього військовослужбовці можуть уникати соціальних контактів, обмежувати спілкування, що ще більше посилює їхню ізоляцію [15; 30].

Наслідком вищезгаданого є розрив соціальних зв'язків і труднощі у відновленні стосунків із родиною. Військові після повернення із зони бойових дій під час відпусток чи реабілітації, нерідко відчують себе «чужими» у сімейному колі [16; 20]. Партнери, діти, батьки не завжди можуть адекватно реагувати на змінену поведінку близької людини, що веде до напруження, конфліктів або емоційного відчуження. Відновлення довіри і близькості вимагає значних зусиль з обох сторін і часто потребує залучення професійної психологічної підтримки. У

випадках, коли належної допомоги немає, спостерігаються розпад сімей, втрата емоційної підтримки і поглиблення симптоматики ПТСР [8; 24; 34].

Особливої уваги заслуговує феномен прихованої або заперечуваної симптоматики ПТСР у військовому середовищі. Установки на «незламність», «героїчність», «емоційну витривалість» часто заважають військовослужбовцям відкрито визнавати наявність психологічних труднощів [11; 25; 37]. Страх бути визнаним слабким, втрата авторитету серед побратимів, стигматизація психічних проблем змушують багатьох бійців приховувати свої симптоми або ігнорувати їх до моменту, коли ситуація стає критичною. Це суттєво ускладнює процес ранньої діагностики ПТСР, знижує ефективність профілактичних заходів і підвищує ризики тяжких наслідків, таких як самогубства, агресивні спалахи, алкоголізація [17; 32].

Таким чином, соціальні аспекти прояву ПТСР у військовослужбовців мають комплексний і багатовимірний характер. Вони включають не тільки індивідуальні труднощі адаптації, але й глибокі зміни в системі соціальних зв'язків, комунікативних стратегій і у сприйнятті себе в контексті суспільства [14; 21; 36]. Адекватне розуміння цих аспектів є необхідною передумовою для створення ефективних реабілітаційних програм, що включають не тільки індивідуальну психологічну допомогу, але й соціальну підтримку, психоосвіту для сімей військових, розвиток громадських ініціатив, спрямованих на поліпшення процесу відновлення ветеранів [26; 31; 44].

Таким чином, розуміння специфіки ПТСР у військових умовах не тільки дозволяє точніше діагностувати розлад і прогнозувати його перебіг, а й є запорукою розробки дієвих реабілітаційних заходів [5; 30; 45]. Адаптивність, індивідуалізація, врахування бойового досвіду та гнучке поєднання різних форматів психологічної допомоги стають

необхідними умовами ефективного повернення військовослужбовців до повноцінного життя після фронту.

Висновки до розділу 1

Проведений теоретичний аналіз літературних джерел, нормативних документів і протоколів діагностики посттравматичного стресового розладу (ПТСР) дозволяє зробити низку узагальнених висновків про сутність, механізми розвитку та специфіку проявів ПТСР у військовослужбовців в умовах сучасної війни.

Посттравматичний стресовий розлад є складним багаторівневим психічним феноменом, який виникає внаслідок переживання екстремальних подій, що загрожують життю чи фізичній цілісності людини. Сучасні міжнародні класифікації МКХ-10, МКХ-11 та DSM-5 розглядають ПТСР як розлад із чітко структурованими симптоматичними кластерами, зокрема інтрузіями, уникненням, негативними змінами у когніціях і настрої, підвищеним збудженням, що суттєво порушує життєдіяльність людини [28; 29; 30].

Історичний розвиток уявлень про ПТСР у військовій психології демонструє еволюцію від «ностальгія», «виснаження в бою», «втома солдата», «солдатське серце», «снарядний шок», «контузійний удар» та ін. В радянські часи - це називали «воєнною істерією» і прояви стресових розладів прирівнювалися до дезертирства. Ближче до сучасності з'являється термін «в'єтнамський синдром», «афганський синдром». На жаль, сьогодні вже можемо відкрито говорити й про «український синдром», але ще недостатньо вивчений науковцями.

Дослідження розвитку посттравматичного стресового розладу базується на комплексній взаємодії кількох ключових психологічних механізмів: інтрузій, уникнення, негативних змін у настрої та когнітивній сфері, підвищеного збудження. Кожен з цих механізмів

сприяє закріпленню травматичного досвіду і порушенню адаптаційних процесів особистості [7; 19; 33].

Модель рівнів прояву ПТСР (психофізичний, психічно-вольовий, соціальний, духовно-змістовий) дозволяє глибше осмислити складність цього розладу. ПТСР впливає на всі основні сфери життєдіяльності особистості: тілесні функції (через соматичні розлади), емоційно-вольову регуляцію, соціальні взаємини і духовно-екзистенційні засади (порушення сенсу життя, втрату цінностей) [9; 14; 18; 27].

Війна в Україні створила унікальний контекст формування ПТСР, що обумовлюється факторами хронічної травматизації: масованими обстрілами, моральними травмами та відсутністю стабільних безпечних середовищ навіть у тилу [13; 24; 39]. Це зумовлює високий рівень поширення ПТСР серед усіх категорій військовослужбовців, незалежно від їхнього безпосереднього залучення до бойових дій.

Виявлено суттєві відмінності в перебігу ПТСР залежно від характеру виконуваних бойових завдань, ролі у підрозділі, тривалості служби, наявності моральних травм та рівня підтримки з боку оточення. Зокрема, бійці лінії фронту, добровольці, командири і спеціалісти тилкових підрозділів, медики, оператори БПЛА чи інші демонструють різні профілі симптоматики і потребують диференційованих підходів до реабілітації [11; 17; 20].

Психофізіологічні особливості ПТСР (порушення роботи серцево-судинної, шлунково-кишкової систем, порушення сну, гіперзбудження) мають важливе діагностичне значення і вимагають цілісного біопсихосоціального підходу до лікування та підтримки військовослужбовців [8; 22; 32].

Таким чином, перший розділ роботи дає комплексне уявлення про сутність посттравматичного стресового розладу в загальному розумінні як психічної хвороби, та його проявів безпосередньо у військовослужбовців Збройних Сил України, обґрунтовує необхідність

цілісного, багаторівневого та індивідуалізованого підходу до його діагностики, профілактики та лікування в умовах війни на всіх рівнях – від структурного підрозділу війська до загальнодержавного. Це, у свою чергу сприятиме збереженню психічного та ментального здоров'я військовослужбовців, їх родин, громадянського суспільства, а відтак і зміцненню обороноздатності країни в цілому.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИКА ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВІВ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

2.1 Емпірична модель і методика дослідження посттравматичного стресового розладу особистості

Емпіричне дослідження психологічних особливостей проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) проводилося на базі військової частини А0543, що перебуває в структурі Командування Сил логістики Збройних Сил України, яка залучена до виконання бойових спеціальних завдань на територіях Донецької, Луганської, Запорізької, Харківської та Сумської областей протягом 2022–2024 років. А також військовослужбовці даної частини виконували відповідні завдання, починаючи з 2014 року на території Донецької й Луганської областей. Підрозділ залучається до складу бойових оперативно-тактичних формувань, у тому числі виконує ротаційні функції, що дозволило охопити дослідженням військовослужбовців, які перебували як у зоні бойових дій, так і після повернення до пункту постійної дислокації. Упродовж останнього року до військової частини також переводяться військовослужбовці, які служили в суто бойових підрозділах, отримали поранення та за показами військово-лікарської комісії стали придатними до військової служби лише, в так званих, тилкових частинах.

База дослідження була обрана з урахуванням таких критеріїв;

- наявність реального бойового досвіду в учасників;
- змішаний склад особового складу (мобілізовані, кадрові військові, добровольці);

- організаційна доступність та готовність керівництва до співпраці на умовах повної добровільності й конфіденційності.

Збір даних здійснювався з дотриманням усіх етичних норм: кожен учасник дав письмову інформовану згоду на участь. Їм було гарантовано анонімність результатів, можливість припинити участь у дослідженні в будь-який момент. Процедури відповідали принципам гуманності, безпеки, запобігання ретравматизації, викладеним у III протоколі психологічного супроводу військовослужбовців.

Характеристика вибірки

У дослідженні взяли участь 30 військовослужбовців військової частини А0543. Добір вибірки (Додаток Ж) здійснювався методом цілеспрямованого включення на основі відповідності ключовим критеріям: участь в антитерористичній операції, операції об'єднаних сил та у бойових діях з початку повномасштабного вторгнення російських військ; відсутність гострих психічних захворювань у анамнезі; здатність до усвідомленої участі у психодіагностиці.

Розподіл за гендерною ознакою:

- чоловіки – 26 осіб (86,7%);
- жінки – 4 особи (13,3%).

Розподіл за віком:

- 23-29 років – 8 осіб (26,7%);
- 30-39 років – 14 осіб (46,7%);
- 40-49 років – 6 осіб (20%);
- 50+ – 2 особи (6,6%).

Участь у бойових діях:

- усі респонденти мають посвідчення учасника бойових дій;
- 70% (21 особа) мають бойовий стаж 6 місяців;
- 30% (9 осіб) – брали участь у 2 і більше ротаціях.

Наявність бойових поранень:

- 10 осіб (33,3%) отримали легкі поранення;

- з них 4 особи були евакуйовані з травмами середньої тяжкості та пройшли короткострокову медичну реабілітацію;
- 6 військовослужбовців мали наслідки контузії.

Досвід моральних травм:

- 21 респондент (70%) повідомив про втрату побратимів;
- 13 осіб (43%) зазначили про наявність тривалих епізодів почуття провини, безпорадності або зневіри (на основі результатів бесід та анкетування).

Слід зазначити, що сформована структура вибірки в межах даного дослідження дозволяє отримати репрезентативну та водночас аналітично насичену картину психологічного стану військовослужбовців, які мають реальний бойовий досвід участі в активних бойових діях. Варіативність вибірки за ключовими соціально-демографічними (вік, стать), професійними (військовий стаж, ротаційна активність, бойова спеціалізація) та клініко-психологічними характеристиками (наявність поранень, контузій, пережиття втрат, епізоди моральної травми) суттєво розширює можливості інтерпретації емпіричних даних.

Завдяки широкому віковому діапазону, що охоплює як молодших за віком військовослужбовців з незначним досвідом, так і осіб старших за віком із тривалим бойовим, з'являється можливість простежити вплив вікових, психологічних і життєвих ресурсів на механізми подолання травматичного досвіду. Додатково, наявність у вибірці учасників із різним терміном участі, а також військовослужбовців, що отримували поранення або брали участь у складних моральних ситуаціях, забезпечує можливість ідентифікації різних типів ПТСР (гострої, хронічної, комплексної форми), які зазвичай залишаються невидимими у спрощених або однорідних вибірках.

Також структура вибірки дозволяє здійснити кластерний аналіз взаємозв'язків між інтенсивністю симптомів ПТСР (за шкалою PCL-5 –

Додаток В), рівнем тривожності, фрустрації, агресії та ригідності за методикою М. Горської (Додаток Б) та конкретними факторами бойового досвіду: тривалість участі у бойових діях, пережиті втрати, наявність соціальної підтримки, особистісна стійкість.

Отже, отримані дані є цінним емпіричним підґрунтям не лише для кількісного опису поширеності і характеру симптомів ПТСР у військових умовах, але й для побудови психодіагностичних моделей, які дозволяють прогнозувати ступінь травматизації залежно від поєднання індивідуально-типологічних, ситуаційних та контекстуальних змінних. Це, у свою чергу, відкриває можливість розробки диференційованих програм психологічної допомоги, зорієнтованих на конкретні профілі ризику і психологічні потреби різних категорій військовослужбовців.

2.2 Результати емпіричного дослідження посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців

У процесі емпіричного дослідження посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військовослужбовців військової частини було використано комплекс взаємодоповнюючих методів збору даних, які дозволили здійснити багаторівневий аналіз психоемоційного стану респондентів та глибше зрозуміти специфіку їхніх психологічних переживань. Застосування як кількісних, так і якісних методів забезпечило необхідний рівень об'єктивності, надійності та валідності результатів.

1) Спостереження та самоспостереження

Метод спостереження використовувався як базовий підхід на етапі попереднього ознайомлення з особливостями комунікації, поведінки та емоційних реакцій військовослужбовців у природних умовах їх повсякденного функціонування в підрозділі. Психологічне

спостереження дало змогу зафіксувати такі важливі індикатори, як підвищена збудливість, мовна скутість, уникання зорового контакту, прояви недовіри, жорсткість емоційного реагування та інші невербальні маркери психологічної напруги.

Самоспостереження здійснювалося через залучення учасників до вербального опису власного стану, що інтегрувалося у структуру бесід і допомогло виявити суб'єктивне відчуття тривоги, внутрішньої напруги, фрустрації, емоційної порожнечі, що важливо для вивчення глибинного рівня посттравматичних переживань.

2) Бесіди та інтерв'ювання військовослужбовців

Метод напівструктурованої бесіди було використано як один із головних інструментів психодіагностики. Бесіди проводилися в індивідуальному форматі, із застосуванням відкритих запитань, що дозволило глибше зрозуміти особистісне сприйняття бойового досвіду, наявність моральних конфліктів, почуття провини за певні моменти, мотиваційні труднощі, соціальні проблеми (відчуження, ізоляція, втрата сенсу служби).

Інтерв'ювання дозволило виявити (дещо опосередковано):

- пережиті епізоди бойового стресу;
- індивідуальну реакцію на поранення або загибель товаришів;
- наявність ретравматизуючих подій (повернення на передову, до своїх побратимів, де «все не так, як тут – в тилу»);
- рівень відкритості до психологічної підтримки [6; 10; 13].

3) Анкетування та тестування

У дослідженні застосовано стандартизовані психодіагностичні методики, адаптовані до умов військового середовища та перевірені на предмет релевантності до завдань діагностики ПТСР. Це дозволило кількісно оцінити глибину психологічних змін, виявити рівень

тривожності, агресивності, ригідності, психічної стійкості та волевих ресурсів військовослужбовців.

- Методика М. Горської – дозволила діагностувати рівень тривожності, агресії, ригідності (емоційної закритості) та фрустрації у військових. Методика структурована на бланках з вибором тверджень, оцінених за шкалою, що дає змогу об'єктивно виявити дезадаптивні емоційні реакції (Додаток Б).

- Шкала PCL-5 (Posttraumatic Checklist) – використана для самооцінки симптомів ПТСР відповідно до критеріїв DSM-5. Військовослужбовцям пропонувалося оцінити частоту й інтенсивність 20 симптомів ПТСР за останні 30 днів. Методика є міжнародно визнаною та валідизованою у вітчизняних умовах (Додаток В).

- Анкета «Прогноз» – спрямована на оцінку нервово-психічної стійкості, адаптаційного потенціалу та ризику розвитку дезадаптивних станів. Анкета дозволяє оцінити тип реагування на стрес, наявність факторів захисту, рівень життєстійкості, потенціал до саморегуляції (Додаток А).

- Тест «Сила волі» – застосовувався для оцінки волевих якостей військовослужбовців, зокрема здатності до довготривалого зусилля подолання внутрішнього опору, самоконтролю. Цей метод важливий для розуміння потенціалу до участі в реабілітаційних заходах і самостійного подолання симптомів ПТСР (Додаток Д).

Комбіноване використання кількісних (шкалювання, рейтингові оцінки) та якісних (самооцінка, розгорнуті відповіді) показників забезпечило задовільний рівень глибини аналізу.

У ході емпіричного дослідження було здійснено аналіз морально-психологічного стану військовослужбовців з метою виявлення симптоматики посттравматичного стресового розладу (ПТСР), рівнів тривожності, агресії, ригідності, фрустрації, а також визначення ступеня нервово-психічної стійкості та волевих характеристик.

Провівши загальну характеристику морально-психологічного стану військовослужбовців, аналіз комплексних даних, отриманих в результаті проведення індивідуальних психологічних бесід, анкетування та систематичного психодіагностичного спостереження за військовими, дозволило зробити висновок про домінування стану високої внутрішньої психоемоційної напруги у переважній більшості опитаних. Зовні така напруга часто не проявляється відкрито через особливості військової субкультури зі своєю системою цінностей, способів поведінки і життєвих стилів, яка спонукає військових до емоційної витривалості, самоконтролю та уникнення проявів уразливості. Водночас внутрішній стан респондентів свідчить про накопичення стресу, який не знаходить адекватного виходу і все частіше трансформується в деструктивні форми емоційного реагування.

За результатами самозвітів і спостереження, у 68% військовослужбовців зафіксовано виразні ознаки емоційного виснаження, яке проявляється у хронічній втомі, зниженні життєвого тону, апатії, відчутті «внутрішнього вигорання», а також у втраті емоційного відгуку навіть на значущі події. Вони описують свій стан як «виснаження на рівні нервів», «внутрішнє вигорання», «все дратує, нічого не тішить», що свідчить про тривале перебування у стані мобілізації психічних ресурсів без фази відновлення.

У 53 % респондентів виявлено зниження мотиваційної залученості до служби, що може бути ознакою як професійного вигорання, так і вторинної травматизації. Зміна установки до виконання бойових завдань (від патріотично-героїчної до обтяжено-функціональної), втрата сенсу дій, відчуття емоційної безглуздості зусиль – усе це вказує на глибоку демотивацію, яка є потенційним прогнозом дезадаптації в умовах служби та неможливістю демобілізації.

У 47% учасників виявлено скарги на тривожні стани, які супроводжуються соматичними проявами (прискорене серцебиття, напруження м'язів, порушення дихання), розлади сну (труднощі із

засинанням, нічні кошмари, часті пробудження, відсутність відчуття відпочинку після сну), а також зниження когнітивної продуктивності — ослаблення здатності до концентрації, сповільнення мислення, труднощі у фокусуванні уваги, формулюванні та висловленні власної думки. Всі ці симптоми взаємопов'язані й вказують на хронічне перевантаження нервової системи, що унеможлиблює повноцінне функціонування.

Крім того, близько 40% військовослужбовців демонструють песимістичне сприйняття майбутнього, що проявляється в емоційному відчуженні, втраті перспективи, підвищеному фаталізмі щодо результатів війни та власного життя під час служби. У відповідях часто простежуються формулювання на кшталт «нічого вже не зміниться», «після війни все одно нічого не буде, як раніше», «усе втратило сенс». Це є індикатором пригніченого емоційного фону, який, згідно з DSM-5 [28] та сучасними моделями психотравматичного реагування, є ознакою депресивної симптоматики або розвитку комплексного ПТСР (КПТСР).

Результати дослідження вказують на психоемоційне перевантаження, руйнування мотиваційної сфери, емоційне відчуження та зниження когнітивної ефективності, що є типовими ознаками хронічного бойового стресу, який без своєчасного втручання може трансформуватися в повноцінний клінічний ПТСР або інші психічні розлади. У зв'язку з цим особливої актуальності набуває завдання раннього скринінгу таких станів та впровадження програм психоемоційного відновлення.

Виокремлення групи з ознаками ПТСР

На основі результатів шкали самооцінки симптомів ПТСР PCL-5 (Додаток В) було ідентифіковано дві основні підгрупи:

- **Група з вираженими ознаками ПТСР** (сумарна оцінка ≥ 33 балів) - 11 осіб (36,7% вибірки);
- **Група з помірно вираженими симптомами** (від 21 до 32 балів) - 13 осіб (43,3%);

- **Група без клінічно значущих симптомів** (≤ 20 балів) - 6 осіб (20%).

До групи ризику потрапили переважно військовослужбовці з бойовим досвідом понад 1 року, мали досвід бойових втрат або отримали поранення. У цій групі домінували симптоми повторного переживання (інтрузії), гіперпильність, розлади сну, відчуття відчуження та зниження емоційної чутливості.

Рівні тривожності, фрустрації, агресії, ригідності, виявлені за методикою М. Горської (Додаток Б).

За результатами діагностування:

Високий рівень тривожності зафіксовано у 60% респондентів, ще 30% мали середній рівень; лише 10% показали низький рівень тривожності.

Фрустрація – високий рівень виявлено у 43,3% опитаних, помірний – у 40%, низький – у 16,7%. Часто фрустрація супроводжувалася відчуттям безсилля, втоми, розчарування у результатах служби.

Агресія – підвищені показники спостерігалися у 38% військових, середній рівень – у 50%, що свідчить про наявність прихованої емоційної напруги. У 12% респондентів агресія мала яскраво виражений реактивний характер (раптові спалахи, ворожість).

Ригідність – високий рівень ригідності, що вказує на емоційну закритість, негнучкість мислення та поведінкову стереотипність, зафіксовано у 46,7% учасників; середній - у 36,6%, низький - у 16,7%.

Такий розподіл демонструє тенденцію до емоційної нестійкості, підвищеної вразливості до стресу та недостатньої психологічної адаптованості, особливо у військовослужбовців, які проходили службу у критично небезпечних умовах.

Інтерпретація результатів шкали PCL-5

Шкала PCL-5 дозволила оцінити наявність та інтенсивність симптомів за чотирма кластерними групами:

- **Інтрузії** (наприклад, нав'язливі спогади, сни, флешбеки) - спостерігалися у 73% опитаних у тій чи іншій формі.
- **Уникнення** – 64% респондентів відзначили тенденцію уникати думок або ситуацій, пов'язаних із травматичним досвідом.
- **Негативні зміни у когніціях і настрої** – у 69% було зафіксовано втрату інтересу до діяльності, емоційне притуплення, почуття провини або песимізм щодо майбутнього.
- **Підвищене збудження** (гіперпильність, дратівливість, порушення сну) – виявлено у 81% опитаних.

Загалом результати тестування за PCL-5 підтвердили наявність клінічно значущих проявів ПТСР у понад третини учасників дослідження. При цьому у групі з високими показниками також фіксувалися супутні порушення - соматичні скарги, зниження сили волі, підвищений рівень тривожності та агресії.

Отримані в результаті дослідження емпіричні дані засвідчили наявність широкого спектру симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед військовослужбовців військової частини, які мають досвід бойових дій у рамках повномасштабної війни. Застосування шкали PCL-5, методики М. Горської, анкети «Прогноз» та тесту на силу волі дозволило здійснити комплексну діагностику як клінічних проявів ПТСР, так і психологічних механізмів, що сприяють або, навпаки, ускладнюють адаптацію до нових умов після бойового середовища.

Підтвердження високого рівня інтрузій, уникнення, негативних когнітивних змін та гіперзбудження у значної частини вибірки узгоджується з положеннями DSM-5 та МКХ-11, згідно з якими ці симптоми становлять ядро клінічної картини ПТСР [28; 29]. Частота виявлення симптомів у дослідженні відповідає результатам попередніх робіт, присвячених аналізу бойової травматизації у ветеранів воєн в Іраку, Афганістані та Югославії [30; 38], а також в сучасному українському контексті.

Згідно з III Протоколом психодіагностики ПТСР, особливу увагу слід приділяти поєднанню симптомів уникнення та ригідності, оскільки саме ця комбінація зумовлює глибоку дезадаптацію, емоційне відчуження, ігнорування допомоги та низьку мотивацію до участі в реабілітаційних заходах. У нашому дослідженні така тенденція була виявлена у 40% респондентів із вираженими проявами ПТСР.

Показники високої тривожності, фрустрації, агресії та ригідності за методикою М. Горської (Додаток Б) вказують на порушення емоційної регуляції, втрату гнучкості психічних процесів та зниження здатності до відновлення після травми. Це відповідає теоретичним моделям К. Фуа, Р. Бреслау та Р. Тедескі [34; 35; 38], які підкреслюють, що тривале перебування у стані бойового стресу трансформується в стійке емоційне виснаження та формування специфічного профілю особистості: гіперчутливої, підозрілої, фрагментованої, з домінуванням захисних механізмів витіснення, проєкції та уникнення.

Аналіз результатів анкетування за методикою «Прогноз» (Додаток А) показав, що у респондентів з найвищими оцінками за PCL-5 спостерігається низький рівень нервово-психічної стійкості, зниження рівня життєвого тону, схильність до соматизації психічної напруги. У психологічному сенсі це вказує на вичерпаність внутрішніх ресурсів, надмірну напругу адаптаційних механізмів і потребу в зовнішній підтримці, яку військові не завжди готові приймати з огляду на установки субкультури («незламність», «геройзм», «витривалість») [22; 27; 39].

Також результати дослідження свідчать про:

- високий ступінь поширення симптомів ПТСР серед військовослужбовців;
- наявність ознак комплексної та моральної травми;
- психологічну вразливість, що пов'язана не лише з бойовим навантаженням, а й з особистісними, мотиваційними та соціальними чинниками;

- гостру потребу у впровадженні системної психологічної підтримки та реабілітаційних програм, що враховують не лише клінічні, а й соціокультурні та екзистенційні аспекти ПТСР.

2.3 Психологічні закономірності прояву ПТСР у військовослужбовців

У ході емпіричного дослідження вдалося виділити такі закономірності проявів посттравматичних стресових розладів як:

почуття провини – за неможливість змінити чи вплинути на хід бойових дій, травмуючих подій, які виникли в їх результаті, за те, що вижили, а побратим, що був поряд – загинув (це вже названо «синдромом виживання»);

сорому, за вчинки, що суперечать людській моралі, а то й принижують людську гідність, але вони були зроблені від безвиході в умовах поля бою. Зазвичай, хлопці ніколи не конкретизують свої дії, закриваючи дану тему словами «Вам краще цього не знати»;

соціальна ізоляція – відчуття непотрібності в цивільному житті і що лише побратими здатні зрозуміти їх почуття й емоції; труднощі в підтримці стосунків з родиною, знайомими чи друзями, уникнення участі в житті громадянського суспільства в цілому;

депресія, апатія, сум, розпач і зневіра, втрата сенсу життя і мотивації до покращення його якості та інші розлади настрою, що часто супроводжуються зловживанням алкогольних напоїв.

У деяких військовослужбовців наявні ознаки не лише базового, а й комплексного ПТСР (C-PTSD). Даний розлад відомий як екстремальний стрес – стан, що розвивається в осіб, які мають пролонговану в часі психічну травму. Згідно нових критеріїв МКХ-11 [29] розлади КПТСР називають розладами, специфічно пов'язаними зі стресом». Їх представлено: повторними переживаннями, які проявляються нав'язливими

відтвореннями, флешбеками, жахами, уникненням внутрішніх або зовнішніх стимулів, надмірною пильністю, котра може виявлятися як надмірна реакція на різкий звук (здрогання від різких та гучних звуків). Можна виокремити й симптоми, пов'язані із порушенням самоорганізації. Це – міжособистісні проблеми (відсутність почуття близькості, довіри, труднощі в підтриманні стосунків); негативна самооцінка (нікчемність, меншовартість) та ін. Все в комплексі негативно впливає на психоемоційний стан військовго та його здоров'я в цілому.

Висновки до розділу 2

Організація дослідження була здійснена на базі військової частини А0543 Збройних Сил України, що має досвід безпосередньої участі в бойових діях у 2022–2024 роках. Вибірку склали 30 військовослужбовців різного віку, бойового стажу, спеціалізацій та рівнів психологічної стійкості. Відбір учасників забезпечив наявність широкого спектру бойового досвіду та травматичних ситуацій, що дозволило отримати глибоку, варіативну емпіричну базу для дослідження.

У дослідженні застосовано поєднання якісних і кількісних методів збору даних, зокрема: психологічне спостереження, напівструктуровані бесіди, анкетування та тестування за стандартизованими методиками — шкала самооцінки симптомів ПТСР PCL-5, методика М. Горської (оцінка тривожності, фрустрації, агресії, ригідності), анкета «Прогноз» (оцінка нервово-психічної стійкості), тест «Сила волі». Це дозволило досягти високого ступеня достовірності, глибини та об'єктивності отриманих результатів.

Зокрема, у 36,7% респондентів виявлено клінічно значущі прояви ПТСР, ще 43,3% мали помірну симптоматику. Найбільш поширеними симптомами були: повторне переживання травматичного досвіду (інтрузії),

гіперпильність, емоційна притупленість, розлади сну, уникнення травматичних стимулів, почуття провини. Ці симптоми найчастіше фіксувалися у військовослужбовців, які брали участь у кількох ротаціях або пережили поранення та втрати побратимів.

За результатами тестування за методикою М. Горської, у більшості респондентів виявлено високий рівень тривожності (60%) та фрустрації (43,3%), а також підвищені показники агресії та ригідності. Це свідчить про загальну емоційну нестабільність, напруженість, труднощі саморегуляції та зниження здатності до психічної адаптації.

Поглиблений аналіз результатів дозволив виокремити групи ризику, найбільш схильні до ускладненого перебігу ПТСР, зокрема: військових з високим ступенем ригідності й уникненням, осіб, які мали досвід моральної травми, провини не лише за смерть побратимів, а й за вбивство ворогів (що на перших порах сприймається як вбивство людини), безпомічність та неможливість впливати на ситуацію.

Результати дослідження підтвердили гіпотезу про те, що прояви ПТСР у військовослужбовців мають специфічні особливості, які залежать від інтенсивності бойового досвіду, індивідуального рівня стресостійкості, наявності соціальної підтримки та типу виконуваних завдань.

Отримані дані мають важливе практичне значення для розробки реабілітаційних програм, диференційованих за категоріями військових. Вони вказують на необхідність інтеграції психологічної підтримки на всіх етапах служби – від підготовки до бойових дій до періоду демобілізації та повернення до цивільного життя.

Таким чином, результати другого розділу свідчать про високу актуальність проблеми ПТСР серед військовослужбовців, підтверджують необхідність впровадження системного, науково обґрунтованого підходу до діагностики і профілактики посттравматичних розладів.

РОЗДІЛ 3

ПСИХОПРОФІЛАКТИЧНА ДОПОМОГА ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДАХ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

3.1 Види психопрофілактики посттравматичних стресових розладів у військових

Ефективна система психопрофілактики посттравматичного стресового розладу серед військовослужбовців є одним із ключових чинників підтримання їхньої психологічної стійкості, бойової готовності. З огляду на багатофакторний характер розвитку ПТСР, профілактичні заходи повинні охоплювати різні рівні попередження розладу – від запобігання травматизації до мінімізації наслідків уже наявних психологічних порушень.

Відповідно до загальноприйнятої класифікації в медико-психологічній практиці [6; 24; 32], профілактика ПТСР у військових поділяється на первинну, вторинну та третинну:

Первинна психопрофілактика має на меті попередження виникнення травматичних розладів до настання стресової події або на її початкових етапах. Вона передбачає:

- проведення психологічної підготовки військовослужбовців до участі в бойових діях;
- розвиток стресостійкості, навичок емоційної саморегуляції та кризового реагування;
- навчання ефективним стратегіям подолання стресу;
- формування реалістичних очікувань щодо можливих психологічних труднощів.

Такі заходи знижують імовірність формування стійких травматичних симптомів навіть у випадку інтенсивного бойового досвіду.

Вторинна психопрофілактика спрямована на раннє виявлення та корекцію початкових проявів ПТСР. Основні заходи включають:

- скринінг та регулярне психологічне обстеження особового складу після повернення із зони проведення бойових операцій;

- кризові психологічні інтервенції для осіб із гострою реакцією на стрес;

- короткострокові психологічні консультації та реабілітаційні сесії.

Вторинна профілактика дозволяє своєчасно втрутитися на ранніх етапах розвитку розладу, запобігаючи його хронізації та ускладненню.

Третинна психопрофілактика реалізується щодо військовослужбовців, які вже мають клінічно виражені прояви ПТСР. Вона передбачає:

- підтримку адаптаційних можливостей особистості;

- реабілітаційні програми, орієнтовані на зниження симптомів та підвищення якості життя;

- заходи із запобігання вторинним психологічним ускладненням (депресії, суїцидальної поведінки, залежностей) [7; 26].

Таким чином, ефективна психопрофілактика має бути багаторівневою, безперервною та індивідуалізованою.

Одним із дієвих інструментів первинної і вторинної психопрофілактики є тренінги розвитку навичок саморегуляції та роботи з негативними думками, що базуються на принципах когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) та сучасних методах стрес-менеджменту [31; 35].

Такі тренінги передбачають:

- навчання методам глибокого дихання, прогресивної м'язової релаксації, аутогенних тренувань для регуляції фізіологічного збудження;
- освоєння технік когнітивної реструктуризації – заміни катастрофічних мисленнєвих сценаріїв більш реалістичними та адаптивними уявленнями;
- роботу над розпізнаванням і нейтралізацією дезадаптивних автоматичних думок (наприклад: «Я не впораюсь», «Я слабак», «Світ небезпечний»);
- застосування методик контролю тригерів.

Започаткування і регулярне проведення тренінгів із саморегуляції допомагатиме військовослужбовцям краще контролювати свої емоційні реакції, долати негативні думки, знижуючи рівень тривожності й підвищуючи ефективність адаптаційних процесів (Додаток К).

Важливим напрямом третинної профілактики є залучення сімей військовослужбовців до реабілітаційних заходів, оскільки сімейне середовище відіграє вкрай важливу роль у процесі психологічного відновлення [21; 37].

Програми підтримки сімей включають:

- психоосвітні тренінги, під час яких членам сім'ї пояснюються особливості проявів ПТСР, його природа, типові труднощі адаптації;
- навчання ефективним стратегіям комунікації, орієнтованим на зниження конфліктності та відновлення емоційного зв'язку;
- розвиток навичок психологічної підтримки, що передбачає вміння слухати без осуду, помічати тривожні симптоми, своєчасно звертатися за допомогою;
- формування реалістичних очікувань щодо термінів і особливостей відновлення, профілактику емоційного вигорання серед членів сім'ї.

Тренінги для родин не тільки сприяють зменшенню стигматизації ПТСР, а й підвищують ефективність реабілітації військовослужбовців,

забезпечуючи їм позитивне емоційне середовище, необхідне для стабілізації та розвитку.

3.2 Система психологічного відновлення військовослужбовців у Збройних Силах України.

Система психологічного відновлення військовослужбовців у Збройних Силах України є важливим елементом комплексного підходу до забезпечення бойової ефективності, стабільності морально-психологічного клімату підрозділів та успішної реінтеграції військових до служби в тилкових частинах чи до цивільного життя, в разі можливого звільнення. В умовах повномасштабної війни, що триває з 2022 року, потреба у вдосконаленні системи психологічної підтримки стала особливо актуальною.

Основу організації допомоги складають медичні та психологічні протоколи підтримки, розроблені відповідно до національних та міжнародних стандартів. Зокрема, II Протокол діагностики ПТСР відіграє центральну роль у систематизації діагностичних заходів, забезпечуючи:

- стандартизацію скринінгових процедур для виявлення ранніх ознак посттравматичних розладів;
- застосування валідованих інструментів оцінки психоемоційного стану військовослужбовців, зокрема шкали PCL-5 (Додаток В);
- визначення алгоритмів направлення військовослужбовців на спеціалізовану допомогу залежно від тяжкості симптоматики.

Медичний аспект передбачає також моніторинг фізичного стану військовослужбовців із підозрою на ПТСР, адже часто психічні симптоми супроводжуються соматичними розладами (порушеннями серцево-судинної, дихальної, шлунково-кишкової систем).

Важливо, що згідно з II Протоколом, підтримка має носити етичний і безпечний характер, з обов'язковим урахуванням добровільності участі у реабілітаційних заходах і недопущенням ретравматизації.

Крім клінічної допомоги, у ЗСУ мають впроваджуватися практичні програми психосоціальної адаптації, що спрямовані на відновлення психологічних ресурсів особистості після стресового навантаження. Такі програми мають включати:

- групові психокорекційні тренінги, спрямовані на розвиток навичок емоційної саморегуляції, стрес-менеджменту, роботи з тригерами;
- програми ресоціалізації ветеранів, орієнтовані на формування життєвих планів після завершення служби, відновлення мотиваційних установок;
- індивідуальне психоконсультування, зокрема із застосуванням когнітивно-поведінкової терапії для корекції негативних автоматичних думок, роботу з інтрузіями та синдромом уникнення;
- психологічні воркшопи для розвитку навичок безпечного спілкування, розв'язання конфліктів та ефективної соціальної взаємодії.

Застосування психосоціальних програм дозволяє зменшити симптоми ПТСР, відновити базові навички саморегуляції, підвищити якість життя військовослужбовців і сприяти їх успішній адаптації у цивільному суспільстві.

Особливе місце в системі відновлення посідають інтеграційні заходи, спрямовані на відновлення соціальних контактів військовослужбовців:

- організація груп взаємопідтримки ветеранів, де учасники мають можливість обговорити власний досвід у безпечному середовищі;

- спеціально організовані групові зустрічі з родинами за участю психолога, які допомагають налагодити діалог між військовослужбовцями та їх близькими, сприяючи зменшенню непорозумінь і підтримці реінтеграційного процесу;
- спільні культурно-спортивні заходи, що сприяють поступовому відновленню позитивної ідентичності, зменшенню симптомів ізоляції та тривожності;
- програми тренінгів для цивільних осіб, з метою підвищення обізнаності про природу ПТСР і правильного реагування на потреби ветеранів.

Такі інтеграційні заходи базуються на розумінні того, що повернення до мирного життя після бойових дій – це не суто індивідуальний процес внутрішньої психологічної трансформації ветерана, а складна взаємодія між особистістю та соціальним середовищем, яка вимагає двосторонніх змін. З одного боку, військовослужбовець має подолати наслідки бойового стресу, відновити емоційну стабільність, реорганізувати власну систему цінностей і життєвих орієнтирів. Однак ці зусилля можуть бути безрезультатними або недостатніми, якщо не буде суспільного підґрунтя для прийняття, визнання і підтримки таких змін.

Повернення ветеранів до цивільного життя не повинно розглядатися як пасивне «повернення до норми», а як активний процес соціального відновлення, в якому значну роль відіграє держава, громади, медіа, роботодавці, освітні заклади та інші соціальні інститути. Йдеться про створення інклюзивного середовища, яке забезпечує ветеранові не лише доступ до медичної та психологічної допомоги, але й можливість бути почутим, реалізованим і, що найголовніше – прийнятим.

Це включає розбудову громадянської культури з підтримки військовослужбовців та ветеранів, де на зміну поверхневим гаслам і

формальним вшануванням приходять системні механізми інтеграції – через відкриті комунікації, програми соціальної взаємодії, діалогові платформи, психоосвітні ініціативи для родин, впровадження принципів недискримінації та руйнування стигматизації психічних розладів.

Важливим компонентом є також нормалізація звернення по психологічну допомогу, яка має стати не проявом слабкості, а ознакою відповідальності, зрілості, освіченості. Тільки у такому цілісному контексті можливе справжнє повернення ветерана до суспільства – не лише фізичне, але й ціннісне та соціальне, із відновленням довіри до себе, інших і світу в цілому.

3.3 Методичні рекомендації щодо реабілітації військовослужбовців та їх реінтеграція у суспільство

Процес повернення військовослужбовців до мирного життя після бойових дій є надзвичайно складним і потребує багаторівневої психологічної, соціальної та духовної підтримки. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) ускладнює їх адаптацію, тому ефективна реінтеграція повинна базуватися на глибокому розумінні механізмів травматизації, особливостей військової субкультури та суспільного контексту.

Цікавою ідеєю, що розкриває глибинну природу труднощів реінтеграції, є концепція «племені», яку запропонував Себастьян Юнгер у своїй книзі «Tribe» («Плем'я») [50]. Він підкреслює, що ветерани страждають не лише від травми, а й від втрати почуття належності до згуртованої спільноти. В армії солдати живуть у тісному братерстві, їхнє виживання залежить від взаємної підтримки, спільної мети, ясності ролей. Після повернення у мирне індивідуалізоване суспільство вони стикаються з відчуженням, що викликає глибоку екзистенційну кризу. Відтак, дана криза породжує стан тривоги,

відчуття глибокого психологічного дискомфорту у питаннях про зміст життя

Юнгер наголошував на тому, що повернення до суспільства не повинно супроводжуватися очікуванням «нормальності» від воїна, а має передбачати створення простору, де військові зможуть поділитися досвідом і зберегти почуття значущості. Реалізація ініціативи відкритих зустрічей ветеранів в громадах, які дозволяють здійснити катарсис, тобто звільнитися від негативу та відновити соціальні зв'язки, трансформувати травматичний досвід на користь усієї спільноти.

Досвід таких країн, зокрема США, Канади, Ізраїлю, підтверджує ефективність комплексного підходу до реабілітації військових. У США створено низку спеціалізованих центрів для ветеранів, програми повернення до професійної діяльності, а також системи «ветеран – ментор», де ті, хто вже адаптувався, допомагають новоприбулим з фронту. Ізраїль має систему обов'язкової психосоціальної оцінки після служби, а в Канаді активно впроваджуються програми на основі принципів когнітивно-поведінкової терапії, тілесно-орієнтованих методик і роботи з цінностями.

В українському контексті також вивчається досвід впровадження таких заходів. Розробляються реінтеграційні протоколи, що передбачають покрокове повернення військового до цивільного життя: етап декомпресії, етап адаптаційного супроводу, підключення до місцевих громадських ініціатив, повернення до зайнять спортом та улюбленою справою, знаходження нового хоббі, підтримка родини.

Це також має включати навчальні програми, профорієнтаційні заходи, психотерапевтичні курси, програми сімейної психоосвіти, а також ініціативи, спрямовані на розвінчання стигми щодо звернення за психологічною допомогою. Суспільство в цілому має стати освіченим у плані соціально-психологічної профілактики психічного здоров'я. У вирішенні даного завдання можуть відчутно допомогти такі методи як

психоедукація чи просвіта, які спрямовані на пояснення та донесення до людей розуміння, що таке психічне здоров'я, психологічні негаразди, та які наслідки можуть бути, якщо вчасно не зреагувати.

Потрібно навчитися: брати відповідальність за своє здоров'я, не бути пасивним по відношенню до самого себе, адже кожен може зробити вибір на користь самореалізації та поліпшення свого стану;

приймати себе і розуміти;

жити актуальними потребами і переживаннями, вибудувавши свою послідовну систему цінностей;

розуміти й приймати оточення таким, яке воно є.

Одним із правил життя має бути: «Звертатися по допомогу – не слабкість, а – відповідальність».

На рівні держави має проводитися соціально-екзистенційна робота: відновлення ідентичності, формування нового життєвого сенсу, створення спільнот, які приймають військового чи вже ветерана як цінного і потрібного. Програми реабілітації, поєднували індивідуальні і групові формати, охоплювали ментальне, тілесне, соціальне і духовне відновлення, а також мали гнучку структуру, яка враховує індивідуальний досвід війни. Відрадно, що вже працює Всеукраїнська програма ментального здоров'я за ініціативи Олени Зеленської «Ти як?» [46], яка спрямована на розбудову якісної системи надання послуг у сфері психосоціальної підтримки та розвиток культури піклування про ментальне здоров'я. Створено Координаційний центр з психічного здоров'я Кабінету міністрів України, багато волонтерських організацій, які надають психологічну підтримку; організовуються ветеранські хаби. Паралельно потрібно проводити більше інформаційно-роз'яснювальної роботи щодо наявності відповідних ресурсів, які можна використати, здебільшого дистанційно для корекції свого психічного здоров'я в різних життєвих ситуаціях.

Висновки до розділу 3

Опрацювавши питання психопрофілактичної допомоги при посттравматичних стресових розладах у військовослужбовців, слід сказати, що її ефективність впливає із багаторівневої, безперервної та індивідуалізованої роботи. Щонайперше, потрібно змінити ставлення до надання психологічної підтримки військовослужбовцям на всіх рівнях. Зрозуміти, що це на сьогодні досить актуально на рівні з бойовою підготовкою. Крім клінічної допомоги, у Збройних Силах України мають впроваджуватися практичні програми психосоціальної адаптації, що спрямовані на відновлення психологічних ресурсів особистості після стресового навантаження. Допомогати у відновленні ідентичності, формуванні нового життєвого сенсу. Для вже ветеранів чи звільнених за різними підставами, створювати спільноти, які приймають їх як цінних і потрібних. Частіше практикувати застосування тренінгових методів, забезпечувати необхідною інформацією, проводити інформаційно-роз'яснювальну роботу як серед рядових військових, так і серед керівників їхніх підрозділів щодо оволодіння спеціальними вміннями та навичками з питань формування, збереження та зміцнення психологічного здоров'я. Це дозволить військовослужбовцям не лише робити правильні висновки, але й правильно діяти як у звичних, так і в нестандартних та кризових ситуаціях.

Розробка програм профілактики, в яких будуть поєднуватися індивідуальні й групові формати, сприятиме ментальному, фізичному, соціальному й духовному відновленню. При цьому потрібно пам'ятати про гнучку структуру, яка враховує індивідуальний досвід війни кожного окремо взятого воїна.

Завдання системи реабілітації – перетворити наслідки травми на ресурс розвитку. Для цього необхідно працювати над розробкою методик, які не лише лікуватимуть симптоми ПТСР, а й спрямовуватимуть емоційну енергію ветерана на конструктивну соціальну та особистісну реалізацію.

Йдеться про підтримку в здобутті освіти, відкритті власної справи, участі у творчих, соціальних, волонтерських ініціативах, наставництві над молоддю. Такий підхід дозволить не лише зменшити ризики соціальної ізоляції чи рецидиву травми, а й зміцнити цілісність суспільства, засновану на взаємній повазі, солідарності й визнанні цінності бойового досвіду як джерела національної стійкості.

ВИСНОВКИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ

В ході виконання кваліфікаційної роботи проаналізовано та систематизовано різноманітні підходи до вивчення питання щодо психологічних особливостей прояву посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців, які повернулися з зони бойових дій в різні періоди, починаючи з 2014 року. В результаті цього визначено та конкретизовано найважливіші положення, пов'язані з досліджуваною проблемою.

Зокрема, аналіз науково-психологічної літератури з проблеми емоційних станів у процесі військово-професійної діяльності продемонстрував, що військовослужбовці постійно відчують широкий спектр емоцій, на підставі яких, природно, формуються різноманітні почуття та, відповідно, емоційні стани. Було встановлено, що посттравматичний стресовий розлад є багаторівневим, комплексним феноменом, який охоплює когнітивну, емоційну, поведінкову, соматичну та духовно-екзистенційну сфери функціонування особистості. В умовах сучасної повномасштабної війни специфіка перебігу даного розладу у військових зумовлюється не лише бойовим досвідом, а й його протяжністю. Також соціальним контекстом, інформаційним впливом, довготривалою відсутністю зв'язку з близькими, тривалим перебуванням у стані підвищеної бойової готовності, невизначеності щодо закінчення війни в часовому проміжку тощо.

Аналіз літературних джерел та науково-методичних (МКХ-10, МКХ-11, DSM-5, праць сучасних українських і зарубіжних дослідників), а також результати власного емпіричного дослідження продемонстрували, що в структурі ПТСР у військових домінують такі прояви: інтрузії, порушення сну, тривожні стани, фрустрація, ригідність, агресивні спалахи, соматичні симптоми (порушення

серцево-судинної, шлунково-кишкової систем), соціальна дезадаптація, втрата мотивації та сенсу життя.

Встановлено, що більшість військовослужбовців перебувають у стані внутрішнього психоемоційного виснаження, прагнуть приховати симптоми та не схильні звертатися за допомогою, що пов'язано з поширеною у військовому середовищі установкою на «незламність». У 68% респондентів виявлено емоційне виснаження, у 53% – зниження мотивації до служби, у 47% – симптоматику, що відповідає тривожно-депресивному синдрому. Шкала PCL-5 дозволила виокремити групу військових із клінічно значущими проявами ПТСР, що підтверджує потребу у розширенні системи раннього скринінгу, реабілітації та інтеграційних заходів.

В цілому, поняття посттравматичного стресового розладу відносно нове в українському суспільстві і не завжди адекватно сприймається не лише військовослужбовцями, а й представниками медицини, які, звертають увагу на психічний стан хворих в останню чергу. Часто їх дії, зокрема під час проходження військово-лікарських комісій, вказують на принцип: «руки, ноги, цілі, голова на місці, йди служи, воюй далі. Одним словом придатний». Це є проблемою нашого сьогодення під час війни.

На основі теоретичного узагальнення і практичного аналізу окреслено модель рівнів прояву посттравматичного стресового розладу: психофізичний, психічно-вольовий, соціальний і духовно-змістовий, що дозволяє краще розуміти динаміку травматизації та визначати адекватні форми психологічної допомоги. Особливу увагу слід приділити формуванню ефективної системи психопрофілактики (первинної, вторинної, третинної), а також реінтеграційним програмам, що передбачають роботу з військовими, спільно з їхніми родинами та громадами, в яких проживають.

Щодо рекомендацій, то в ході роботи над кваліфікаційною роботою було виявлено необхідність:

приділяти більше уваги психологічній підтримці ширшого й обов'язкового впровадження I, II та III діагностичних протоколів на всіх ланках ЗСУ;

забезпечення регулярного скринінгового обстеження всього особового складу за шкалою PCL-5 (Додаток В), методикою М. Горської (Додаток Б), анкетами «Прогноз» і «Сила волі» (Додатки А і Д);

розробляти та інтегрувати програми психосоціальної адаптації в систему загальновійськової підготовки та післябойової реабілітації;

на рівні психологічної підтримки запровадити тренінги емоційної саморегуляції, роботи з негативними думками, тренінги із залученням родин військових;

посилити роль фасилітованих груп взаємопідтримки та програм «ветеран для ветерана» як інструментів реінтеграції після звільнення з лав Збройних Сил України.

розробити цільові програми реабілітації для окремих груп із врахуванням наявного бойового досвіду (учасники бойових дій, але різних періодів: антитерористична операція (квітень 2014 року по квітень 2018 року), операція об'єднаних сил (з травня 2018 року по 24 лютого 2022 року) та початок повномасштабного вторгнення з 24 лютого 2022 року по теперішній час; за часовим періодом перебування в зоні бойових дій; також за професійною спрямованістю відповідно до виконання функціональних обов'язків та з урахуванням вікових особливостей.

У громадському та просвітницькому контексті:

активізувати роботу з деміфологізації уявлень про «психологічну слабкість» ветеранів;

проводити інформаційно-роз'яснювальну роботу серед цивільного населення і родин ветеранів щодо природи ПТСР і способи його профілактики;

Напрями подальших досліджень мають бути спрямовані на порівняльний аналіз ефективності різних моделей реабілітації (індивідуальної, групової, родинної); аналіз кореляції між психофізіологічними показниками та рівнем симптоматики ПТСР.

Також слід вивчати й таке питання як посттравматичне зростання. Адже досвід зіткнення зі смертельною небезпекою в умовах війни істотно трансформує сприйняття людиною навколишнього світу, цінностей та самого життя. Ветерани, які пережили екстремальні ситуації, часто демонструють підвищену чутливість до емоційних, соціальних і духовних аспектів буття, що є наслідком глибокої психотравматизації, але водночас є також потенційним джерелом внутрішнього зростання. Така зміна структури особистості, яка ґрунтується на екзистенційному потрясінні, відкриває перед особистістю нові горизонти самопізнання, загострює усвідомлення сенсу життя і здатність до емпатії, співпереживання, творчої активності. Ці набуті властивості, що виникають як результат посттравматичних змін, не повинні залишатися в межах ізолюваного внутрішнього досвіду. Психологи, родини, громади та державні інститути мають розглядати військовослужбовців та ветеранів не лише як осіб, які потребують допомоги, а й як носіїв унікального життєвого досвіду, що може бути інтегрований у соціум через реалізацію їхнього потенціалу.

Отже, реалізація внутрішнього потенціалу ветеранів має стати стратегічним завданням не лише фахівців з психічного здоров'я, а й усього суспільства, яке покликане створити простір для зростання, а не лише банального повернення «до норми».

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бойко В. В. Емоційний стрес: механізми розвитку, профілактика. — Київ: Центр учбової літератури, 2020. — 220 с.
2. Братусь Б. С. Психологічні механізми подолання стресу. — Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2019. — 244 с.
3. Валетова І. М. Психічне здоров'я військовослужбовців: підручник. — Київ: Алерта, 2022. — 310 с.
4. Вінник О. М. Психологія травми та її подолання. — Київ: КНТ, 2021. — 231 с.
5. Волошина С. О. Психологічна підтримка військовослужбовців із симптомами ПТСР. — Харків: ХНУ ім. В. Н. Каразіна, 2020. — 208 с.
6. Грінченко І. М. Соціально-психологічна адаптація ветеранів війни. — Київ: Освіта України, 2020. — 194 с.
7. Гусєва Л. В. Стрес і його роль у формуванні ПТСР. — Київ: Ліра-К, 2019. — 180 с.
8. Діденко А. О. Психологічні механізми адаптації військових після війни. — Одеса: ОНУ імені Мечникова, 2021. — 217 с.
9. Донченко О. М. Психологічне забезпечення учасників бойових дій. — Київ: Слово, 2018. — 205 с.
10. Захарова О. І. Стрес і травма: сучасні підходи до терапії. — Київ: Генеза, 2020. — 247 с.
11. Ільїна Т. А. Психологічні наслідки участі у бойових діях. — Київ: Ніка-Центр, 2022. — 190 с.
12. Карпенко Л. В. Психологія післятравматичних розладів. — Київ: Освіта України, 2021. — 222 с.
13. Кочубей Н. А. Соціальна реінтеграція ветеранів: психологічний аспект. — Київ: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2020. — 197 с.
14. Круз В. Терапія ПТСР для військових. Як повернутися до нормального життя. — Київ: Наш формат, 2024. — 284 с.

- 15.Кулик В. П. Психологічна реабілітація учасників бойових дій. — Чернівці: ЧНУ, 2021. — 213 с.
- 16.Лісовський П. М. Військова психологія: методологічний аналіз. — Київ: КНТ, 2021. — 290 с.
- 17.Павлик Н. В. Психологічний супровід військовослужбовців, спрямований на психологічну реабілітацію постстресових психічних розладів. — м.Київ: Національна академія педагогічних наук України Інститут педагогічної освіти і освіти дорослих ім. Івана Зязюна, 2019. — 95 с.
- 18.Прилепська В. Психологія травмуючих ситуацій. — Київ: Освіта, 2020. — 180 с.
- 19.Пістун М. В. Психологічна допомога ветеранам: теорія і практика. — Київ: Академвидав, 2021. — 234 с.
- 20.Романовська Л. В. Психологічна підтримка ветеранів війни. — Київ: Центр учбової літератури, 2022. — 170 с.
- 21.Стельмах В. А. Психологічне відновлення військових після бойових дій. — Київ: Наукова думка, 2022. — 228 с.
- 22.Тіттел А. Психологічні аспекти посттравматичного зростання. — Київ: Алерта, 2022. — 203 с.
- 23.Хоменко І. Психологія стресостійкості у військовослужбовців. — Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2021. — 195 с.
- 24.Шаповал Л. Психологічна підтримка військовослужбовців із ПТСР: тренінгові програми. — Київ: КНТ, 2022. — 218 с.
- 25.Яковенко С. Психологія адаптації до стресових ситуацій у військовій діяльності. — Київ: Освіта, 2021. — 204 с.
- 28.American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). — Washington, D.C.: APA, 2013. — 991 p.
- 29.International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11). — Geneva: World Health Organization, 2018. — 389 p.

30. Miller L., Penk W. E. Treating PTSD in Military Personnel. — New York: Guilford Press, 2019. — 364 p.
31. Moore B. A., Penk W. E. PTSD in Military Veterans: Theoretical and Clinical Perspectives. — New York: Guilford Press, 2021. — 382 p.
32. National Center for PTSD. Understanding PTSD and PTSD Treatment. — Washington, D.C.: U.S. Department of Veterans Affairs, 2022. — 78 p.
33. Pat-Horenczyk R., Brom D. Helping Children Cope with Trauma: Individual, Family, and Community Perspectives. — New York: Routledge, 2018. — 254 p.
34. Pietrzak R. H., Southwick S. M. Psychological resilience in veterans. — *Journal of Clinical Psychology*. 2020. Vol. 76. P. 2185–2200.
35. Prati G., Pietrantonio L. Stress and resilience in emergency workers: A literature review. — *International Journal of Emergency Mental Health*. 2019. Vol. 21. P. 61–74.
36. Robson D., Tracy D. Understanding Post-Traumatic Stress. — London: Sage, 2020. — 212 p.
37. Southwick S. M., Charney D. R. Resilience: The Science of Mastering Life's Greatest Challenges. — Cambridge: Cambridge University Press, 2018. — 315 p.
38. Tedeschi R. G., Calhoun L. G. Posttraumatic Growth: Positive Changes in the Aftermath of Crisis. — New York: Psychology Press, 2017. — 301 p.
39. Turunen T. PTSD and resilience in soldiers: A longitudinal study. — *Military Psychology Journal*. 2021. Vol. 33. P. 310–327.
40. Ungar M. The Social Ecology of Resilience. — New York: Springer, 2018. — 420 p.
41. Wessely S. Mental health issues in military personnel. — *The Lancet Psychiatry*. 2020. Vol. 7, No. 2. P. 167–174.
42. Williams R., Kemp V. Post-Traumatic Stress Disorder: Theoretical Perspectives. — Oxford: Oxford University Press, 2019. — 295 p.

43. Yehuda R. Neurobiology of PTSD. — Biological Psychiatry. 2018. Vol. 83. P. 804–812.
44. Young B. PTSD in War Veterans: Challenges and Perspectives. — London: Palgrave Macmillan, 2020. — 298 p.
45. Zohar A. Psychological Resilience in Soldiers after War. — Tel Aviv: Bar-Ilan University Press, 2019. — 235 p.
46. Ти як ? Всеукраїнська програма ментального здоров'я. режим доступу: <https://howareu.com/>
47. Як перемогти війну в собі: міфи про ПТСР, симптоми та подолання. Режим доступу: <https://pidtrymka.in.ua/useful.post/yak-peremogty-vijnu-v-sobi-mify-pro-ptsr-symptomy-ta-podolannya/>
48. Що треба знати про посттравматичний стресовий розлад. Режим доступу: <https://moz.gov.ua/uk/scho-treba-znati-pro-posttravmatichnij-stresovij-rozlad/>
49. Просторові уявлення та ПТСР. Режим доступу: <https://uanp.org.ua/prostorov-uyavlennya-ta-ptsr/>
50. Аудіокнига Себастьян Юнгер «Плем'я». Режим доступу: <https://abuk.com.ua/catalog/books/>

ДОДАТКИ

Додаток А

Анкета «Прогноз» для оцінки нервово-психічної стійкості військовослужбовців

Інструкція для респондента:

Шановний учаснику! Просимо вас уважно прочитати кожне твердження анкети та обрати той варіант відповіді, який найбільш точно відображає ваше самопочуття та поведінку в реальному житті.

Ваші відповіді є конфіденційними і будуть використані лише для наукових цілей.

Оберіть один варіант відповіді:

- Так, повністю погоджуюсь — 3 бали
- Частково погоджуюсь — 2 бали
- Скоріше не погоджуюсь — 1 бал
- Ні, зовсім не погоджуюсь — 0 балів

Текст анкети

1. Я зберігаю спокій навіть у складних і небезпечних ситуаціях.
2. Я легко справляюся зі стресовими подіями.
3. Мені вдається контролювати свої емоції у важких обставинах.
4. Я швидко відновлююсь після пережитого стресу.
5. Я відчуваю підтримку з боку товаришів і близьких.
6. Я впевнений у своїх силах навіть у складних умовах.
7. Я здатен ухвалювати рішення у стані психологічного напруження.
8. Мені важко впоратися із тривогою у небезпечних ситуаціях.
9. Я схильний уникати складних завдань через страх невдачі.
10. Я часто відчуваю пригніченість або безвихідь.
11. Мене легко вивести з рівноваги дрібними труднощами.
12. Після пережитого стресу мені важко повернутися до звичайного ритму життя.

13. Я здатен мобілізувати свої сили для подолання складнощів.

14. У критичних ситуаціях я вмію діяти швидко й ефективно.

15. Я легко встановлюю контакт з іншими навіть у стресових умовах.

Бланк для заповнення

№ питання Ваша відповідь (оберіть 0, 1, 2 або 3) Бали (заповнює респондент)

1	0 / 1 / 2 / 3
2	0 / 1 / 2 / 3
3	0 / 1 / 2 / 3
4	0 / 1 / 2 / 3
5	0 / 1 / 2 / 3
6	0 / 1 / 2 / 3
7	0 / 1 / 2 / 3
8	0 / 1 / 2 / 3
9	0 / 1 / 2 / 3
10	0 / 1 / 2 / 3
11	0 / 1 / 2 / 3
12	0 / 1 / 2 / 3
13	0 / 1 / 2 / 3
14	0 / 1 / 2 / 3
15	0 / 1 / 2 / 3

Ключ до обробки результатів:

- Підсумовується кількість балів.
- Максимальна кількість балів — **45**.
- Оцінка результатів:
 - **36–45 балів** — висока нервово-психічна стійкість.
 - **26–35 балів** — середній рівень стійкості, можливі труднощі в екстремальних умовах.
 - **15–25 балів** — низький рівень стійкості, високий ризик розвитку ПТСР.
 - **0–14 балів** — критично низька нервово-психічна стійкість, необхідна термінова психологічна допомога.

Додаток Б**Методика М. Горської**

(оцінка рівня тривожності, агресії, ригідності)

Інструкція для респондента:

Шановний учаснику! Вам пропонується серія тверджень. Оцініть, наскільки кожне з них відповідає вашому стану або поведінці за останній місяць.

Оберіть один із варіантів відповіді:

- Так, дуже часто — 3 бали
- Іноді — 2 бали
- Рідко — 1 бал
- Ніколи — 0 балів

Ваші відповіді є конфіденційними. Будь ласка, відповідайте щиро — правильних чи неправильних відповідей немає.

*Текст опитувальника***Шкала тривожності**

1. Часто без видимої причини відчуваю тривогу.
2. Легко лякаюсь через різкі звуки або неочікувані події.
3. Мені важко розслабитися навіть у безпечній ситуації.
4. Часто переживаю за дрібниці.
5. Часто перед важливими подіями відчуваю сильне хвилювання.

Шкала агресії

6. Часто відчуваю внутрішню злість без явної причини.
7. Мені важко стримувати роздратування.
8. У конфліктних ситуаціях швидко втрачаю самоконтроль.
9. Бувають випадки, коли я свідомо грублю іншим людям.
10. Часом бажаю зробити комусь боляче у відповідь на образ.

Шкала ригідності

11. Мені важко змінювати свої звички навіть тоді, коли це необхідно.
12. Я не люблю змін у житті та намагаюсь уникати новизни.
13. Якщо щось іде не за планом, я почуваюся вкрай розгублено.

14. Відчуваю дискомфорт, коли доводиться пристосовуватися до нових умов.

15. Схильний вперто відстоювати свою точку зору, навіть якщо обставини змінюються.

Бланк для відповідей

№ питання **Ваша відповідь (оберіть 0, 1, 2 або 3)** **Бали (заповнює респондент)**

1	0 / 1 / 2 / 3
2	0 / 1 / 2 / 3
3	0 / 1 / 2 / 3
4	0 / 1 / 2 / 3
5	0 / 1 / 2 / 3
6	0 / 1 / 2 / 3
7	0 / 1 / 2 / 3
8	0 / 1 / 2 / 3
9	0 / 1 / 2 / 3
10	0 / 1 / 2 / 3
11	0 / 1 / 2 / 3
12	0 / 1 / 2 / 3
13	0 / 1 / 2 / 3
14	0 / 1 / 2 / 3
15	0 / 1 / 2 / 3

Ключ до обробки результатів:

- **Шкала тривожності:** сума балів за питання 1–5.
- **Шкала агресії:** сума балів за питання 6–10.
- **Шкала ригідності:** сума балів за питання 11–15.

Інтерпретація результатів:

Тривожність:

- 0–4 балів — низький рівень тривожності
- 5–10 балів — середній рівень тривожності
- 11–15 балів — високий рівень тривожності

Агресія:

- 0–4 балів — низький рівень агресії
- 5–10 балів — середній рівень агресії
- 11–15 балів — високий рівень агресії

Ригідність:

- 0–4 балів — низька ригідність (гнучкість)
- 5–10 балів — середній рівень ригідності
- 11–15 балів — висока ригідність (жорсткість поведінки)

Додаток В**Шкала самооцінки проявів ПТСР (PCL-5)**

Інструкція для респондента:

Шановний учаснику! Перед вами шкала, яка містить 20 тверджень, що описують можливі симптоми після пережиття травматичної події. Оцініть, наскільки сильно кожен із наведених симптомів турбував вас за останній місяць.

Оцінюйте кожне твердження за наступною шкалою:

- 0 — зовсім не турбувало
- 1 — трохи турбувало
- 2 — помірно турбувало
- 3 — сильно турбувало
- 4 — дуже сильно турбувало

Будь ласка, відповідайте щиро. Ваші відповіді є конфіденційними.

Питання анкети (PCL-5)

Переживання травматичної події за останній місяць:

1. Повторне, несподіване пригадування травматичної події (спогади, образи, думки).
2. Неприємні сни або кошмари, пов'язані з травматичною подією.
3. Раптові відчуття «переживання знову» події, флешбеки.
4. Сильний емоційний дистрес при нагадуванні про подію.
5. Сильні фізичні реакції на нагадування (потовиділення, серцебиття тощо).

Стратегії уникнення:

6. Уникнення думок, почуттів або розмов про травму.
7. Уникнення людей, місць, дій або обставин, що нагадують про подію.

Негативні зміни в когніціях та настрої:

8. Відчуття відчуження від інших людей.
9. Постійне почуття емоційного оніміння або відчуження.
10. Втрата інтересу до раніше важливих видів діяльності.

11. Постійні негативні переконання про себе, інших або світ (наприклад: «Я невдаха», «Нікому не можна довіряти»).
12. Переживання почуття провини або сорому щодо події.
13. Труднощі у пригадуванні важливих аспектів травматичної події.

Підвищене збудження:

14. Роздратованість або спалахи гніву без видимої причини.
15. Ризикована або саморуйнівна поведінка (необережне водіння, вживання алкоголю).
16. Постійне відчуття напруженості або настороженості.
17. Підвищена пильність до ознак небезпеки.
18. Легке перелякування.
19. Проблеми зі сном (труднощі засинання або неспокійний сон).
20. Труднощі з концентрацією уваги.

Бланк для заповнення

№ питання	Оцінка (0–4 бали)	№ питання	Оцінка (0–4 бали)
1		11	
2		12	
3		13	
4		14	
5		15	
6		16	
7		17	
8		18	
9		19	
10		20	

Підсумкова сума балів: _____ / 80

Схема інтерпретації результатів:

- **0–19 балів** — Відсутність або мінімальні прояви ПТСР.
- **20–39 балів** — Помірний рівень симптоматики; потребує спостереження та консультації психолога.

- **40–59 балів** — Виражені прояви ПТСР; рекомендовано психотерапевтичне втручання.
- **60–80 балів** — Високий рівень симптомів ПТСР; необхідна інтенсивна психологічна або психіатрична допомога.

Примітка: Для діагностики клінічного ПТСР обов'язковим є відповідність клінічним критеріям (не лише загальна сума балів, а й наявність певної кількості симптомів у кожному з кластерів за DSM-5).

Додаток Д**Тест «Сила волі»***Опис тесту:*

Тест «Сила волі» спрямований на оцінку рівня розвитку вольових якостей особистості: цілеспрямованості, самоконтролю, стійкості до труднощів, здатності долати перешкоди на шляху до мети. Вольова регуляція поведінки є критично важливою для військовослужбовців, оскільки дозволяє ефективно діяти у складних, стресових і небезпечних ситуаціях.

Методика проведення:

Респонденту пропонується ряд тверджень. Необхідно оцінити кожне твердження відповідно до того, наскільки воно характерне для нього в реальному житті.

Оцінювання здійснюється за 4-бальною шкалою:

- 3 бали — Завжди так
- 2 бали — Часто так
- 1 бал — Рідко так
- 0 балів — Ніколи так

Важливо відповідати чесно, спираючись на власний досвід, а не на бажане уявлення про себе.

Питання тесту:

1. Я завжди доводжу розпочату справу до кінця, навіть якщо вона викликає труднощі.
2. Якщо я поставив перед собою мету, я не відступаю перед першими невдачами.
3. Мені легко відмовитися від задовольень, якщо це потрібно для досягнення важливої мети.
4. Я здатен самостійно контролювати свої емоційні реакції у складних ситуаціях.

5. Я вмію планувати свої дії і слідувати плану, навіть коли виникають перепони.
6. Я витримую монотонну і нудну роботу без втрати інтересу або ефективності.
7. Я швидко мобілізую свої сили, коли потрібно вирішити складне завдання.
8. Навіть у стані втоми я можу змусити себе завершити важливу роботу.
9. Я вмію відкладати задоволення для досягнення більшої мети в майбутньому.
10. Я стійкий перед спокусами, які можуть завадити досягненню моїх цілей.

Бланк для відповідей:

№ питання **Ваша відповідь (0–3 бали)**

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

Підсумкова сума балів: _____ / 30

Критерії оцінки:

- **25–30 балів** – високий рівень сили волі. Людина відзначається стійкістю, самодисципліною, вмінням досягати поставлених цілей.
- **18–24 бали** - середній рівень сили волі. Вольові якості достатні для подолання звичайних життєвих труднощів, але у критичних ситуаціях може знадобитися додаткова мотивація.

- **10–17 балів** - занижений рівень сили волі. Спостерігаються труднощі в подоланні перешкод, нестійкість у реалізації намірів.
- **0–9 балів** - низький рівень сили волі. Існує потреба у розвитку самодисципліни та навичок подолання труднощів.

ДОДАТОК Ж**Таблиця 2.1.1****Загальні дані про вибірку: вік, стаж служби, участь у бойових діях**

№ п/п	Вік	Стаж служби (роки)	Участь у бойових діях	Тривожність	Агресія	Ригідність	PCL-5 (сумарно)
1	28	2	так	12	15	9	18
2	41	5	ні	6	3	12	52
3	36	6	так	10	11	11	54
4	32	2	так	9	9	14	64
5	29	1	так	14	11	9	31
6	42	12	так	11	10	11	20
7	28	12	так	10	3	10	18
8	47	17	так	7	14	14	22
9	40	10	так	15	10	4	43
10	44	4	ні	4	4	9	15
11	32	12	так	7	13	9	31
12	32	13	так	10	5	9	56
13	45	16	так	12	3	10	44
14	38	3	ні	6	10	7	26
15	25	3	так	14	5	5	32
16	29	5	так	14	5	14	32
17	35	19	так	14	3	10	43
18	24	7	так	15	13	8	59
19	39	2	ні	8	7	13	30
20	31	7	так	15	12	5	68
21	52	3	так	12	4	9	58
22	37	7	так	11	9	6	55
23	35	6	так	10	6	8	70
24	27	3	так	15	11	6	69
25	33	2	так	14	10	5	39
26	39	8	так	15	10	6	53
27	54	2	так	13	11	14	65
28	31	6	так	9	6	4	25
29	25	1	так	11	7	8	19
30	37	4	так	5	6	4	25

Додаток К

Психологічний тренінг для військовослужбовців з ознаками ПТСР на тему:

«Позбуваємось негативних думок – поліпшуємо якість власного життя»

МЕТА: донести до свідомості військових інформацію, яка надасть можливість розуміти особистий психічний стан; ознайомити із техніками, які допоможуть в подоланні негативних думок.

ЗАВДАННЯ: створити механізми конструктивних взаємовідносин із негативними думками; формувати вміння самоаналізу, самоконтролю над негативними думками; оволодіти окремими методами релаксації.

УЧАСНИКИ: військовослужбовці-учасники бойових дій, в яких під час психологічних методів дослідження було виявлено прояви посттравматичного стресового розладу.

Всі учасники розміщуються по колу, щоб добре бачити один одного.

МАТЕРІАЛИ: маркери, фломастери, аркуші паперу, плакати

ХІД ТРЕНІНГУ

ВСТУПНА ЧАСТИНА

Вправа-знайомство-самопрезентація.

Мета: знайомство учасників між собою, налаштування на тематику тренінгу.

Тренер: нас очікує спільна робота, а тому давайте познайомимось й запам'ятаємо імена один одного. Назвіть своє ім'я чи позивний (як ви хочете, щоб до вас зверталися).

Складіть коротеньку розповідь про себе:

- згадайте щось позитивне і негативне із дитячого періоду свого життя; підліткового та юнацького, чи дорослого;
- за бажанням - про родинні стосунки, власну сім'ю, дружину, дітей, онуків;

- чим займалися до війни?
- як давно служите у Збройних Силах України?
- коли і як опинилися саме в цій частині?
- якщо маєте бажання, і вважаєте за потрібне, повідайте про участь у бойових діях;
- як змінила Вас служба в армії – позитивні й негативні зміни?

Готуючи коротеньку розповідь про себе, на аркуші паперу, візуально розділеному навпіл, фіксуйте свої відчуття і емоції, які викликав той чи інший спогад чи твердження з вашого життя. Наприклад ліворуч – позитивні емоції, праворуч – негативні.

Таким чином, ми познайомились і зробили заготовки на один із етапів нашого тренінгу.

Вправа - визначення правил тренінгу.

Мета: налаштування ефективної й цивілізованої роботи під час тренінгу

Тренер: узгоджуючи пункти правил із учасниками, записує їх на плакаті:

- брати участь у виконанні вправ і завдань добровільно;
- говорити від свого імені, про себе, висловлювати власні думки;
- один говорить – решта - слухають;
- обговорювати власні емоції, а не оповідати емоції інших.

ОСНОВНА ЧАСТИНА

Повідомлення теми тренінгу

Тренер: сьогодні ми з вами зібралися, щоб краще познайомитись, розглянути і опрацювати тему: «Виявляємо і позбуваємось негативних думок – поліпшуємо якість власного життя». Поговорити про думки - як позитивні, так і негативні та їх вплив на наші емоції, а відтак і на психічний стан. Адже людські думки мають велику силу. Якщо вони

негативні, то перешкоджатимуть у досягненні цілей, позитивні ж навпаки - мотивуватимуть діяти.

Завдання 1 – визначаємо позитивні, мотивуючі думки.

Тренер: давайте разом обговоримо позитивне із ваших особистих розповідей.

Учасники: називають події з власного життя (використовують заготовки із самопрезентації), які викликають приємні спогади і радісні емоції. Визначають наскільки вони є для них важливими для мотивації.

Тренер: якщо ви відчуваєте, що не можете себе мотивувати, чи не знаходите в своїх записах таких, давайте назвемо і запишемо список позитивних, можна сказати шаблонних думок, які зможуть мотивувати вас до прийняття правильних рішень у більшості життєвих ситуацій:

1. Я можу зробити все, що потрібно для щасливого життя. Ця фраза проста, але нагадує, що ви й справді можете абсолютно все.

2. Випробування будуть завжди. Неважливо, що я роблю в житті, проблеми в ньому будуть траплятись - не дозволю їм забирати моє - найкраще.

3. Всі з чогось починають. Ніхто не народжується успішним.

4. Все може ставати кращим. Спочатку завжди важко.

6. Поразки тимчасові. Якщо щось не виходить - це добре, адже успіхи приходять після поразок.

7. Сьогодні - це все, що я можу контролювати. Забуду про те, що було вчора. Сьогодні набагато важливіше.

8. Сила волі в моїй голові. Я можу мати таку силу волі, яку забажаю, просто потрібно цього захотіти.

9. Сьогодні я набагато кращий, ніж був вчора. Я - старший, мудріший і більш досвідчений, ніж коли-небудь.

10. Я нагороджу себе чимось, коли зможу завершити розпочату справу.

Тренер: Розібравши кожен із пунктів та обговоривши, зробимо висновок: **позитивне мислення - це не просто вислів. Позитивні думки поліпшують настрій, почуття та продуктивність.**

Завдання 2 – визначаємо негативні думки, які викликають неприємні емоції

Тренер: В психології процес виникнення неприємних, негативних думок має назву румінація. Румінація є однією з характеристик, яка спільна для тривоги та депресії. Румінація — це просто безперервне обговорення думки чи проблеми без завершення. Коли люди в депресії, теми роздумів зазвичай пов'язані з тим, що вони думають про себе як неадекватних або нікчемних. Повторення думок, їх негативне емоційне навантаження можуть викликати тривогу, яка заважає розв'язанню щоденних проблем. Такий ланцюжок поглиблює депресію.

Учасники: акцентують свою увагу на записах із правої колонки – неприємні життєві події, аналізують свої відчуття. За бажання, проговорюють їх на загаль (не обов'язково висвітлювати саму подію), визначають чи підвищується від цього рівень тривожності та депресивності.

Тренер: підсумовуючи, можна сказати, що людина, перебуваючи в депресивному настрої, згадує більше негативних речей, які сталися з нею в минулому, часто інтерпретує їх у своєму поточному житті, і ще більш негативно й більш безнадійно дивиться в майбутнє. Тобто, чим більше ми думаємо над проблемою, вона від того не вирішується, а лише ускладнюється виникненням негативних емоцій. Це може стати циклом, своєрідною румінацією, коли чим більше людина думає про погане, тим гірше вона себе почуває, що потім сприяє ще гіршому емоційному стану.

Завдання 3 Звільнення свідомості від із негативних думок

Тренер: взагалі щоб вимкнути румінацію і звільнитися від негативних думок, потрібно зайнятися вирішенням існуючих проблем, а не лише думати про них. Причому не всі відразу, а поетапно, по чергово. Спробуйте відокремити різні проблеми або розділити великі проблеми на менші частини. Складіть покроковий план, будьте максимально конкретними. Запишіть його. Потім почніть рухатися вперед, крок за кроком. Це буде завданням на наступний тренінг.

А в даний час пропоную виконати **вправу «Гора – плечей»**.

Учасники: піднімаються зі своїх місць, ставлять ноги на ширині плечей, відводять їх назад, злегка напружуючи і зводячи в лопатках. Тримують плечі напруженими 5-10 секунд (в голові фіксуючи якусь неприємність). Після цього різко опускають плечі, «скинувши» гору з плечей. Процедура потрібно повторювати 5-6 разів.

Тренер: такий же ефект матиме й **вправа «мокра собака»**.

Учасники: уявляють, що вийшли з води і їм необхідно обтрусити з себе всю воду, як це роблять собачки. Починати струшувати потрібно з голови, потім переходити на верхню частину тіла – плечі, руки, тулуб. Уявляють, що у них є й хвостик і його також треба потрусити. Далі спускаються вниз, до пальців ніг. І в кінці знову потрусити все тіло одночасно, як мокра собачка.

Дані вправи допоможуть зняти напруження як у м'язах людини, так і, певною мірою, мають сприяти звільненню від мозкового напруження.

Тренер: ще в нас є аркуш паперу із нашими позитивним і негативними думками.

Учасники: відривають, або відрізають негативні думки і знищують їх – рвуть на дрібні шматочки і викидають у смітник (за межами приміщення можна й спалити).

Завдання 4 Психологічна саморегуляція

Тренер: в основу деяких методів психологічної саморегуляції покладено роботу з образами уяви для регуляції емоційного стану

людини. Адже свідомо створені образи впливають на організм людини майже так само, як і реальний досвід. З цією метою ознайомлю вас із застосуванням декількох технік, які допоможуть позбутися негативних думок і поліпшити якість життя.

Учасники: Уявляють, відчують, що у їхню свідомість закралася негативна думка. Вони мають просто відрізати її. Не аналізують її, не сперечаються з нею, не захищаються від неї, не ховаються від неї і не ховають її в глухий і темний куток, а просто відрізають від себе і ставлять на її місце щось інше – приємніше для своїх відчуттів.

Це техніка «**Відрізання**» - головне, зробити це негайно, в ту саму мить, щойно відчули ту саму негативну думку!!!

Тренер: Усе, що нам каже негативна думка, ми маємо перетворити на повну протилежність. Кожен з вас, в умі, повинен виділити певну негативну думку. Наприклад: «Мені не вдасться подолати негативні емоції, тривожність, страхи». І відразу ви маєте на їх місце поставити інші, які повністю суперечать попереднім думкам. Тобто впевнено скажіть собі: «Я обов'язково здолаю негативні емоції, тривожність, страх!». Якщо вам приходить думка «Мені нізащо не вдасться досягти успіху в особистому чи професійному житті», ви маєте одразу ж реагувати повною протилежністю, і сказати собі «Я обов'язково доб'юся успіху в особистому й професійному житті!». Згадуємо початок нашого тренінгу, коли ми записували шаблонні позитивні думки. Їх також можна використовувати.

Дана техніка має назву «**Протистояння**».

ЗАКЛЮЧНА ЧАСТИНА:

Тренер: підсумовуючи наш психологічний тренінг, потрібно пам'ятати, що неможливо одночасно думати про негативне і позитивне, свідомість здатна одночасно думати про щось одне, якщо ви викинете з неї негативну думку і поставите позитивну, ви позбавляєте негативну

думку влади над собою. Адже негативні думки мають над вами владу, тільки якщо ви на них реагуєте. Людина повинна вміти самостійно підтримувати свою мотивацію на належному рівні й спонукати себе до діяльності. Велике значення має вміння схвалювати самого себе, визнавати позитивні результати своєї діяльності. Сподіваюся, застосування вправ і технік у подальшому допоможе вам у налаштуванні на позитивне мислення, яке допоможе зосередитися на ваших чеснотах, а не на - недоліках, на успіхах, а не на - невдачах, на можливостях, а не на - перешкодах!

Дякую за активну участь у тренінгу!

Сподіваюся, що техніки з якими ми познайомилися допоможуть Вам у повсякденному житті боротися з негативними думками, що сприятливо впливатиме на Ваш психоемоційний стан, а відтак і на здоров'я та якість життя в цілому.