

**Міністерство освіти і науки України**  
**Тернопільський національний педагогічний університет**  
**імені Володимира Гнатюка**

Факультет педагогіки і психології  
Кафедра психології розвитку та консультування

**Кваліфікаційна робота**  
**ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО**  
**СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ**

**Спеціальність 053 Психологія**  
**ОПП «Психологія»**

Здобувачки другого (магістерського)  
рівня вищої освіти, групи мП-24  
Кравченко Олени Володимирівни

**НАУКОВИЙ КЕРІВНИК:**  
кандидат психологічних наук  
Чопик Соломія Володимирівна

**РЕЦЕЗЕНТ:**  
кандидат психологічних наук, доцент  
Вовк Валентина Олегівна

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП</b> .....	3
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ПСИХОЛОГІЇ</b> .....	6
1.1. Основні підходи до дослідження посттравматичного стресового розладу	6
1.2. Психологічні механізми розвитку посттравматичного стресового розладу.....	17
1.3. Симптоми та діагностичні критерії посттравматичного стресового розладу.....	24
<b>РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ</b> .....	32
2.1. Особливості прояву посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій.....	32
2.2. Методика дослідження проявів посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій.....	43
2.3. Аналіз результатів емпіричного дослідження.....	46
<b>РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА УЧАСНИКАМ БОЙОВИХ ДІЙ</b>	<b>57</b>
3.1. Основні напрямки психологічної допомоги учасникам бойових дій.....	57
3.2. Когнітивно-поведінкова терапія як дієвий метод психологічної допомоги учасникам бойових дій.....	69
<b>ВИСНОВКИ</b> .....	87
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b> .....	90
<b>ДОДАТКИ</b> .....	97

## ВСТУП

**Актуальність теми дослідження.** Сучасна військова агресія та затяжні бойові дії на території України призвели до безпрецедентного зростання кількості осіб, які безпосередньо пережили травматичний бойовий досвід. Учасники бойових дій становлять окрему соціально-психологічну групу, що потребує поглибленого вивчення їх психологічних особливостей задля полегшення процесу їхньої реінтеграції до цивільного життя. Одним із найбільш поширених і деструктивних наслідків бойового досвіду є розвиток посттравматичного стресового розладу, який суттєво впливає на психічне здоров'я, соціальну адаптацію, сімейні стосунки та якість життя учасників бойових дій.

Незважаючи на значну кількість зарубіжних та вітчизняних досліджень щодо діагностики та лікування посттравматичного стресового розладу, питання психологічних особливостей прояву посттравматичного стресового розладу в українських учасників бойових дій ускладнюється специфікою сучасної війни, культурними чинниками та особливим соціальним контекстом сприйняття ветеранів суспільством. Нерідко клінічна картина посттравматичного стресового розладу маскується або супроводжується іншими коморбідними розладами (агресія, депресія, висока тривожність, залежна поведінка), що вимагає розширення наукових знань про його типові та атипові прояви.

Численні дослідження показали, що травматичні ситуації можуть призвести до певних психологічних змін. Важливим аспектом є те, як людина реагує на сам травматичний досвід і як це впливає на неї. Участь у бойових діях військовослужбовців характеризується високим рівнем травматизації. На війні людина не тільки є свідком насильства, а й бере активну участь у ньому. Обидві ситуації пов'язані з травматичним досвідом. Вплив, який він справляє на психіку учасника бойових дій, потребує ґрунтовного вивчення, адже розуміння цього стриятиме розробці ефективних програм психологічної допомоги та

профілактики дезадаптації УБД. Тому темою кваліфікаційної роботи вибрано «Особливості прояву посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій».

**Об'єкт дослідження:** посттравматичний стресовий розлад в учасників бойових дій.

**Предмет дослідження:** особливості прояву посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій.

**Мета дослідження:** теоретично проаналізувати та емпірично дослідити особливості прояву посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій.

**Завдання:**

- Проаналізувати основні теоретичні підходи до вивчення проблеми посттравматичного стресового розладу у психології.
- Описати психологічні механізми розвитку, симптоми та діагностичні критерії посттравматичного стресового розладу.
- Емпірично дослідити особливості прояву посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій.
- Обґрунтувати та описати основні напрямки психологічної допомоги учасникам бойових дій.

**Методи дослідження.** Під час написання кваліфікаційної роботи використовувалися наступні методи:

- *теоретичні* (аналіз, узагальнення, порівняння, класифікація, систематизація);
- *емпіричні* (Шкала депресії Бека, опитувальник особистісної та реактивної тривожності Спілбергера-Ханіна, Місісіпська шкала для оцінки посттравматичних стресових розладів (військовий варіант), авторська анкета);
- *статистичні* (метод кореляційного аналізу за Пірсоном).

**Експериментальна база дослідження.** У дослідженні взяло участь 40 випробуваних (5 жінок і 35 чоловіків) віком від 25 до 40 років, які є учасниками бойових дій. Всі учасники мали різний стаж військової служби – від 3 до 15 років.

**Теоретичне значення дослідження** полягає у систематизації та поглибленні наукових знань про посттравматичний стресовий розлад в умовах сучасної війни в Україні. Отримані дані доповнюють існуючі концепції бойового стресу та посттравматичної адаптації.

**Практичне значення дослідження** полягає у проведенні комплексного емпіричного дослідження особливостей прояву посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій, аналізі отриманих результатів, на основі яких розроблено рекомендації щодо впровадження комплексної системи реабілітації воїнів-учасників бойових дій.

**Апробація матеріалів дослідження.** Левковська (Кравченко) О. Вплив бойових травм на психологічний стан військових після демобілізації. *Резильєнтність в умовах війни: теорія, практика та ресурси:* зб. Матеріалів Всеукраїнської науково-практичної конференції здобувачів освіти і молодих учених, м. Тернопіль, 23 квітня 2025 р. / за ред. Г.К. Радчук. Тернопіль: ТНПУ. С. 327-330.

**Структура і обсяг роботи.** . Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг роботи 119 сторінок, з яких 89 сторінок займає основний текст. Робота містить 3 рисунки, 3 таблиці та 4 додатки. Список використаних джерел нараховує 70 джерел.

## РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ПСИХОЛОГІЇ

### 1.1. Основні підходи до дослідження посттравматичного стресового розладу

Дослідження посттравматичного стресового розладу (далі – ПТСР) здійснюється з використанням різних наукових підходів, що дозволяють комплексно вивчати його етіологію, механізми розвитку, клінічну картину та ефективність лікування. Психодинамічний підхід акцентує увагу на внутрішніх конфліктах особистості та неусвідомлених процесах, що активуються у відповідь на травматичний досвід. З позицій цього підходу симптоми ПТСР розглядаються як прояви захисних механізмів психіки, таких як витіснення, заперечення або проєкція, спрямованих на пом'якшення емоційного болю та збереження цілісності «Я» [2]. Психодинамічні дослідження включають глибинні інтерв'ю та аналіз історії життя, що дозволяє виявити приховані патерни реагування на травму та емоційні тригери [11].

Когнітивно-поведінковий підхід зосереджується на виявленні і корекції дисфункціональних переконань, негативних автоматичних думок та поведінкових стратегій уникнення, які підтримують симптоматику ПТСР. Дослідження у цій парадигмі використовують стандартизовані опитувальники, експериментальні завдання та аналіз поведінкових реакцій пацієнтів у контрольованих умовах [7]. Особлива увага приділяється оцінці когнітивних схем, пов'язаних із відчуттям загрози, провини та сорому, а також ефективності когнітивно-поведінкових втручань, таких як експозиційна терапія або когнітивна реструктуризація [15].

Нейробіологічний підхід передбачає вивчення структурних і функціональних змін у мозку, що асоціюються з ПТСР, включаючи активність амігдали, гіпокампу та префронтальної кори. Використання методів нейровізуалізації (fMRI, PET) та дослідження нейромедіаторних систем

дозволяють оцінювати біологічні кореляти симптомів, що відкриває можливості для точного прогнозування перебігу розладу та персоналізації медикаментозного лікування [4]. Цей підхід також інтегрується з психометричними інструментами для оцінки вираженості симптомів та відстеження динаміки клінічного стану [12].

Соціально-психологічний підхід досліджує вплив соціального середовища, підтримки та культурних факторів на розвиток і перебіг ПТСР. Дослідження у цій сфері оцінюють роль сімейної підтримки, вторинної травматизації, соціальної ізоляції та стресових життєвих подій у формуванні стійких симптомів. Вони підкреслюють необхідність комплексної реабілітації, що включає соціальну адаптацію та інтеграцію постраждалих у соціум [18].

Інтегративний підхід поєднує психодинамічні, когнітивно-поведінкові, нейробіологічні та соціально-психологічні методи, дозволяючи створити цілісну модель розвитку ПТСР та обґрунтовано планувати втручання. Такий підхід сприяє комплексній оцінці стану пацієнта, персоналізації терапевтичних стратегій та підвищенню ефективності лікування, враховуючи як внутрішні психологічні механізми, так і зовнішні впливи [9].

Дослідження ПТСР також здійснюється через експериментальні та когнітивно-нейропсихологічні підходи, що дозволяють відстежувати процеси навчання та пам'яті, пов'язані з травматичним досвідом. Експериментальні моделі, включаючи лабораторні стресові завдання або віртуальні симуляції травматичних ситуацій, дають змогу оцінити реакцію на загрозу, адаптивні та дисфункціональні механізми уникання, а також рівень емоційної регуляції [3]. Такі методи особливо цінні для вивчення процесів генералізації страху, при яких нейтралі стимул, що нагадує травму, може провокувати надмірну тривожну реакцію.

Когнітивно-нейропсихологічні підходи акцентують увагу на функціонуванні пам'яті, уваги та виконавчих функцій у пацієнтів з ПТСР. Дослідження показують, що травма призводить до підвищеної сенсibiliзації до загрозливих стимулів, фрагментації спогадів та зниження здатності до

когнітивної переоцінки події, що підтримує симптоми повторного переживання та уникання [16]. Використання стандартизованих нейропсихологічних тестів дозволяє кількісно оцінити ступінь когнітивного порушення та корелювати його з тяжкістю емоційних симптомів.

Біо-психосоціальний підхід є ще одним важливим напрямом, що інтегрує біологічні, психологічні та соціальні фактори розвитку ПТСР. Він передбачає оцінку нейробіологічних змін, індивідуальних особливостей психіки та впливу соціального середовища одночасно, що забезпечує комплексне розуміння причин і підтримуючих чинників розладу [8]. Цей підхід також включає використання психометричних інструментів, таких як опитувальники CAPS, PCL-5 та IES-R, для кількісного оцінювання симптомів, що дозволяє об'єднувати клінічні дані з експериментальними та нейробіологічними показниками.

Сучасні дослідження підкреслюють важливість довготривалого спостереження та використання лонгітюдних методів для вивчення ПТСР. Такі підходи дозволяють оцінити динаміку розвитку симптомів, фактори ризику хронізації розладу та ефективність терапевтичних втручань у різні періоди після травматичної події [19]. Використання комбінованих підходів сприяє формуванню індивідуалізованих планів лікування та профілактики рецидивів, підвищуючи ефективність психотерапевтичної та медикаментозної допомоги [14].

Додатково, важливим напрямом дослідження ПТСР є використання міждисциплінарних підходів, що поєднують психологію, психіатрію, нейронауки та соціологію. Ці підходи дозволяють вивчати взаємодію індивідуальних психофізіологічних особливостей з контекстом травматичного досвіду та соціальним середовищем, що значно підвищує точність діагностики та прогнозування перебігу розладу [1]. Важливу роль відіграють лонгітюдні когнітивні та нейропсихологічні дослідження, які демонструють, як ранні порушення пам'яті, уваги та виконавчих функцій можуть сприяти формуванню стійких симптомів ПТСР [13].

Психофізіологічні методи дослідження, такі як оцінка серцево-судинної реактивності, шкірно-гальванічної реакції та електроенцефалографії, дозволяють виявляти підвищену реактивність на травматичні стимули та порушення регуляції емоційних процесів [5]. Вони допомагають оцінити неусвідомлені механізми гіперзбудливості та страхових реакцій, що часто залишаються поза увагою клінічної оцінки.

Крім того, сучасні дослідження підкреслюють значення культурного та соціального контексту у формуванні ПТСР. Соціально-когнітивні підходи оцінюють роль підтримки з боку сім'ї, колег та громади, а також вплив стигми та вторинної травматизації на розвиток та підтримку симптомів [17]. Вони демонструють, що наявність стабільної соціальної підтримки може модулювати інтенсивність симптомів та сприяти більш швидкому відновленню психічного стану.

Інноваційними є також підходи, що інтегрують цифрові технології та віртуальні середовища для оцінки та корекції симптомів ПТСР. Використання віртуальної експозиційної терапії та мобільних додатків для моніторингу симптомів дозволяє отримувати об'єктивні дані про поведінкові реакції та емоційний стан пацієнта у реальному часі, що підвищує ефективність психотерапевтичних втручань [20].

Таким чином, сучасні підходи до дослідження ПТСР формують комплексну картину розладу, поєднуючи клінічні, психологічні, нейробіологічні та соціальні аспекти. Такий мультидисциплінарний підхід дозволяє не лише глибше зрозуміти механізми розвитку ПТСР, а й розробляти персоналізовані та науково обґрунтовані стратегії втручання, що враховують індивідуальні та контекстуальні фактори.

Ще одним перспективним напрямом у дослідженні ПТСР є застосування транскультуральних та порівняльних методик, що дозволяють оцінювати, як культурні, соціальні та етнічні фактори впливають на прояви та перебіг розладу. Дослідження показують, що сприйняття травми, вираженість емоційних реакцій і стилі копіngu значною мірою залежать від соціокультурного контексту, що

підкреслює необхідність адаптації діагностичних інструментів та терапевтичних підходів до специфічних груп населення [8].

Психофізіологічні експерименти з використанням біологічних маркерів, таких як рівень кортизолу, адреналіну та активність автономної нервової системи, дають змогу кількісно оцінити ступінь стресової реакції та виявити субклінічні прояви ПТСР ще до формування повної симптоматики. Такі методи особливо ефективні при дослідженні військовослужбовців, постраждалих від стихійних лих та жертв насильства [14].

Крім того, значну увагу в сучасній науці приділяють вивченню коморбідності ПТСР з іншими психічними розладами, зокрема депресією, тривожними розладами, розладами сну та розладами поведінки. Психометричні дослідження демонструють, що коморбідні стани посилюють тяжкість симптомів ПТСР та ускладнюють його лікування, що робить інтегративні підходи особливо актуальними [12].

Інноваційним є також використання лонгітюдних та епідеміологічних досліджень для вивчення факторів ризику розвитку ПТСР на рівні популяцій. Такі підходи дозволяють виявити закономірності між характером травматичної події, індивідуальними рисами особистості та соціально-економічними умовами, що впливають на поширеність та тяжкість розладу [19].

Сучасні міждисциплінарні стратегії дослідження ПТСР поєднують клінічну психологію, психіатрію, нейронауки, соціологію та біомедичні технології, створюючи комплексну картину розвитку та підтримки симптомів. Такий підхід забезпечує глибоке розуміння механізмів розладу, сприяє розробці персоналізованих методів терапії та профілактики, а також підвищує ефективність реабілітаційних програм у різних соціокультурних контекстах [17].

ПТСР є складним психічним станом, що розвивається внаслідок переживання екстремальних травматичних подій, які становили загрозу життю, здоров'ю або безпеці людини чи її близьких. Цей розлад виникає в результаті впливу стресових факторів, які перевищують адаптаційні можливості психіки та залишають глибокий слід у свідомості й підсвідомості людини.

Основними тригерами розвитку ПТСР є військові конфлікти, участь у бойових діях, фізичне чи сексуальне насильство, масштабні аварії, природні катастрофи або втрата близьких. Такі події характеризуються інтенсивним впливом на емоційну сферу, викликаючи відчуття страху, безпорадності та жаху.

Клінічні прояви ПТСР включають широкий спектр симптомів. Найхарактернішими є повторювані спогади про травматичну подію, які проявляються у формі флешбеків, нічних кошмарів або нав'язливих думок. Людина може уникати ситуацій, людей або місць, які нагадують про травматичний досвід, що супроводжується емоційним онімінням, відчуттям відчуженості від оточення та зниженням інтересу до звичних занять. Часто спостерігаються симптоми надмірного збудження, такі як підвищена дратівливість, проблеми зі сном, підвищена тривожність або гіперчутливість до звуків і рухів.

Цей розлад має значний вплив на повсякденне життя, погіршуючи якість соціальних контактів, працездатність і загальний стан здоров'я. ПТСР може проявлятися через місяці або навіть роки після травматичної події, набуваючи хронічного характеру за відсутності належного лікування. Його подолання потребує комплексного підходу, який включає психотерапію, медикаментозну підтримку та соціальну реабілітацію.

Масштабне вторгнення Російської Федерації в Україну призвело до створення системи діагностики та профілактики посттравматичного стресового розладу на війні. Визріла необхідність визначення наукових основ психодіагностики та профілактики посттравматичних стресових розладів в умовах воєнного часу.

Збереження психічного здоров'я населення вважається одним із головних обов'язків держави під час воєнних дій. Саме в цей період найчастіше спостерігається ПТСР. У 10-му виданні Міжнародної класифікації хвороб ПТСР визначено як важке психічне захворювання, спричинене однією або декількома травматичними подіями (війною, природним або техногенним лихом, серйозною

травмою, свідком насильницької смерті, залякування, тероризм, сексуальне насильство чи інші злочини) [1].

У клінічному посібнику МКБ-10 термін ПТСР визначається як пізня або тривала реакція на стресову подію чи ситуацію (на короткочасній або довгостроковій основі), яка ґрунтується на власному сприйнятті пацієнтом небезпеки чи катастрофи, яка може призвести до загальної катастрофи. ПТСР є, мабуть, найбільш суперечливим з усіх діагнозів психічного здоров'я. Досі не досягнуто універсальної згоди щодо визначення серйозності травми як достатньої, щоб викликати ПТСР. Також нема одностайного бачення типових симптомів, методів профілактики та підходів до лікування ПТСР.

Основні підходи до дослідження ПТСР у сучасній психології характеризуються багатоплановістю та міждисциплінарністю, оскільки це явище поєднує психологічні, соціальні, нейрофізіологічні та навіть культурні чинники. Українські науковці приділяють значну увагу як теоретичному осмисленню природи ПТСР, так і практичним аспектам його подолання, особливо в контексті бойових дій на території України.

Так, Г. П. Лазос у своїй праці «Посттравматичне зростання: теоретичні моделі, нові перспективи для практики» акцентує увагу на феномені посттравматичного зростання, розглядаючи його як позитивну динаміку особистісних змін після переживання екстремальних подій. Учений пропонує теоретичні моделі, які пояснюють механізми трансформації травматичного досвіду в ресурс розвитку, підкреслюючи важливість когнітивного переосмислення, формування нових життєвих смислів і посилення екзистенційної зрілості особистості. Лазос наголошує, що подолання травми не завжди завершується патологічними змінами – у багатьох випадках воно сприяє розвитку психологічної стійкості, співчуття, внутрішньої сили та відчуття життєвої мети.

М. О. Романович у монографії «Психологічні особливості реабілітації учасників бойових дій в умовах сучасної війни» комплексно досліджує процеси психічної адаптації ветеранів, які зазнали бойових травм. Учений вказує, що

ПТСР формується внаслідок тривалого впливу стресових чинників, надмірної емоційної напруги та порушення механізмів саморегуляції. Вчений наголошує на необхідності багаторівневого підходу до реабілітації – поєднання психологічної, медичної, соціальної та духовної підтримки. Автор розглядає ефективні стратегії психологічної допомоги, серед яких ключову роль відіграють психотерапевтичні методи, групова взаємодія, розвиток навичок подолання тривоги та агресії, а також створення безпечного середовища для соціальної реінтеграції.

Значний внесок у дослідження посттравматичних станів зробила Т. М. Титаренко, яка аналізує ПТСР крізь призму життєвої філософії людини. Науковиця розглядає травму не лише як руйнівний досвід, а й як потенційне джерело внутрішньої трансформації, осмислення цінностей та переорієнтації життєвих цілей. У працях вченої акцентується увага на процесах смислотворення, відновленні суб'єктності та формуванні життєстійкості як фундаментальної передумови подолання наслідків травматичного досвіду.

О. І. Гуменюк у своїх дослідженнях зосереджується на соціально-психологічних аспектах ПТСР, підкреслюючи роль соціальної підтримки, групової динаміки та колективної ідентичності у процесі подолання травматичних наслідків. Учений доводить, що взаємодія з іншими ветеранами, залучення до спільноти, відновлення почуття причетності до суспільства суттєво знижує рівень тривожності та сприяє стабілізації емоційного стану.

Н. І. Пов'якель досліджує ПТСР у межах когнітивно-поведінкового підходу, відповідно до якого основним механізмом розвитку посттравматичних симптомів є викривлення мислення та дезадаптивні переконання щодо себе й світу. Науковиця підкреслює, що успішне подолання ПТСР пов'язане з переосмисленням травматичних подій, реконструкцією життєвих сценаріїв і формуванням нових, більш адаптивних когнітивних схем.

О. В. Хміляр у своїх роботах аналізує психофізіологічні механізми посттравматичного розладу, зокрема порушення у функціонуванні нервової системи, дисбаланс у гормональній регуляції та реакції організму на хронічний

стрес. Науковиця наголошує, що ПТСР супроводжується не лише психологічними, а й соматичними симптомами, які вимагають інтеграції психотерапевтичних і медико-біологічних методів корекції.

Таким чином, сучасна українська наукова думка розглядає посттравматичний стресовий розлад як складне, поліфакторне явище, що потребує цілісного розуміння та системної допомоги. Дослідження О. І. Гуменюк, Г. П. Лазоса, Н.І. Пов'якель, М.О. Романовича, Т.М. Титаренко демонструють поступ до формування національної концепції посттравматичної психології, яка ґрунтується на поєднанні наукових знань, гуманістичних цінностей і практичного досвіду реабілітації осіб, що пережили травматичні події.

ПТСР характеризується чотирма кластерами симптомів: уникнення, підвищене збудження (проблеми зі сном, небезпечна поведінка, відсутність непереможності), повторне переживання травматичної події, проблеми з пам'яттю та емоційні проблеми (такі як відчуття ізоляції від інших). Посттравматичний стресовий розлад розглядається, коли симптоми тривають більше місяця після травматичної події та все ще не покращуються, це важко зробити за звичайних умов.

Процедура скринінгу на ПТСР повинна включати ознаки повторного переживання, уникнення, гіперзбудження, дисоціації, негативного настрою та змінених думок, усі з яких пов'язані з ПТСР.

Під час проведення первинних досліджень виявлено, що на прогресування психічних розладів у учасників конфлікту та тих, хто страждає на психотравматичні розлади, впливають такі фактори:

- 1) спадковість (дані анамнезу дозволяють припустити, що такі психічні захворювання, як шизофренія, шизофреноподібний розлад, біполярний афективний розлад або зловживання хімічними речовинами, можуть бути наявні в поєднанні з психічними захворюваннями батьків або зловживанням алкоголем чи наркотиками).

2) специфічні індивідуальні риси особистості в контексті надмірної психологічної травми, існуючі риси особистості і стиль мовлення можуть посилюватися в інтенсивності, що призводить до більшої реакції на ситуації та проблеми, які раніше вважалися типовими індивідом).

3) кількість часу, проведеного під впливом психотравмуючих компонентів. При постійному впливі психотравмуючих факторів виснажується потенційна енергія нервової системи, що призводить до порушення адаптаційних можливостей особистості.

4) лікування та реабілітація.

На загальну тривалість одужання впливає своєчасне надання комплексної медичної та психологічної допомоги. ПТСР викликається травматичним досвідом, який може тривати кілька тижнів або місяців. Багато людей, у яких діагностовано ПТСР, вважають, що симптоми зменшаться протягом кількох днів, тижнів, місяців або навіть років після повернення до мирного способу життя. Проте, якщо не надати допомогу потерпілому якнайшвидше, це може призвести до тривалого процесу та ускладнень.

Якщо члени сім'ї розпізнають перераховані вище симптоми та реакцію, вони повинні спробувати переконати людину відвідати психолога чи психіатра. У результаті проведених емпіричних досліджень було виведено кілька захворювань. При наявності цих розладів психологи і психіатри повинні бути особливо уважними.

Постійно напружений і чекає неприємних подій.

1) відчуття соціальної нереалізованості, дискомфорту та відсутності порівняння з іншими;

2) страх бути засудженим іншими або висміяним суспільством.

3) небажання спілкуватися з особистостями, які не вірять у власну красу.

4) заборона соціальних взаємодій через міркування безпеки, пов'язані з фізичним контактом.

5) Уникання соціальної чи професійної діяльності, яка передбачає підвищення цінності особистих стосунків через страх критики, несхвалення чи презирства.

Аналіз писемних джерел щодо стресу функціонального стану людей дозволив виділити чотири типи компонентів стресу: вегетативний, емоційно-поведінковий, когнітивний та соціально-психологічний.

1. Гілка вегетативна є найдавнішою в історії еволюції. Діяльність вегетативної нервової системи не залежить від свідомості, в результаті вегетативні реакції ініціюються незалежно від природи стресора. До сублетальних ефектів вегетативного характеру відносяться: підвищене навантаження на серцево-судинну систему, посилення процесу регенерації тканин, тромбоцитоз, операції, блювота. Якщо стресор продовжує діяти і організм не справляється із завданням, місцеві вегетативні реакції можуть призвести до розвитку «хвороби стресу».

2. Емоційно-поведінковий субсиндром зумовлений наявністю симптомів поведінки, на які впливає стрес, ці симптоми мають емоційно-поведінковий характер. Діапазон цих реакцій дуже широкий: від незначних змін загального емоційного тону та поведінки до серйозних реакцій на стрес, до яких відносяться плач, підкидання, агресивна поведінка, апатія та ін.

3. Субсиндром пізнання – зміна когнітивних процесів (див. також сприйняття, уваги, мислення, пам'яті та самосвідомості), розуміння дійсності та ін.

4. Соціально-психологічний субсиндром – перехід від однієї соціальної ролі до іншої або зміна способу спілкування людей у стресових ситуаціях.

Вони можуть мати як позитивні соціальні характеристики, так і негативні моделі спілкування. Травматичний стрес може викликати стан психічної дезадаптації, це психічна реакція на фізичний та емоційний тиск, який є надмірним.

Психопатологічні розлади, що виникають у найскладніших ситуаціях, мають багато спільного з клінічними розладами, що виникають типово, але є й істотні відмінності:

- 1) одночасне виникнення психічних захворювань у великої кількості людей;
- 2) типова клінічна картина в цих ситуаціях не така специфічна, як в інших випадках, це пов'язано з меншою кількістю більш загальних симптомів.
- 3) хтось змушений продовжувати активний опір, щоб зберегти життя своєї родини та життя інших людей.

Багато людей відчують симптоми посттравматичного стресового розладу, які з часом зменшуються, що призводить до зменшення тривоги та зменшення думок про травму. Однак йому може знадобитися трохи місця, щоб відростити і подолати травму.

За умови, що тригери ПТСР контролюються, ефективно його лікування може мати значний вплив на зменшення симптомів і покращення повсякденного функціонування. Якщо симптоми тривають більше місяця або посилюються, необхідно звернутися до лікаря, психолога або психіатра. Ви також повинні зв'язатися з групою підтримки або організацією, яка може проінформувати вас про наявність послуг психічного здоров'я.

Тому першочерговим завданням в умовах війни є збереження психічного здоров'я населення. Впровадження методів психопрофілактики та психодіагностики потребує комплексного підходу. Спочатку корисно проводити освітні проекти, оскільки поширення знань про виникнення та тривалість негативних емоційних симптомів сприятиме точному розумінню точки зору населення щодо їх впливу на здоров'я.

## **1.2. Психологічні механізми розвитку посттравматичного стресового розладу**

Найбільшу роль у поширенні посттравматичного стресового розладу відіграє війна. До повномасштабного вторгнення Росії термін посттравматичний стресовий розлад в основному застосовувався до співробітників поліції, військових і спецназу, які брали участь в Операції Об'єднаних Сил на сході України. Сьогодні кількість людей, які постраждали від насильства, зростає. Здійснюються обезголовлення, розрізи та інші насильницькі дії. Через велику кількість окупантів з Росії, які захопили Україну, потрібні професіонали. Крім того, комплексна допомога має бути пріоритетною у воєнний час, оскільки неможливо уникнути психотравмуючих наслідків.

Посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців проявляється через низку специфічних симптомів, обумовлених переживанням екстремальних умов бойових дій. Одним із ключових проявів є нав'язливі спогади та флешбеки, які виникають раптово та супроводжуються яскравими образами, що відтворюють травматичні ситуації, наприклад, моменти бою, вибухи або поранення. Ці спогади часто активізуються під впливом тригерів, таких як певні звуки (вибухи, постріли), запахи (дим) чи навіть звичні ситуації, що нагадують умови війни.

Суттєвим клінічним проявом є повторювані нічні кошмари, у яких військовослужбовці знову переживають травматичні події, що призводить до хронічного порушення сну. Цей стан часто супроводжується надмірним збудженням, яке проявляється підвищеною дратівливістю, високою тривожністю та постійним відчуттям небезпеки. Військовослужбовці можуть демонструвати підвищену настороженість, прагнення уникати будь-яких ситуацій чи місць, які нагадують про бойові дії, що значно обмежує їхню соціальну активність та професійне функціонування.

Емоційна сфера також зазнає значних змін. Часто спостерігається емоційне оніміння, коли військовослужбовці втрачають здатність радіти, відчувати теплі емоції або навіть встановлювати близькі стосунки з іншими людьми. У багатьох виникає відчуття відчуженості від суспільства та неможливості повернення до

«нормального» життя. Також можуть проявлятися симптоми депресії, зниження мотивації, розлади концентрації уваги, що поглиблює соціальну ізоляцію.

Ці прояви часто ускладнюються через почуття «провини виживання», особливо в тих випадках, коли бойові дії призвели до загибелі побратимів. Разом із цим, військовослужбовці можуть вдаватися до саморуйнівної поведінки, наприклад, зловживання алкоголем чи іншими психоактивними речовинами, що є своєрідною спробою впоратися з психічним болем. У відсутності належної підтримки ці симптоми можуть погіршуватися, перетворюючись на хронічний стан, який потребує комплексного втручання.

Коли організм не може пристосуватися до стресу, пов'язаного з психічними захворюваннями, і обставин, що виникають внаслідок цього, виникають психічні захворювання. Більшість психологічних травм викликана психічним виснаженням воїнів, ослабленням їх нервової системи. Таким чином, типовий спосіб конфлікту стає непереборним. Тягар, який військовослужбовець міг витримати в перші години, призвів до втоми, слабкості, труднощів зосередження. Військовослужбовці стають розчарованими, засмученими та мають проблеми з товаришами по службі та командою. Кожен командир підрозділу повинен враховувати, що більшість психологічних ушкоджень – це хронічні фізично-психічні перенапруження, які часто зустрічаються на війні.

У бою солдати з таким станом, як правило, нехтували своєю особистою безпекою, мало турбувалися про долю своїх товаришів по службі, часто поступалися і припиняли опір, коли здавалося, що всі можливі методи боротьби з супротивником доступні. При порушенні спокою військовослужбовці часто виявляють бадьорість, балакучість, бездіяльність. У військовослужбовців з ПТСР часто відсутня самосвідомість, що спричиняє нерозуміння обстановки, що ускладнює оцінку власних можливостей, що часто призводить до помилок, які негативно позначаються на діях бойових підрозділів, груп, підрозділів чи інших дрібніших підрозділів.

Зрозуміло, що бойовий сценарій вимагає від людини великого психоемоційного напруження, значної витрати сил нервової системи. Поєднання

кількох психотравмуючих факторів (стресорів) зазвичай призводить до дисбалансу нервової системи. Кожна здорова людина має максимальну фізіологічну стійкість до впливу негативних психологічних факторів. Якщо їх перекрити психічним захворюванням, виникне розлад.

Спочатку під впливом стресора в корі виникає сильний інтенсивний осередок збудження, який називають «домінантою». Далі, від цього центру залежать всі тілесні функції, думки і дії людини. Крім того, після появи домінантного виду розвивається особливий тип ланцюга реакцій, який стимулює глибокі відділи мозку – гіпоталамус, що змушує прилеглий спеціальний гіпофіз посилювати вироблення адренкортикотропних гормонів. Під впливом адренкортикотропних гормонів надниркові залози виробляють такі гормони, як адреналін, норадреналін та інші речовини, що мають фізіологічне призначення, гормони стресу викидаються в кров у великих кількостях.

Гормони стресу самі по собі мають комплексний вплив.

1) серце починає битися сильніше і частіше, з більшою інтенсивністю («виривається» з грудей від страху, хвилювання або злості).

2) підвищується артеріальний тиск, що може призвести до головного болю, проблем із серцем та задишки;

3) кровоносні судини розширені;

4) збільшується об'єм лейкоцитів у крові, тобто в організмі відбувається низка фізіологічних змін, які сприяють підвищенню його енергії та здатності виконувати важкі, складні дії.

Це сприяє пристосуванню організму до нових умов навколишнього середовища і його підготовці до значного м'язового напруження.

Вплив війни на особистість військовослужбовця можна було б зменшити, якби не було негативної реакції суспільства на колишніх учасників бойових дій. Громадські настрої в першу чергу залежать від масштабу збройного конфлікту. Дослідження психологічних наслідків Першої та Другої світових воєн демонструє, що під час початку цих військових криз фундаментальна та динамічна природа суспільств у всіх воюючих державах змінюється. Всередині

соціального тіла відбуваються потужні «тектонічні» зрушення: змінюється зміст і спосіб функціонування більшості державних інститутів. Фактично починається відлік нової соціальної ери.

І.І. Калмансон, соціолог, який брав участь у Великій Вітчизняній війні, писав: «Змінилася соціальна структура, система статусів і ролей, тип мотивації і соціального контролю». Значно змінилася процедура соціалізації, суть якої полягає в тому, що індивіди, незалежно від свого становища в суспільстві, дотримуються вже не норм, прав і обов'язків невойовничих індивідів, а натомість системи правил і норм мілітаристського характеру. З цієї точки зору, перемога і поразка у війні стосуються армії та населення. Локальні збройні конфлікти між громадянами країни характеризуються відсутністю реформ в економічній і соціальній сферах суспільства і держави. Громадяни поділяються на учасників збройного конфлікту та неучасників. Неучасники, які становлять більшість цивільного населення (за визначенням А.Г. Караяна – простий народ), беруть участь в обговоренні збройного конфлікту в цілому, а також дій військових зокрема.

Як правило, «у сприйнятті локального конфлікту між цивільними особами, у цінностях, пов'язаних з ним, і в соціальних очікуваннях, пов'язаних з ним, можуть бути значні відмінності в суспільстві та військових». Це може мати непрямі соціальні наслідки для будь-якої залученої сторони.

Психологічні механізми розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) характеризуються складною взаємодією когнітивних, емоційних та поведінкових процесів, що виникають у відповідь на пережиту травму. Центральним у формуванні ПТСР є порушення нормальних механізмів адаптації до стресу, що проявляється у дисбалансі між процесами регуляції страху та здатністю до когнітивного переосмислення події [3]. Травматичний досвід активує інтенсивні емоційні реакції, які залишають глибокий слід у пам'яті, призводячи до формування нав'язливих спогадів і флешбеків. Ці повторні переживання підсилюють почуття тривоги, безпорадності та страху, закріплюючи симптоматику розладу [7].

Когнітивні механізми розвитку ПТСР пов'язані з викривленням сприйняття себе, світу та майбутнього. Постраждалі часто демонструють негативні переконання щодо власної спроможності контролювати події, надмірну оцінку загрози та підвищену чутливість до небезпеки, що формує постійний стан напруженості та гіпервідповідності [12]. Важливим фактором є порушення обробки та інтеграції травматичних спогадів у цілісну autobiographical memory, що призводить до фрагментарного збереження інформації та посилення уникання ситуацій, які нагадують про травму [5].

Емоційні механізми включають дисрегуляцію афектів, що проявляється у коливаннях настрою, різкій дратівливості, відчутті провини або сорому, а також зниженні здатності переживати позитивні емоції. Ці процеси підтримують хронізацію симптомів та перешкоджають природному процесу відновлення після травматичного досвіду [16]. Поведінкові механізми розвитку ПТСР проявляються у формуванні унікального стилю поведінки, спрямованого на запобігання травматичним тригерам, що, з одного боку, забезпечує тимчасове полегшення, а з іншого – закріплює патологічні моделі реагування та соціальну ізоляцію [9].

Соціально-психологічні фактори, такі як відсутність підтримки з боку близьких, несприйняття травматичного досвіду оточенням або вторинна травматизація, також значно впливають на розвиток ПТСР. Взаємодія внутрішніх психологічних механізмів з зовнішніми стресорами створює систему, у якій симптоми розладу стають стійкими і самопідтверджуваними [18]. Крім того, сучасні дослідження підкреслюють роль індивідуальних особливостей особистості, таких як рівень стресостійкості, емоційного інтелекту та когнітивних ресурсів, які можуть модулювати інтенсивність і тривалість проявів ПТСР [2].

Психологічні механізми розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) тісно взаємопов'язані з нейропсихологічними та біологічними процесами, які модулюють реакцію організму на травматичні події. Одним із ключових нейропсихологічних механізмів є дисфункція гіпокампу та амігдали,

що призводить до порушення обробки і інтеграції спогадів про травму та посилення емоційної реактивності. Амігдала, як центр страху та емоційної оцінки загроз, демонструє підвищену активність у пацієнтів з ПТСР, що корелює з частотою флешбеків та гіпервідповідності на подразники [6]. Гіпокамп, який відповідає за контекстуалізацію спогадів, часто проявляє знижену активність, що спричиняє фрагментарне та неконтрольоване відтворення травматичного досвіду [11].

Регуляція стресу також порушується на рівні гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі (ГГН-осі), що веде до підвищеної продукції кортизолу та адреналіну, які підтримують хронічний стан напруженості, гіпервідповідності та тривоги. Дисрегуляція цієї системи підсилює когнітивні та емоційні порушення, створюючи замкнене коло, у якому симптоми ПТСР самопідтверджуються [14]. Крім того, нейромедіаторні системи, зокрема серотонінова, дофамінова та норадренергічна, відіграють важливу роль у формуванні емоційної нестабільності, порушенні сну та концентрації уваги, а також у схильності до депресивних проявів та уникання [1].

Сучасні дослідження нейропсихології ПТСР підкреслюють значення порушення функцій префронтальної кори, яка відповідає за когнітивний контроль, регуляцію емоцій та прийняття рішень. Її недостатня активність у пацієнтів з ПТСР зменшує здатність пригнічувати надмірну реакцію амігдали, що підсилює симптоми тривоги та гіперзбудливості [9]. Крім того, порушення взаємодії між префронтальною корою, гіпокампом та амігдалою сприяє формуванню стійких негативних когнітивних схем, таких як постійне відчуття загрози, провини чи сорому [17].

Індивідуальні психологічні особливості, такі як рівень емоційного інтелекту, когнітивні ресурси та навички саморегуляції, можуть частково компенсувати нейробіологічні дисфункції, зменшуючи інтенсивність симптомів і сприяючи більш швидкому відновленню після травматичного досвіду [4]. Взаємодія психологічних та біологічних механізмів визначає комплексність клінічної картини ПТСР, що підкреслює необхідність інтегрованого підходу до

оцінки та лікування, який включає психотерапевтичні методики, медикаментозну підтримку та когнітивно-поведінкові втручання.

### **1.3. Симптоми та діагностичні критерії посттравматичного стресового розладу**

Посттравматичний стресовий розлад визначає дезадаптивну поведінку, дії та особливості спілкування військовослужбовців. Крім власних страждань, негативних переживань і труднощів військовослужбовця, це відчувають і його близькі люди, і його друзі, і колектив. Одним із найважливіших показників ПТСР є порушення соціальних правил.

Лазерна Є.О. та інші спостерігали значні розбіжності між групами адаптованих і неадаптованих ветеранів за показником «наявність роботи». Соціальна дезадаптація проявляється у складності пошуку роботи та її збереження. Вони мають низький ступінь стабільності у своєму професійному житті, більшу схильність змінювати роботу, частіше займають низькооплачувані посади та мають обмежені можливості для успішної кар'єри.

ПТСР є складним психічним порушенням, що виникає внаслідок переживання або свідчення екстремально травматичних подій, які перевищують можливості особистості до адаптації та психологічного захисту. У сучасній психологічній науці ПТСР визначається як сукупність стійких афективних, когнітивних, поведінкових і соматичних реакцій на події, що загрожували життю чи фізичній цілісності людини або її близьких. Симптоматика цього розладу має складну структуру і включає низку взаємопов'язаних проявів, які відображають як порушення психічної рівноваги, так і зміну функціонування особистості загалом.

Одним із ключових проявів ПТСР є синдром повторного переживання травматичної події, який характеризується нав'язливими спогадами, флешбеками, нічними кошмарами та інтенсивними емоційними реакціями при нагадуванні про травму. Ці феномени свідчать про те, що травматичний досвід

не інтегрувався у структуру свідомості, залишаючись емоційно активним і психічно невирішеним. У людини часто виникає відчуття, ніби подія відбувається знову, що спричиняє повторну активацію стресової реакції [1].

Іншим важливим симптомом є уникання будь-яких ситуацій, місць, людей або думок, які можуть нагадувати про травматичну подію. Це проявляється в емоційній відстороненості, зниженні інтересу до повсякденних справ, відчутті відчуження від оточення та зменшенні здатності відчувати позитивні емоції. Такі поведінкові стратегії, з одного боку, слугують механізмом психологічного самозахисту, а з іншого – призводять до соціальної ізоляції та зниження якості життя.

Важливою складовою клінічної картини ПТСР є гіперактивація нервової системи, яка проявляється у вигляді підвищеної дратівливості, гіпервігілантності, порушень сну, труднощів з концентрацією уваги, надмірних реакцій переляку та фізіологічної напруги. Такі симптоми свідчать про порушення регуляції системи «гіпоталамус – гіпофіз – наднирники» та хронічну активацію стресових механізмів.

Когнітивні симптоми ПТСР охоплюють дезорганізацію мислення, труднощі у відтворенні спогадів, фрагментарність пам'яті та формування ірраціональних переконань про власну вину або відповідальність за подію. Також спостерігаються негативні зміни у світоглядних уявленнях – людина починає сприймати світ як небезпечний, а себе – як безпорадну та вразливу. Це зумовлює формування стійкого відчуття тривоги, безнадійності та втрати контролю над власним життям [18].

Згідно з діагностичними критеріями DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition), для встановлення діагнозу ПТСР необхідна наявність таких основних груп симптомів: повторне переживання травми (re-experiencing), уникання (avoidance), негативні зміни у когніціях та емоціях (negative alterations in cognition and mood) і стійкі прояви підвищеного збудження (hyperarousal), які тривають понад один місяць і суттєво впливають на соціальне, професійне або інше важливе функціонування особистості. У

міжнародній класифікації хвороб десятого перегляду (МКХ-10) ПТСР визначається як затримана або пролонгована реакція на надзвичайно загрозливу чи катастрофічну подію, яка викликає дистрес у більшості людей.

Крім основних симптомів, у клінічній практиці часто фіксуються супутні прояви, серед яких депресивні стани, тривожні розлади, соматичні скарги, зловживання психоактивними речовинами та порушення міжособистісних стосунків. У деяких випадках формується так званий комплексний посттравматичний стресовий розлад (CPTSD), який супроводжується глибшими змінами особистісної структури, емоційною нестабільністю, труднощами у формуванні довірчих стосунків і зниженням здатності до саморегуляції.

Зниження соціальної адаптації є найбільш очевидним результатом психологічної травми для оточуючих. Серед ветеранів локальних конфліктів і воєн більш поширеними є дезадаптивні форми поведінки, зокрема алкоголізм, наркоманія, схильність до насильства. Інші види агресивної поведінки, такі як самоушкодження та спроби самогубства, також частіше зустрічаються. Симптоми ПТСР схожі на суїцидальні нахили:

- Розчарований настрій, часто супроводжується втратою інтересу до їжі, втомою і проблемами зі сном;
- Звичка вживати наркотики або алкоголь може бути сильною;
- Ізоляція або зневага;
- Безвихідь або відсутність надії. У цей момент першим інтенсивним переживанням може бути страх самогубства.
- Нездатність спілкуватися з іншими через наявність безнадійності або суїцидальних думок.
- Вони думають, що це ніколи не покращиться.
- Вони мають тунельне бачення; тобто вони не можуть сприймати позитивні аспекти речей, які вони вважали б прийнятними. У них є лише одне рішення проблеми.

Загалом рівень соціальної взаємодії з дезадаптованими ветеранами Афганістану виявився нижчим. Серед причин цього – вищий рівень алкоголізму та наркоманії, більше розлучень і менший рівень шлюбу, більше бездітних сімей [14].

Ступінь конфліктності та ворожнечі у стосунках значно більший у ветеранів локальних конфліктів зі зниженими соціальними показниками адаптації. Психологічна наука посилення конфліктної поведінки пояснює суб'єктивно зумовленими причинами. Зовнішній конфлікт із середовищем є репрезентацією внутрішнього конфлікту, яка ініційована високим ступенем розчарування, що виникає внаслідок обмеження суспільства потребами індивіда.

«Особливо значну роль у внутрішньоособистісних конфліктах відіграє внутрішній фактор, оскільки, проектуючи зовнішні та внутрішні конфлікти, вони самі їх викликають. Посилення конфліктності пояснюється зміною особистісних цінностей, зниженням деяких рис характеру, посиленням у владі та намаганні підтримувати нормальну самооцінку. Необхідні навички, пов'язані з соціалізацією, частково загострення конфлікту пов'язане з тим, що ветеран завжди реалізує свою поведінку в мирній ситуації, враховуючи потенційну загрозу життю чи здоров'ю, вони завжди залишаються пильними.

Багато осіб, які брали участь у локальних збройних сутичках, мають бойовий або агресивний характер. Зростання агресії можна пояснити за допомогою теорії фрустрації, пов'язаної з агресією, а також за допомогою теорії соціального навчання. «Фрустраційна теорія агресії включає компонент, який описує поведінку як ситуацію. Агресія служить засобом вираження фрустрації (і будь-яка форма фрустрації неминуче призведе до агресії). Соціальне навчання відбувається, коли людина розвиває поведінку, яка у ситуаціях конфлікту, насильства, спрямоване проти супротивника, супроводжується позитивною підтримкою агресії, це створює необхідність соціального перетворення.

Війна характеризується такою екстремальною ситуацією, під час якої людина піддається постійному психічному та емоційному навантаженню, яке

долається волею. Все це дорого коштує. Майже всі учасники відчули ті чи інші зміни у своєму фізичному чи психічному складі.

Травматичний досвід, який передбачає психологічну травму людини, впливає на всі аспекти її життя. Так, наслідки травми очевидні та можуть бути закарбовані на психіці (порушуються когнітивні процеси, сприйняття, увага, пам'ять тощо); на клітинному та фізіологічному рівнях (збій гормональної регуляції, порушення роботи мозку, проблеми зі сном і неспання тощо); на політичному рівні (боротьба за владу, конфлікт, агресивність, ізоляція тощо). Крім того, важливо визнати, що кваліфікована психологічна допомога повинна впливати на всі ці рівні особистісної травми одночасно.

Сучасні дослідники психологічної травми вважають, що більшість симптомів, пов'язаних із травмою, – це лише верхівка айсберга, помітна лише невелика частина ушкоджень психіки людини. Це лише одне з багатьох завдань, з якими психологу доведеться стикатися під час реабілітаційного процесу чи відновлення. Багато розладів і проблем вирішуються неусвідомлено, тим самим впливаючи на повсякденну діяльність і життя людини.

Конфлікт на території України, який зараз вважається справжньою війною, призвів до стресової хвилі проблем із психосоціальною адаптацією, що призвело до нового зростання поширеності посттравматичного стресового розладу. Стрес може проявлятися різними способами в будь-який час. Неврози в першу чергу локалізуються у військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, які жили в окопах, які мали поранення, каліцтва або були свідками смерті своїх побратимів.

Часто військовослужбовці не розпізнають свої психічні захворювання. Однак, якщо допомога не буде отримана належним чином, конфлікт для них ніколи не буде вирішено.

ПТСР є психічним станом, що розвивається у відповідь на пережиті тяжкі травматичні події, такі як бойові дії, катастрофи, насильство або серйозні нещасні випадки. Клінічні прояви ПТСР характеризуються комплексом симптомів, що зазвичай поділяють на чотири основні категорії: повторне

переживання травми, уникання стимулів, пов'язаних із травмою, підвищену збудливість та негативні когнітивні та емоційні зміни [5]. Симптоми повторного переживання включають нав'язливі спогади, нічні кошмари, флешбеки та емоційну реакцію на сигнали, що нагадують про травматичний досвід [12].

Уникання пов'язане з активними зусиллями уникати думок, почуттів або зовнішніх стимулів, що можуть нагадувати про травму, а також обмеження соціальної активності та інтересів [3]. Підвищена збудливість проявляється через порушення сну, дратівливість, гнівливість, концентраційні труднощі, надмірну пильність та гіперреактивність на несподівані подразники [9]. Негативні когнітивні та емоційні зміни включають стійке відчуття провини, сорому, страху, зниження самооцінки, відчуження від оточення та зменшення здатності переживати позитивні емоції [17].

Діагностичні критерії ПТСР, згідно з сучасними класифікаціями, включають наявність травматичного стресору, повторювані симптоми переживання, уникання, підвищену збудливість та порушення когнітивної сфери, що тривають понад один місяць та спричиняють значущі порушення в соціальному, професійному або інших важливих функціональних сферах [8]. Крім того, для встановлення діагнозу важливо виключити інші психічні розлади, які можуть маскуватися під ПТСР, та оцінити взаємозв'язок симптомів із пережитою травмою [14]. Своєчасна і точна діагностика є ключовою умовою ефективного психотерапевтичного та медикаментозного втручання, спрямованого на зниження інтенсивності симптомів та покращення якості життя пацієнта [2].

Тривалість і інтенсивність симптомів можуть варіюватися залежно від індивідуальних особливостей особистості, характеру та тяжкості травматичної події, а також від наявності соціальної підтримки та попереднього досвіду психологічного реагування [11]. Деякі пацієнти можуть демонструвати хронічний перебіг ПТСР із періодами загострення та тимчасового полегшення симптомів, що підкреслює важливість довготривалої психотерапевтичної підтримки [19]. Ефективність лікування значною мірою залежить від

інтегрованого підходу, що поєднує когнітивно-поведінкову терапію, психоосвіту, медикаментозну підтримку та соціальну реабілітацію.

ПТСР оцінюється не лише клінічно, а й за допомогою спеціалізованих психометричних інструментів, що дозволяють кількісно визначити вираженість симптомів та відстежувати динаміку стану пацієнта. До найпоширеніших методів відносять опитувальники, такі як Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS), PTSD Checklist (PCL-5) та Impact of Event Scale-Revised (IES-R), які забезпечують стандартизовану оцінку повторних спогадів, уникання, гіперзбудливості та негативних когнітивних змін [4]. Вони дозволяють виділити не тільки загальний рівень тяжкості розладу, а й специфічні домени симптоматики, що є важливим для персоналізованого планування терапії [16].

Сучасні дослідження підкреслюють необхідність комплексної оцінки ПТСР, що включає когнітивні та нейрофізіологічні показники. Застосування нейровізуалізаційних методик, таких як функціональна магнітно-резонансна томографія (fMRI), дозволяє виявити порушення активації лімбічної системи та префронтальної кори, що корелює з тяжкістю симптомів та схильністю до тривалого перебігу розладу [10]. Додатково важливим є використання структурованих клінічних інтерв'ю, які забезпечують діагностичну точність і дозволяють диференціювати ПТСР від інших тривожних або депресивних станів [1].

Крім психометричних та нейропсихологічних методів, сучасна практика передбачає оцінку функціонального стану пацієнта через шкали соціальної адаптації та якості життя, що дає змогу враховувати вплив ПТСР на повсякденну активність та взаємодію з оточенням [13]. Це дозволяє не лише діагностувати розлад, але й відстежувати ефективність втручань та коригувати стратегії психотерапевтичної та медикаментозної допомоги [6].

Отже, симптоми та діагностичні критерії посттравматичного стресового розладу відображають не лише реакцію на одиничну травматичну подію, а й глибокі зміни в емоційній, когнітивній та поведінковій сферах особистості. Їх комплексний аналіз дозволяє більш точно визначати ступінь психічного

порушення, прогнозувати перебіг розладу та обґрунтовувати вибір ефективних психотерапевтичних стратегій.

## **РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ**

### **2.1. Особливості прояву посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій**

Посттравматичний стресовий розлад у учасників бойових дій проявляється як стійка реакція на події, що загрожували життю або фізичній цілісності, і характеризується чотирма основними кластерами симптомів: повторне переживання травми (інтрузії, флешбеки, нічні кошмари), уникнення пам'яті або ситуацій, що нагадують травму, негативні зміни в мисленні і настрої, а також підвищена збудливість та реактивність. Для встановлення діагнозу важливими є зв'язок симптомів із травматичним епізодом, тривалість понад місяць і суттєве порушення соціального або професійного функціонування.

У контексті бойових дій клінічна картина часто набуває специфічних рис: інтрузивні спогади та флешбеки можуть бути сенсорними й ускладнюватися детальною реконструкцією бойових сцен (звуки, запахи, візуальні образи), нічні кошмари мають тематику втрат та загроз, а уникнення може поширюватися не лише на місця чи події, а й на міжособистісні контакти, професійні ситуації й повсякденні маршрути. Також типовими є дисоціативні епізоди під час або поза нагадуваннями про травму, а також прояви, що пов'язані з «моральною травмою» – почуття провини, сорому й морального конфлікту щодо вчинків або бездіяльності під час бою. Учасники бойових дій частіше за загальну популяцію демонструють поєднання інтенсивного ре-експерієнсингу й високого рівня гіперзбудливості, що підсилює ризик руйнівної реактивності в міжособистісних і професійних ситуаціях.

Поведінкові прояви ПТСР у військових мають виражені зовнішні компоненти: імпульсивність, агресивні спалахи, ризикована поведінка, зловживання психоактивними речовинами як спосіб саморегуляції емоцій та сну,

а також соматизація (хронічні болі, порушення сну, втомлюваність). Хронічна гіпервиглядність і порушення сну призводять до зниження концентрації уваги й працездатності, ускладнюють професійну адаптацію та відновлення соціальних ролей. Часто спостерігається перекриття симптомів ПТСР із наслідками черепно-мозкових ушкоджень (при контузіїх), що ускладнює діагностику й лікування.

Курс захворювання може бути тривалим із фазами загострення та ремісії; у ветеранів відмічаються підвищені показники коморбідної великої депресії, тривожних розладів та розладів вживання психоактивних речовин, що значно погіршує прогноз і підвищує ризик самогубства. Коморбідність з іншими психічними розладами потребує комплексного підходу до оцінки й лікування, оскільки симптоматика може маскуватися або взаємно посилюватися (наприклад, депресивні симптоми пригнічують мотивацію до лікування ПТСР; зловживання речовинами знижує ефективність психотерапії).

У випадках багаторазової або тривалої експозиції до травми (наприклад, повторні бойові операції, тривалий службесний стрес) можливий розвиток складнішої форми – комплексного ПТСР, яка, окрім класичних симптомів, включає стійкі розлади самовідчуття: емоційну дисрегуляцію, стійкі міжособистісні труднощі та негативну самооцінку. Наявність комплексного ПТСР змінює підхід до терапії й часто вимагає спеціалізованих інтервенцій, орієнтованих на відновлення регуляторних навичок, роботу з самоідентифікацією та соціальною інтеграцією.

Оцінка ПТСР у військовослужбовців має враховувати специфіку військової культури: стигматизацію психічних розладів, страх негативних кар'єрних наслідків, тенденцію висловлювати симптоми у соматичній формі або замовчувати їх; це призводить до запізнілої діагностики й зниження охоплення допомогою. Тому скринінгові програми мають бути конфіденційними, рутинними й інтегрованими в медичне спостереження, а оцінка – багатовимірною (клінічні інтерв'ю, стандартизовані опитувальники, оцінка функціонування та ризиків).

Підхід до лікування повинен бути мультидисциплінарним: психологічні інтервенції з доказовою ефективністю (траумафокусована когнітивно-поведінкова терапія, експозиційні методи, когнітивна терапія) становлять основу, фармакотерапія (наприклад, селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну) може бути корисною як доповнення при тяжких або супутніх симптомах, а також важливими є заходи, спрямовані на відновлення сну, реінтеграцію в соц-професійне середовище та роботу з сім'єю. Індивідуалізація терапії з урахуванням коморбідності, можливих нейро-травматичних ушкоджень і соціально-психологічного контексту підвищує шанс на стійке одужання.

Отже, прояви ПТСР у учасників бойових дій багатовимірні й часто перебувають у взаємодії з особистісними, нейрофізіологічними та соціокультурними факторами. Рання і адекватна діагностика, комплексне лікування та системна підтримка зі сторони медичної служби й суспільних інституцій є ключовими для зменшення тривалості страждання, відновлення функціонування та зниження ризиків коморбідності й суїцидальної поведінки.

ПТСР у учасників бойових дій має свої специфічні особливості, обумовлені унікальними умовами військової служби та інтенсивністю травматичного досвіду. У таких осіб травматичні події часто носять повторюваний, тривалий та високої інтенсивності характер, включаючи обстріли, вибухи, втрату бойових товаришів, загрозу для життя та фізичну небезпеку. Ці обставини призводять до глибокого психологічного шоку, який формує стійкі патерни реагування та впливає на всі аспекти психоемоційного функціонування [3].

Клінічно ПТСР у військовослужбовців характеризується типовими симптомами повторного переживання травми, але вони можуть проявлятися більш інтенсивно і часто супроводжуються флешбеками, у яких відтворюється детальна сенсорна інформація: звуки вибухів, запахи гару, зорові образи полум'я або крові. Такі повторні переживання здатні викликати гострі фізіологічні реакції, включаючи прискорене серцебиття, потовиділення, тремор та панічні

атаки, що істотно порушує адаптацію до цивільного життя [7]. У багатьох випадках флешбеки можуть виникати не лише у відповідь на безпосередні тригери, а й на повсякденні подразники, що асоціюються з бойовим середовищем, такі як звук салюту, різкий шум або навіть запах бензину чи пороху [12].

Підвищена психофізіологічна збудливість у військовослужбовців проявляється у хронічній тривожності, дратівливості, труднощах із концентрацією уваги та порушеннях сну, що включають часті нічні пробудження, кошмари і безсоння. Ці симптоми підтримують стан постійної настороженості та гіперреактивності, що може призводити до імпульсивної поведінки, агресивних спалахів або надмірної обережності у соціальних контактах [16].

Уникання ситуацій, людей або предметів, пов'язаних із бойовим досвідом, також є характерною особливістю ПТСР у військових. Це може проявлятися як уникання розмов про службу, відмову від участі в громадських заходах або ізоляція від сім'ї та друзів. У багатьох випадках уникання супроводжується емоційним відчуженням, байдужістю до навколишнього світу та втратою інтересу до професійної або соціальної діяльності, що створює додаткові труднощі інтеграції в цивільне життя [5].

Когнітивні та емоційні зміни у ветеранів бойових дій включають стійке негативне сприйняття себе, світу та майбутнього, відчуття провини, сорому та безпорадності. Часто виникає явище “вини пережившого” (survivor guilt), коли особа відчуває себе винною за те, що вижила, на відміну від загиблих товаришів, що значно посилює депресивні симптоми та ризик самопошкоджувальної поведінки [9].

Соціально-психологічні аспекти ПТСР у учасників бойових дій включають труднощі у взаємодії з цивільним оточенням, непорозуміння з близькими, а також підвищену вразливість до вторинної травматизації. Відсутність підтримки, нерозуміння досвіду ветерана або стигматизація психічних розладів

можуть посилювати симптоми, формуючи замкнене коло, у якому постійне психоемоційне напруження закріплюється [18].

Крім того, сучасні дослідження підкреслюють значущість нейробиологічних змін у ветеранів: підвищена активність амігдали, зниження активності префронтальної кори та порушення роботи гіпокампу посилюють повторне переживання, гіперзбудливість і когнітивні дефіцити. Такі нейробиологічні порушення тісно взаємодіють з психологічними механізмами уникання та емоційної дисрегуляції, що формує стійкий патологічний патерн реагування на травму [14].

Важливим аспектом є також індивідуальна варіабельність проявів ПТСР у військових. Фактори ризику включають попередній досвід травм, низький рівень стресостійкості, недостатній емоційний інтелект, відсутність соціальної підтримки та тривалу експозицію до бойових умов. З іншого боку, наявність ефективних копінг-стратегій, психологічної підготовки та стабільної підтримки з боку команди або сім'ї може модулювати тяжкість симптомів та сприяти швидшому відновленню [2].

Усі ці особливості підкреслюють необхідність комплексного, мультидисциплінарного підходу до діагностики та лікування ПТСР у учасників бойових дій, що включає психотерапевтичні методи (когнітивно-поведінкова терапія, експозиційна терапія, психоедукація), медикаментозне лікування, нейропсихологічну оцінку та соціальну реабілітацію, з урахуванням індивідуальних, психологічних, нейробиологічних і соціокультурних факторів [7].

Прояв ПТСР в учасників бойових дій характеризується особливою складністю через поєднання інтенсивності травматичного досвіду, тривалості бойових операцій та специфіки військового середовища. Однією з ключових особливостей є наявність комплексного повторного переживання травми, яке включає не лише спогади та флешбеки, а й сенсорні й тілесні реакції, що активуються автоматично при будь-яких подразниках, що нагадують про бойові події. Часто повторне переживання супроводжується вегетативними

симптомами: тахікардією, підвищеним артеріальним тиском, підвищеною пітливістю, тремором, що ускладнює виконання повсякденних завдань навіть у безпечному середовищі [5].

Гіпервідповідність та постійна настороженість є ще однією характерною ознакою ПТСР у ветеранів. Військові, які пройшли через бойові дії, часто демонструють підвищену реактивність на будь-які несподівані стимули, у тому числі на звуки цивільного життя. Такий стан гіпервідповідності призводить до труднощів у концентрації уваги, порушень сну, емоційної нестабільності та підвищеної імпульсивності. В умовах цивільного життя ці симптоми часто розглядаються оточенням як “підвищена дратівливість” або “агресивність”, що додатково ускладнює соціальну адаптацію [12].

Емоційні та когнітивні зміни у учасників бойових дій включають стійке негативне сприйняття себе, світу та майбутнього, а також явище “вини пережившого” (survivor guilt). Ці когнітивні перекручення можуть призводити до депресивних симптомів, самозвинувачення, зниження самооцінки та виникнення ідеї власної непотрібності, що підвищує ризик суїцидальних тенденцій. У багатьох випадках виникає відчуття емоційної відчуженості та неможливості переживати позитивні емоції, що поглиблює соціальну ізоляцію [3].

Уникання і соціальна ізоляція є ще однією особливістю прояву ПТСР у військових. Вони часто уникають місць, розмов, людей або ситуацій, що асоціюються з бойовими подіями, що знижує їхню активність у повсякденному житті та поглиблює відчуття самотності. Така поведінка може проявлятися як відмова від професійної діяльності, ритуалів громадського життя, а також у складнощах у взаємодії з близькими та колегами [16].

Фізіологічні та нейробіологічні механізми ПТСР у ветеранів бойових дій включають підвищену активність амігдали, дисфункцію гіпокампу та недостатню регуляцію префронтальної кори. Це формує посилене реагування на загрозу, порушення процесів пам'яті та труднощі з когнітивною переоцінкою ситуацій. Додатково спостерігається дисрегуляція гіпоталамо-гіпофізарно-

надниркової осі та нейромедіаторних систем (серотонін, дофамін, норадреналін), що підсилює симптоми тривожності, агресії та депресії [9].

Коморбідність та ускладнення ПТСР у військових проявляється високою частотою супутніх депресивних розладів, розладів тривожного спектра, алкогольно-наркотичної залежності, порушень сну та психосоматичних розладів. Взаємодія цих станів створює складну клінічну картину, яка ускладнює діагностику та лікування [18].

Соціальні фактори, такі як відсутність підтримки сім'ї, незрозуміння цивільного оточення або стигматизація психічних розладів, можуть значно погіршувати перебіг ПТСР. Навпаки, наявність стабільної психологічної та соціальної підтримки, ефективні копінг-стратегії та підготовка до цивільного життя можуть зменшувати тяжкість симптомів і сприяти відновленню [14].

Таким чином, ПТСР у учасників бойових дій проявляється як складна взаємодія повторного переживання травми, гіпервідповідності, когнітивних і емоційних порушень, уникання та соціальної ізоляції, підтримуваних нейробіологічними дисфункціями та соціальними факторами. Комплексний підхід до діагностики та лікування, що включає психотерапевтичні методики, медикаментозну підтримку, соціальну реабілітацію та нейропсихологічну оцінку, є ключовим для відновлення психічного стану ветеранів та їх інтеграції в цивільне життя [20].

Прояв посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у учасників бойових дій є надзвичайно комплексним явищем, яке охоплює мультифакторні психофізіологічні, когнітивні, емоційні та соціальні зміни. Військові, що пережили бойові дії, часто зазнають повторюваного та тривалого травматичного стресу, що включає безпосередню загрозу життю, втрату товаришів по службі, спостереження жорстокості та насильства, а також постійне перебування у стані готовності до бойових дій. Така повторювана експозиція формує стійкі нейропсихологічні патерни, які проявляються як гіперзбудливість, надмірна реактивність на подразники та порушення регуляції емоцій [2].

Однією з характерних особливостей ПТСР у ветеранів є сенсорне і тілесне повторне переживання травми, або флешбеки, які можуть виникати навіть у безпечних умовах. У таких випадках людина буквально “переживає” травматичний досвід: відчуває запах гару, чути вибухи, відчуває біль чи тиск, характерний для бойової ситуації. Ці реакції супроводжуються активізацією автономної нервової системи, включаючи тахікардію, підвищене потовиділення, тремор, напруження м’язів і панічні симптоми [9]. Психологічно флешбеки провокують відчуття безпорадності та неконтрольованої загрози, що значно знижує здатність до адаптивної поведінки.

Гіперзбудливість і постійна настороженість – ще один виразний прояв ПТСР у військових. Такі особи демонструють підвищену реакцію на будь-які несподівані стимули, включаючи звуки цивільного середовища, раптові рухи, голоси. Це призводить до труднощів із концентрацією уваги, порушень сну, дратівливості, підвищеної агресивності та імпульсивності. Такі симптоми значно ускладнюють інтеграцію ветеранів у повсякденне життя та соціальні кола [16].

Когнітивні та емоційні зміни включають стійке негативне сприйняття себе, світу та майбутнього, високий рівень провини, сорому, почуття безпорадності та тривоги. Часто спостерігається феномен “вини пережившого” (survivor guilt), що виникає після загибелі бойових товаришів і може підсилювати депресивні симптоми, провокувати думки про самопошкодження або суїцидальні ідеї. Емоційна відчуженість та неможливість переживати позитивні емоції веде до соціальної ізоляції та зниження мотивації до участі в громадському чи професійному житті [3].

Унікальною особливістю ПТСР у ветеранів є поведінкове та соціальне уникання. Вони часто уникають людей, ситуацій або місць, які асоціюються з бойовим досвідом. Це може проявлятися у відмові від професійних обов’язків, участі у суспільному житті або навіть контактів із сім’єю. Уникання, разом із емоційною відчуженістю, створює замкнене коло соціальної ізоляції, що підтримує і посилює симптоматику [12].

На фізіологічному рівні у військових спостерігаються нейробіологічні дисфункції, які включають підвищену активність амігдали, зниження регуляторної функції префронтальної кори та дисфункцію гіпокампу. Це проявляється в посиленому страху, порушеннях пам'яті та труднощах когнітивного контролю над емоціями. Одночасно спостерігається дисрегуляція гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі та нейромедіаторних систем (серотонін, норадреналін, дофамін), що підсилює симптоми тривожності, агресії, депресії та порушення сну [14].

Коморбідність є ще однією особливістю прояву ПТСР у учасників бойових дій. Вона включає депресивні розлади, розлади тривожного спектра, алкогольну чи наркотичну залежність, порушення сну, психосоматичні симптоми. Такі супутні стани ускладнюють перебіг ПТСР, знижують ефективність лікування та підвищують ризик хронізації розладу [18].

Соціальні фактори відіграють ключову роль у підтримці або модулюванні ПТСР у ветеранів. Недостатня підтримка сім'ї, стигматизація психічних розладів, відсутність розуміння цивільного оточення або вторинна травматизація можуть значно погіршувати клінічну картину. На противагу цьому, ефективна соціальна підтримка, наявність психологічних ресурсів та навичок адаптації можуть пом'якшувати симптоми, прискорювати відновлення та сприяти успішній інтеграції у цивільне життя [7].

Таким чином, ПТСР у учасників бойових дій проявляється як складна взаємодія повторного переживання травми, гіперзбудливості, когнітивних і емоційних порушень, соціальної ізоляції та поведінкових стратегій уникання, підтримуваних нейробіологічними дисфункціями та соціально-культурними факторами. Ця складність підкреслює необхідність інтегрованого мультидисциплінарного підходу до діагностики, лікування та реабілітації, який включає психотерапію, медикаментозне лікування, нейропсихологічну оцінку та соціальну підтримку [20].

Учасники бойових дій піддаються інтенсивним і тривалим травматичним впливам, які часто мають повторюваний характер та включають екстремальні

загрози для життя, фізичне насильство, втрату товаришів та участь у жорстоких конфліктах. Тривала експозиція до бойових умов формує стійкі патологічні патерни реагування, що проявляються як комплекс симптомів ПТСР. Однією з ключових характеристик є повторне переживання травматичних подій. Флешбеки у ветеранів бойових дій відрізняються високою деталізацією сенсорних компонентів: вони включають відтворення зорових образів вибухів, палаючих будівель, крові та тілесних ушкоджень, а також аудіальні і тактильні компоненти. Такі флешбеки можуть виникати як у відповідь на тригери, які прямо асоціюються з бойовим досвідом, так і на нейтральні подразники, що нагадують про події війни. Це провокує активацію вегетативної нервової системи, що проявляється тахікардією, гіпертензією, підвищеним потовиділенням, тремором та гострим страхом [5].

Гіперзбудливість та постійна настороженість є надзвичайно поширеними серед ветеранів. Вони демонструють підвищену реактивність на будь-які несподівані звуки, рухи або зміни оточення, що є залишком бойової готовності. Такий стан викликає труднощі у концентрації уваги, порушення сну, дратівливість, імпульсивну або агресивну поведінку, що значно ускладнює інтеграцію в цивільне життя [12]. Крім того, гіперзбудливість підсилює унікальний когнітивний патерн — постійне очікування загрози, що супроводжується надмірною тривогою, панічними реакціями та труднощами у прийнятті рішень.

Когнітивні порушення включають стійке негативне сприйняття себе та світу, підвищену самокритику та почуття провини, що особливо проявляється у ветеранів у вигляді “вини пережившого” (survivor guilt). Цей феномен, характерний для тих, хто вижив у бойових умовах, посилює депресивні симптоми, призводить до самозвинувачення та підвищує ризик суїцидальної поведінки. Поширеними є також порушення пам’яті, концентрації та виконавчих функцій, які впливають на здатність планувати, приймати рішення та адекватно оцінювати ризики у цивільному житті [9].

Емоційна сфера ветеранів характеризується емоційною відчуженістю, зниженням здатності переживати позитивні емоції, швидкою зміною настрою та високою дратівливістю. Це проявляється у труднощах побудови стосунків із сім'єю та колегами, а також у втраті інтересу до колишніх захоплень та соціальної активності. Така емоційна дисрегуляція підтримує соціальну ізоляцію, яка поглиблює прояви ПТСР [16].

Уникання та соціальна ізоляція проявляються у відмові від контактів із людьми, униканні ситуацій, що нагадують про бойові дії, а також у зниженні активності у професійному та громадському житті. Це підтримує патологічні патерни мислення, посилює почуття самотності та внутрішньої відчуженості [3].

На фізіологічному рівні спостерігається нейробиологічна дисфункція, що включає підвищену активність амігдали, дисфункцію префронтальної кори та порушення роботи гіпокампу. Такі зміни формують патологічну реакцію на загрозу, порушення пам'яті, а також дефіцити когнітивного контролю над емоціями. Крім того, дисрегуляція гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі та нейромедіаторних систем (серотонін, норадреналін, дофамін) посилює тривогу, депресію, агресивність та порушення сну [14].

Коморбідні розлади значною мірою ускладнюють перебіг ПТСР у ветеранів. Серед них — депресія, тривожні розлади, алкогольно-наркотична залежність, порушення сну та психосоматичні симптоми. Взаємодія цих станів створює складну клінічну картину та погіршує ефективність лікування [18].

Соціальні фактори відіграють ключову роль у підтримці або модулюванні симптомів. Відсутність підтримки з боку сім'ї, стигматизація психічних розладів та нерозуміння цивільного оточення поглиблюють симптоматику, тоді як ефективна психологічна та соціальна підтримка, наявність навичок адаптації та інтеграційних програм можуть пом'якшувати прояви ПТСР, сприяти відновленню психічного стану та адаптації до цивільного життя [20].

Комплексність проявів ПТСР у учасників бойових дій включає повторне переживання травми, гіперзбудливість, когнітивні та емоційні порушення, уникання, соціальну ізоляцію, нейробиологічні та фізіологічні зміни,

коморбідність та вплив соціальних чинників. Це підкреслює необхідність інтегрованого мультидисциплінарного підходу, що включає психотерапію, медикаментозне лікування, нейропсихологічну оцінку, психоедукацію та соціальну підтримку для відновлення психічного здоров'я та адаптації ветеранів у цивільному житті [7].

## **2.2. Методика дослідження проявів посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій**

У дослідженні взяло участь 40 випробуваних (5 жінок і 35 чоловіків) віком від 25 до 40 років, які є учасниками бойових дій. Всі учасники мали різний стаж військової служби – від 3 до 15 років, що дозволило охопити як відносно недавніх новобранців, так і досвідчених військовослужбовців із багаторічним досвідом участі у бойових операціях. Тривалість перебування у бойових умовах коливалася від кількох місяців до декількох років безперервного залучення до військових дій, що створює різний рівень психологічного навантаження та потенційного розвитку посттравматичного стресового розладу.

Щодо сімейного стану, серед учасників були як одружені (понад 60 %), так і неодружені особи, а також ті, хто мав дітей, що дозволяє враховувати соціально-економічні та сімейні фактори, які можуть впливати на адаптацію після бойового досвіду. Гендерна структура (переважання чоловіків) відображає типову демографічну характеристику військових формувань, однак включення жінок дозволяє дослідити можливі відмінності у психологічних реакціях на бойовий досвід.

Вибір вікової групи 25–40 років зумовлений тим, що цей період охоплює дорослий етап життя, коли особи зазвичай мають сформовані професійні та соціальні навички, а також певний досвід адаптації до стресових ситуацій. Це дозволяє оцінити вплив бойового досвіду на психічний стан без значного впливу вікових змін, які могли б спотворити рівень стресостійкості або прояви психопатології.

Додатково збір інформації щодо стажу служби, сімейного стану та тривалості перебування в бойових умовах дозволяє виявити кореляції між особистісними характеристиками, соціальною підтримкою та рівнем проявів посттравматичного стресового розладу, що робить дослідження більш комплексним та емпірично обґрунтованим.

Вибірка характеризувалася різноманітністю за військовим стажем: включсає як відносно нещодавніх учасників бойових операцій, так і осіб із кількарічним досвідом служби, а також різним сімейним станом, що давало можливість враховувати соціальні та особистісні чинники, які можуть модулювати прояви ПТСР. Додатково, такий віковий інтервал забезпечує баланс між молодшими військовослужбовцями, які можуть мати менший життєвий досвід, та більш дорослими респондентами, для яких характерна більша стабільність особистісних та соціальних ресурсів, що може впливати на рівень стресостійкості та адаптаційні механізми.

Основною метою дослідження було визначення рівня проявів ПТСР у учасників бойових дій, а також вивчення супутніх психологічних проявів, зокрема депресивних та тривожних симптомів, що часто супроводжують посттравматичний стрес. Така структура вибірки дозволяє отримати комплексне уявлення про психоемоційний стан респондентів та проводити аналіз взаємозв'язку між демографічними, соціальними та професійними характеристиками і проявами психологічного дискомфорту, що є важливим для подальшого розвитку заходів психологічної підтримки та реабілітації учасників бойових дій.

Для досягнення поставленої мети використовувались такі методики:

1. **Шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory, BDI).** Шкала депресії Бека є психометричним інструментом, що широко застосовується для оцінки інтенсивності депресивних симптомів. Вона дозволяє визначити рівень депресії за 21 пунктом, кожен з яких оцінюється за чотирибальною шкалою від 0 до 3 балів. В дослідженні використання цієї методики дозволило об'єктивно оцінити наявність і ступінь депресивних проявів в учасників бойових дій, що є

важливим компонентом психічного здоров'я та потенційним фактором у розвитку ПТСР (додаток А).

2. **Опитувальник тривожності Спілбергера-Ханіна.** Методика Спілберга-Ханіна дозволяє визначити два види тривожності: як тимчасовий стан (реактивну тривожність) та як стабільну рису особистості (особистісну тривожність). Вона складається з двох підшкал, кожна з яких містить 20 питань, що оцінюються за чотирибальною шкалою. У рамках дослідження застосування цієї шкали дозволило оцінити рівень тривожності респондентів, що може корелювати з проявами ПТСР та загальним психологічним станом (додаток Б).

3. **Місісіпська шкала для учасників бойових дій (Mississippi Scale for Combat-Related PTSD).** Дана методика призначена для виявлення симптомів ПТСР у військовослужбовців та осіб, які брали участь у бойових діях. Шкала включає питання, що охоплюють різні аспекти психоемоційного стану: повторне переживання травматичних подій, уникнення ситуацій, що нагадують про травму, підвищену збудливість і порушення сну. Використання Місісіпської шкали дозволило об'єктивно оцінити наявність і ступінь ПТСР у респондентів (додаток В).

4. **Авторська анкета для збору демографічних та професійних даних** (додаток Г). Для отримання додаткової інформації про учасників дослідження була розроблена коротка анкета, що включає 5 питань. Її завдання полягало у зборі базових даних про респондента: вік, сімейний стан, стаж військової служби, тривалість участі в бойових діях та наявність поранень, що можуть впливати на психологічний стан, без включення потенційно травматичних або тригерних питань. Це дозволило встановити демографічний та соціальний контекст, який важливий для інтерпретації результатів основних психометричних методик.

Таким чином, комплексне застосування зазначених методик забезпечувало всебічну оцінку психологічного стану учасників бойових дій, дозволяло визначити рівень проявів ПТСР, депресії та тривожності, а також врахувати

демографічні й професійні фактори, що могли впливати на результати дослідження.

### 2.3. Аналіз результатів емпіричного дослідження

Для виявлення рівня депресивних симптомів у учасників бойових дій було використано Шкалу депресії Бека (Beck Depression Inventory, BDI). Ця методика дозволяє об'єктивно оцінити інтенсивність депресивних проявів за 21 пунктом, кожен із яких оцінюється за чотирибальною шкалою (0–3 бали). Використання даної методики було обґрунтоване тим, що депресивні симптоми часто супроводжують посттравматичний стрес і можуть впливати на загальний психоемоційний стан респондента, його працездатність та соціальну адаптацію. Методика дозволяє розподілити респондентів за рівнями депресії: від відсутності до тяжкої, що дає змогу систематизувати результати та провести подальший статистичний аналіз.

Як видно з даних рисунку 2.1, відсутність депресивних симптомів виявлено у 20 % досліджуваних, що може свідчити про високий рівень психоемоційної стійкості, ефективні механізми саморегуляції або наявність

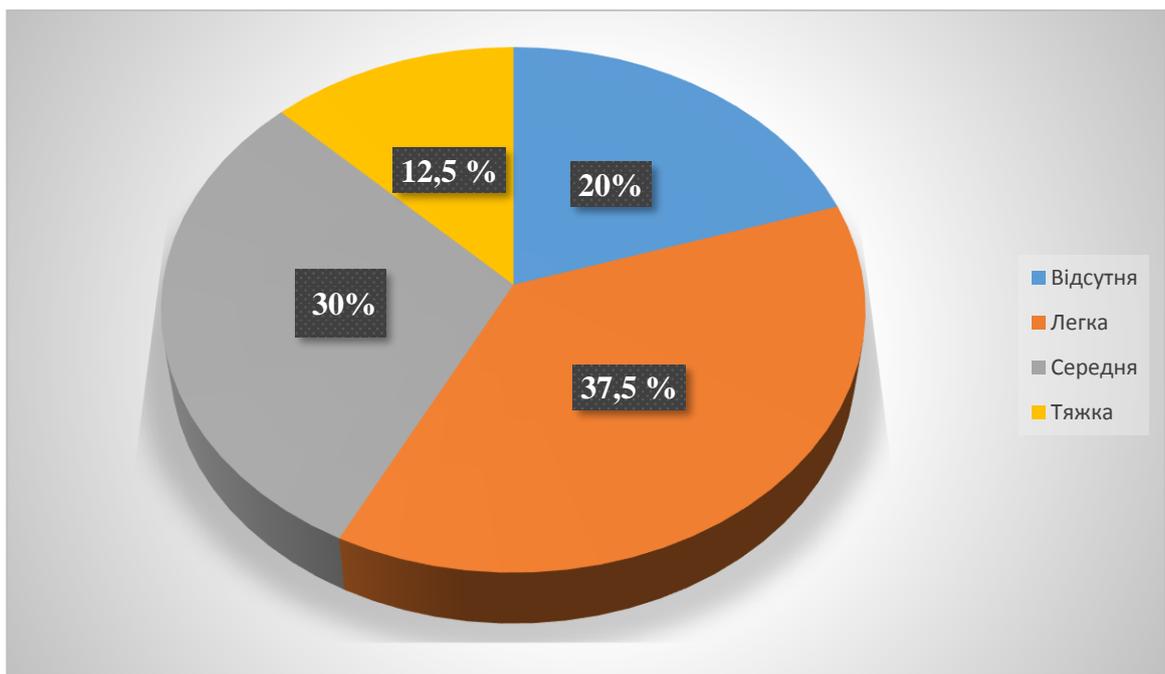


Рис. 2.1. Розподіл респондентів за рівнем депресії за шкалою Бека (n=40)

підтримуючого соціального оточення. Більшість випробуваних демонструють легку та середню ступінь депресії, що свідчить про наявність помірною рівня депресивних проявів у даній групі респондентів: 37,5% респондентів віднесені до категорії з легкою депресією, а 30% – до середньої, що може вказувати на постійний психоемоційний стрес, пов'язаний із досвідом бойових дій. Середня та легка ступені депресії у більшості респондентів вказують на необхідність подальшого психологічного супроводу, психопрофілактики та, при потребі, спеціалізованого втручання для запобігання загостренню симптомів.

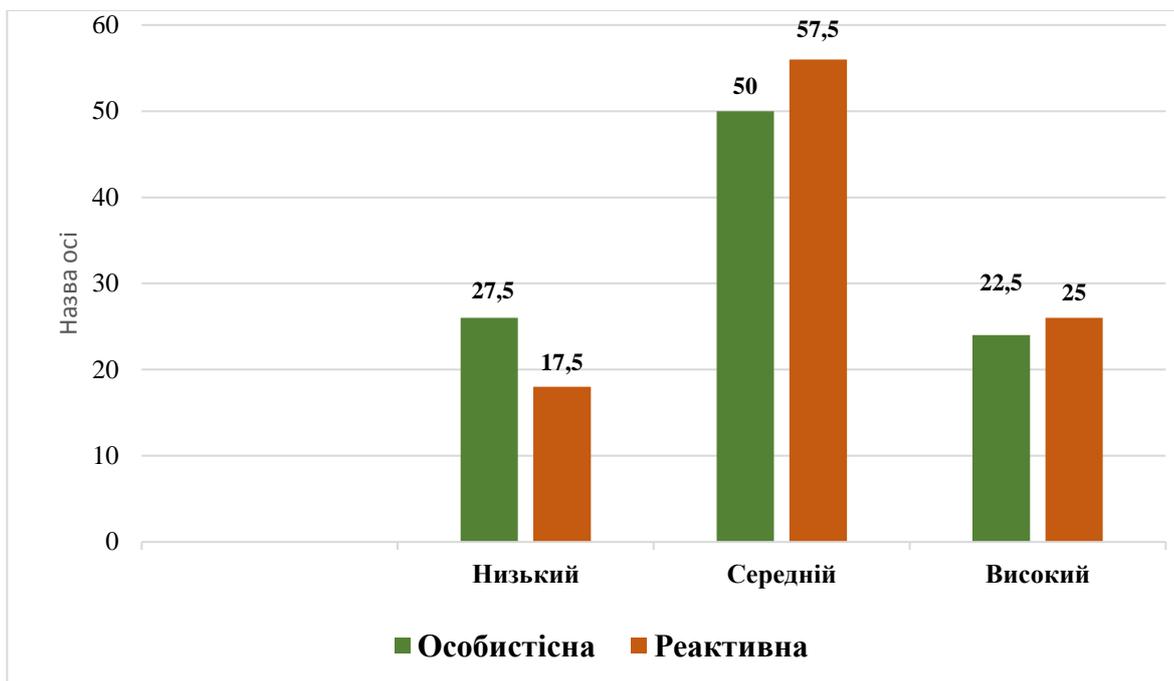
Лише 12,5 % респондентів показали тяжку депресію, що потребує особливої уваги з боку психологів та медичних фахівців.

Отримані результати демонструють, що депресивні симптоми є поширеними серед учасників бойових дій, але їх прояви мають різну інтенсивність. Ця інформація є важливою для подальшого комплексного аналізу психологічного стану респондентів та планування психологічної підтримки, орієнтованої на зниження депресивних проявів і підвищення загальної психоемоційної стійкості.

Для оцінки рівня тривожності у учасників бойових дій було використано Шкалу тривожності Спілбергера-Ханіна. Ця методика дозволяє визначити два аспекти тривожності: реактивну тривожність (тривожність як стан) – тимчасову реакцію на поточну ситуацію, та особистісну тривожність – стабільну особистісну характеристику, що відображає схильність людини до тривожних переживань у різних життєвих ситуаціях. Кожна підшкала містить 20 питань із чотирибальною системою оцінювання (від 1 до 4 балів). Використання даної методики було обґрунтоване тим, що підвищена тривожність часто супроводжує ПТСР, впливає на емоційну регуляцію, когнітивні функції та соціальну адаптацію учасників бойових дій.

З отриманих даних видно (рис. 2.2), що більшість респондентів демонструють середній рівень особистісної та реактивної тривожності (50 % та

57,5 % відповідно), що відображає помірний психоемоційний дискомфорт та наявність типових реакцій на стресові фактори, пов'язані з бойовим досвідом.



**Рис. 2.2. Результати за методикою Спілбергера-Ханіна (n=40)**

Низький рівень особистісної тривожності спостерігаються у 27,5 % досліджуваних, що може вказувати на наявність ефективних психологічних ресурсів або високого рівня адаптаційних механізмів. Високий рівень особистісної тривожності виявлено у 22,5 % респондентів, що свідчить про схильність до підвищеного хвилювання, тривоги не залежно від ситуації, в якій вони перебувають. Навіть незначні стресові ситуації викликають тривогу у цієї категорії досліджуваних.

Якщо аналізувати показники за шкалою реактивної тривожності, можна спостерігати, що низький рівень ситуативної тривожності виявлено у 17,5 % досліджуваних, а високий – у 25 %, що свідчить про те, що ситуації, в яких зараз перебувають учасники бойових дій, зумовлюють виникнення у них тривожності.

Загалом, результати демонструють, що тривожність (як особистісна, так і реактивна) є поширеним явищем серед учасників бойових дій і варіює від середнього до високого рівня. Ці дані є важливими для подальшого аналізу взаємозв'язку між тривожністю, депресією та проявами ПТСР, а також для

планування психологічних втручань, спрямованих на зниження рівня тривожності та покращення психоемоційного стану респондентів.

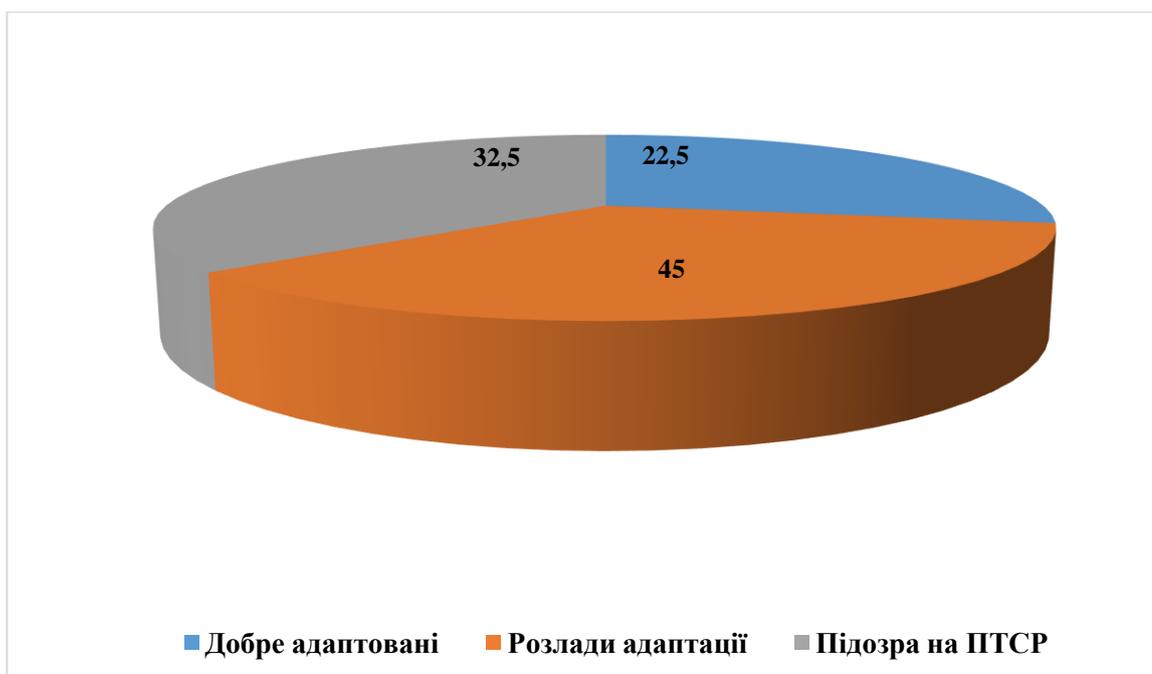
Для оцінювання рівня психологічної травмованості та можливих проявів посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців було використано Міссісіпську шкалу оцінювання посттравматичного стресового розладу для військових та ветеранів бойових дій (Mississippi Scale for Combat-Related PTSD). Методика спрямована на комплексне вимірювання інтенсивності симптоматики, пов'язаної з бойовим досвідом, та включає такі ключові прояви, як нав'язливі спогади, уникання тригерних ситуацій, емоційне оціпеніння, гіперзбудливість, порушення сну, відчуття провини та соціальна дезадаптація.

Оцінювання результатів здійснювалось відповідно до оригінальної системи підрахунку, де визначено три рівні адаптації:

- $\leq 76$  балів — добре адаптовані;
- 77–97 балів — розлади адаптації;
- $\geq 98$  балів — підозра на ПТСР.

Результати дослідження свідчать, що найчисельнішу групу становлять військовослужбовці з розладами адаптації – 45% респондентів. Це означає, що у значної частини опитаних наявні порушення психоемоційного функціонування, які проявляються у вигляді періодичних нав'язливих спогадів, емоційної нестабільності, епізодів тривоги, зниження якості сну та труднощів у соціальній комунікації. Такі прояви не досягають клінічного рівня ПТСР, однак вказують на психологічну вразливість і потребують цілеспрямованих профілактичних заходів.

Близько третини респондентів (32,5%) продемонстрували показники, що відповідають рівню «підозра на ПТСР». Це свідчить про виражену посттравматичну симптоматику, яка включає інтенсивні нав'язливі спогади, часті кошмари, значне уникання тригерів, підвищену збудливість, панічні реакції на раптові звуки, тривалу емоційну напруженість та відчуття провини за те, що залишився живим. У таких випадках рекомендовано проведення розширеної психодіагностики, залучення психотерапевта, а при потребі – психіатра.



**Рис. 2.3. Розподіл респондентів за рівнем прояву ПТСР за Міссіпською шкалою (n=40)**

Разом з тим, 22,5 % опитаних виявилися добре адаптованими, демонструючи збережену здатність до емоційної регуляції, стабільний сон, задовільний рівень соціальних контактів та відсутність клінічно значущих проявів травматичного досвіду. Це може бути пов'язано з більш ефективними копінг-стратегіями, меншою тривалістю перебування у бойових умовах або наявністю сильного соціального та сімейного ресурсу.

Отримані результати підтверджують, що значна частина військовослужбовців переживає різний ступінь посттравматичної симптоматики – від легких проявів дезадаптації до високих ризиків формування ПТСР. Такий розподіл демонструє актуальність системної психологічної підтримки, регулярного моніторингу психічного стану учасників бойових дій та створення доступних програм реабілітації. Дані Міссіпської шкали дозволяють не лише оцінити поточний рівень травматизації, а й спланувати подальші корекційні та реабілітаційні заходи, орієнтовані на зниження симптомів та підвищення рівня адаптації.

Для отримання додаткової інформації про демографічні та соціальні характеристики респондентів була використана авторська анкета, яка складалася

з 5 питань. Основною метою анкети було зібрати відомості про вік, сімейний стан, військовий стаж, тривалість участі в бойових діях та інші фактори, які можуть впливати на психоемоційний стан респондентів. Важливо, що анкета була розроблена таким чином, щоб уникнути потенційно травматичних або тригерних питань, що дозволяло проводити дослідження етично та безпечно для учасників.

Таблиця 2.1

### Виявлені характеристики досліджуваних за авторською анкетною (n=40)

Параметр	Категорія	Кількість респондентів	Відсоток (%)
Вік	25–30 років	12	30
	31–35 років	14	35
	36–40 років	14	35
Сімейний стан	Одружений/Заміжня	24	60
	Не одружений/Не заміжня	16	40
Тривалість участі в бойових діях	Менше 6 місяців	5	12,5
	6–12 місяців	10	25
	1–2 роки	15	37,5
	Більше 2 років	10	25
Військовий стаж	Менше 3 років	8	20
	3–7 років	15	37,5
	8–12 років	10	25
	Більше 12 років	7	17,5
Наявність поранення	Було поранення	40	100
	Не було поранення	-	-

Аналіз анкетних даних дозволяє простежити, що більшість учасників дослідження знаходяться у віковому діапазоні 31–40 років (70 % респондентів), що відповідає дорослому періоду життя, коли особи зазвичай мають сформовані життєві та професійні навички, а також певний рівень соціальної відповідальності. Такий розподіл віку є важливим для оцінки психоемоційного стану, оскільки в цей період психічна стійкість може істотно впливати на прояви ПТСР, депресії та тривожності.

Щодо сімейного стану, 60 % респондентів були одружені або заміжні, що може свідчити про наявність підтримуючого соціального оточення, здатного зменшувати негативний вплив стресових факторів. У той же час, 40 % не мали

сім'ї, що може бути чинником підвищеного ризику розвитку емоційного дискомфорту та тривожності.

Тривалість участі в бойових діях варіювалася від менше ніж 6 місяців до понад 2 років. Найбільшу групу становили респонденти з досвідом 1–2 роки (37,5 %), що дозволяє припустити наявність стійкого впливу бойових стресорів на психоемоційний стан без критичного перевантаження, яке може виникати при тривалому безперервному перебуванні у бойових умовах.

Щодо військового стажу, найбільша частка респондентів мала стаж 3–7 років (37,5%), що свідчить про достатній досвід служби, який формує як професійні навички, так і механізми психологічної адаптації. При цьому 17,5 % учасників мали стаж понад 12 років, що може свідчити про високий рівень професійного досвіду, але й підвищене навантаження на психіку через довготривале перебування в умовах бойової діяльності.

Таким чином, власна анкета дозволила отримати комплексну картину соціально-демографічних та професійних характеристик респондентів, що є важливим для інтерпретації результатів основних психометричних методик та для оцінки взаємозв'язку між демографічними факторами і психоемоційним станом учасників бойових дій.

Для більш глибокого дослідження взаємозв'язків між демографічними характеристиками респондентів та результатами психометричних методик було застосовано кореляційний аналіз за Пірсоном ( $r$ ). Цей метод дозволяє виявити наявність та силу лінійного зв'язку між кількісними показниками (вік, тривалість участі в бойових діях, військовий стаж) та рівнем ПТСР, рівнем депресії, особистісною та реактивною тривожністю (таблиця 2.2).

Проведений кореляційний аналіз дозволяє здійснити всебічну оцінку взаємозв'язків між демографічними характеристиками учасників бойових дій та їх психоемоційним станом, визначаючи фактори, що можуть виступати як ризиками, так і ресурсами психічної стійкості. Аналіз даних за допомогою коефіцієнта Пірсона ( $r$ ) дав змогу не лише виявити наявність лінійних зв'язків, а й оцінити їхню силу та статистичну значущість ( $p$ ), що є критично важливим для

розуміння закономірностей формування депресивних, тривожних та посттравматичних проявів у ветеранів бойових дій. Встановлено, що вік респондентів демонструє слабкий позитивний зв'язок із рівнем депресії та проявами ПТСР, що свідчить про тенденцію до помірного підвищення психоемоційного навантаження із зростанням віку, ймовірно, через накопичення життєвого досвіду, підвищення відповідальності та усвідомлення наслідків бойових ситуацій.

Таблиця 2.2

**Матриця кореляційного аналізу показників ПТСР та виявлених соціальних та демографічних характеристик (n=40)**

Показник	Вік	Сімейний стан	Військовий стаж	Участь у бойових діях	Поранення	Депресія	Особ. тривожність	Ситуат. тривожність	ПТСР
ПТСР	0,254*	-0,277*	0,254*	0,354**	0,433	0,674**	0,543*	0,722**	1
Депресія	0,125	-0,212*	0,153	0,315**	0,352	1	0,552*	0,564**	0,674**
Особ. тривожн.	-	-	-	0,112	0,171	0,552*	1	0,474**	0,543*
Ситуат. тривожн.	0,112	-0,112	0,175	0,322**	0,357	0,564**	0,474**	1	0,722**

Сімейний стан учасників бойових дій показав захисний ефект щодо проявів депресії та ПТСР, підтверджуючи значущість соціальної підтримки для адаптації після травмуючого досвіду. Одружені респонденти продемонстрували нижчі значення показників депресії та ПТСР порівняно з неодруженими, що вказує на роль емоційного супроводу близьких, стабільності соціального оточення та почуття приналежності у процесі психоемоційної регуляції. Зв'язок сімейного стану з тривожністю був слабким та статистично незначущим.

Особливу увагу привертає тривалість участі у бойових діях, яка виявилася потужним предиктором проявів усіх трьох психоемоційних показників. Сильна позитивна кореляція між тривалістю перебування в бойових умовах і ПТСР

свідчить про прямий вплив інтенсивного та тривалого контакту з бойовими стресорами на формування симптомів посттравматичного стресу, таких як повторне переживання травмуючих подій, підвищена збудливість, порушення сну та емоційна нестабільність. Подібна тенденція спостерігається щодо депресивних проявів та тривожності, що підкреслює комплексний характер психоемоційного навантаження у військових умовах, коли тривалість участі в бойових діях стає ключовим чинником ризику.

Військовий стаж також показав помірний позитивний зв'язок із депресією та ПТСР, що свідчить про накопичувальне навантаження бойового досвіду на психіку респондентів. Це підтверджує концепцію, що тривалий професійний досвід у військовій сфері підвищує вразливість до психоемоційних порушень через постійне впливання на особистість стресових та потенційно травмуючих подій. Зв'язок військового стажу з тривожністю був слабким і не досяг статистичної значущості, що може свідчити про те, що тривожні реакції більше залежать від індивідуальних особистісних рис, ніж від тривалості служби.

Стать респондентів не показала статистично значущого зв'язку з жодним із психоемоційних показників, що вказує на подібність психоемоційних реакцій чоловіків і жінок у цій групі ветеранів. Це підтверджує сучасні дослідження, що гендерні відмінності у відповідях на бойовий стрес у зрілих дорослих часто нівелюються професійним та екстремальним характером діяльності, де домінує вплив ситуаційного стресу над соціально-демографічними факторами.

Наявність бойових поранень виявилася додатковим значущим чинником ризику. Позитивні кореляції з усіма психоемоційними показниками, зокрема сильний зв'язок із ПТСР, свідчать про те, що фізичні травми не лише посилюють психоемоційне навантаження, а й можуть виступати тригером для активації травматичних спогадів та повторного переживання подій. Це підкреслює необхідність комплексного підходу до реабілітації ветеранів, який включає одночасно медичну допомогу та психологічну підтримку, спрямовану на стабілізацію психоемоційного стану та підвищення стійкості до стресових чинників.

Кореляційний аналіз також демонструє, що психоемоційні показники між собою тісно пов'язані, що підтверджує концепцію коморбідності депресії, тривожності та ПТСР у військових популяціях. Так, депресія має помірно сильний зв'язок із особистісною та реактивною тривожністю, а також з рівнем ПТСР. Тривожність (як особистісна, так і реактивна), у свою чергу, також корелює із проявами ПТСР що підтверджує значущість емоційної дисрегуляції у формуванні психоемоційного дисбалансу.

Загалом результати аналізу демонструють, що ключовими предикторами психоемоційного стану ветеранів бойових дій виступають тривалість участі в бойових діях, військовий стаж та наявність фізичних травм, тоді як демографічні характеристики, такі як вік та сімейний стан, мають помірний, опосередкований вплив. Стать респондентів не відіграє значної ролі у формуванні психоемоційних проявів, що дозволяє зосередити профілактичні та реабілітаційні заходи на індивідуальних характеристиках бойового досвіду та соціальній підтримці, а не на гендерних відмінностях.

Ці дані підтверджують важливість комплексного, багаторівневого підходу до психологічної підтримки ветеранів, який передбачає оцінку як демографічних, так і бойових чинників, а також інтеграцію методів психотерапії, соціальної підтримки та медичної реабілітації для зниження ризику розвитку депресії, тривожності та ПТСР. Матриця кореляцій Пірсона демонструє структуровані взаємозв'язки між усіма змінними, що дозволяє виділити найбільш значущі чинники і спрямувати подальші наукові та практичні дослідження на ефективні методи психоемоційної підтримки ветеранів бойових дій.

Загалом, результати кореляційного аналізу дозволяють зробити висновок, що ключовими предикторами проявів депресії, тривожності та ПТСР серед учасників бойових дій є тривалість бойових операцій, військовий стаж та наявність фізичних травм. Ці дані підкреслюють необхідність індивідуалізованого підходу до психологічного супроводу ветеранів, зокрема

врахування демографічних, соціальних та професійних характеристик у програмі психопрофілактики та реабілітації.

Висновки також підтверджують важливість комплексного аналізу взаємозв'язку між депресією, тривожністю та проявами ПТСР для планування цільових психологічних втручань, спрямованих на зниження рівня психоемоційного навантаження та підвищення адаптаційних ресурсів ветеранів.

## **РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА УЧАСНИКАМ БОЙОВИХ ДІЙ**

### **3.1. Основні напрямки психологічної допомоги учасникам бойових дій**

Психологічна допомога учасникам бойових дій є комплексною сферою, спрямованою на відновлення психічного здоров'я, адаптацію до цивільного життя та запобігання розвитку психотравмуючих станів. Основним напрямком такої допомоги виступає психокорекційна робота, яка передбачає застосування психотерапевтичних методів для зменшення симптомів посттравматичного стресового розладу, тривожності, депресивних станів та інших психологічних порушень. У межах психокорекції використовуються індивідуальні та групові психотерапевтичні сеанси, включно з когнітивно-поведінковою терапією, арт-терапією, психодрамою, що дозволяє відновлювати емоційну стабільність та покращувати механізми саморегуляції.

Не менш важливим напрямком є психопрофілактична діяльність, яка спрямована на запобігання розвитку хронічного стресу, емоційного вигорання та агресивної поведінки. Це включає навчання навичкам стресостійкості, технікам релаксації, медитації, а також формування позитивних когнітивних установок щодо власного життя та соціального оточення. Психопрофілактична робота сприяє підвищенню здатності учасників бойових дій адаптуватися до змінюваних життєвих умов і зменшує ризик соціальної ізоляції [4].

Соціально-психологічна підтримка учасників бойових дій передбачає інтеграцію особистості в соціум після повернення з активної служби. Цей напрямок включає консультування щодо налагодження міжособистісних стосунків, допомогу в професійній та соціальній адаптації, супровід у процесі працевлаштування та навчання. Важливим аспектом є створення умов для розвитку соціальної активності, підтримка сімейних зв'язків і взаємодії з однодумцями через участь у спільнотах ветеранів та громадських організаціях.

Психологічна реабілітація учасників бойових дій також передбачає фізичне і психоемоційне відновлення через інтегративні підходи, що поєднують психотерапію з фізичною активністю, арт-терапією та робототерапією. Крім того, значну роль відіграє консультування родичів і близького оточення учасників бойових дій, що сприяє формуванню підтримуючого середовища та підвищує ефективність комплексної допомоги.

Таким чином, психологічна допомога учасникам бойових дій є багаторівневою системою заходів, що включає психокорекцію, психопрофілактику, соціально-психологічну підтримку та інтегративну реабілітацію. Кожен із цих напрямків взаємопов'язаний і спрямований на комплексне відновлення психічного здоров'я, адаптації до соціального середовища та підвищення загальної якості життя учасників бойових дій.

Психологічна допомога учасникам бойових дій охоплює також кризову інтервенцію, спрямовану на надання екстреної підтримки в періоди гострих психотравмуючих подій. Така допомога передбачає швидке реагування на прояви панічних атак, дезорганізації поведінки, інтенсивного страху або агресії, а також використання методів стабілізації емоційного стану, включно з психоедукацією, техніками дихання, заземлення та структурованого моделювання ситуацій. Кризова інтервенція має на меті мінімізувати негативні наслідки травми та створити передумови для подальшої тривалої психокорекційної роботи [2].

Важливим напрямком є психоосвітня діяльність, що забезпечує формування у учасників бойових дій знань про психічне здоров'я, ознаки стресових розладів, методи самопідтримки та ресурси для професійної допомоги. Психоосвіта сприяє підвищенню усвідомленості щодо власних емоційних та поведінкових реакцій, розвитку компетентності у самостійній регуляції психічного стану та зменшенню стигматизації психологічних проблем. Через просвітницьку роботу формується культура психологічної обізнаності, що покращує готовність учасників бойових дій звертатися за допомогою та ефективно взаємодіяти з психологами та соціальними працівниками.

Сучасні підходи до психологічної підтримки включають також використання цифрових технологій, онлайн-консультування та мобільних додатків для самоконтролю емоцій і моніторингу психічного стану. Це дозволяє забезпечити доступність допомоги у будь-який час, зменшити бар'єри у зверненні та підвищити ефективність підтримки за рахунок інтеграції дистанційних і очних форм роботи.

Не можна оминати значення сімейної терапії та консультування близьких, що сприяє відновленню комунікативних зв'язків, зміцненню соціальної підтримки та зниженню ризику конфліктів у родині. Учасники бойових дій часто стикаються з труднощами у взаєморозумінні з близькими, і цілісна робота з родиною допомагає створити стабільне і підтримуюче середовище, необхідне для ефективної соціальної та психологічної адаптації.

Отже, психологічна допомога учасникам бойових дій передбачає системну, багаторівневу і комплексну діяльність, яка поєднує кризове реагування, психокорекцію, психопрофілактику, психоосвітню роботу, соціально-психологічну підтримку та інтегративну реабілітацію. Такий підхід забезпечує всебічне відновлення психічного здоров'я, сприяє адаптації до цивільного життя, зміцненню соціальних зв'язків і підвищенню якості життя учасників бойових дій у довгостроковій перспективі.

Психологічна допомога учасникам бойових дій також передбачає впровадження програм післятравматичної реабілітації, що спрямовані на системне відновлення когнітивних, емоційних та соціальних функцій особистості. Такі програми включають етапи оцінки психологічного стану, індивідуального та групового консультування, а також спеціалізовані тренінги розвитку навичок саморегуляції, управління стресом та вирішення конфліктів. Особлива увага приділяється відновленню психосоматичного балансу, оскільки тривала експозиція бойових стресів часто супроводжується соматичними розладами та порушеннями сну.

Сучасні підходи акцентують на інтеграції психотерапевтичних і соціально-реабілітаційних заходів, що дозволяє одночасно впливати на психічне здоров'я

та соціальну адаптацію. Використання арт-терапевтичних технік, фізичних ігрових та рухових практик, а також елементарних форм роботи з тілесною пам'яттю допомагає учасникам бойових дій відновити внутрішню гармонію, підвищити емоційну стійкість і відчутти контроль над власними реакціями [11].

Не менш важливим компонентом є психологічна підтримка в процесі професійної та освітньої адаптації. Повернення до цивільного життя часто супроводжується труднощами у пошуку роботи, зміною соціальних ролей і відновленням навичок міжособистісної взаємодії. Консультування в цьому напрямку включає коучинг щодо визначення професійних цілей, розвиток навичок ефективної комунікації та управління конфліктами, а також формування стратегії особистісного розвитку.

Особлива увага приділяється також формуванню внутрішніх ресурсів учасників бойових дій через розвиток особистісних компетентностей, таких як стресостійкість, емоційний інтелект, саморефлексія та уміння адаптуватися до змін. Психологічні тренінги та програмні заняття спрямовані на відновлення відчуття власної значущості, зміцнення самоповаги та впевненості у власних силах, що є важливим фактором подолання психотравмуючих наслідків бойового досвіду.

Таким чином, психологічна допомога учасникам бойових дій реалізується через комплекс взаємопов'язаних заходів, що охоплюють психокорекцію, психопрофілактику, кризове реагування, психоосвіту, соціально-психологічну підтримку та інтегративну реабілітацію. Такий системний підхід дозволяє забезпечити не тільки відновлення психічного здоров'я, але й підвищення рівня адаптації, соціальної інтеграції та якості життя ветеранів у довгостроковій перспективі.

Психологічна підтримка учасників бойових дій також включає розвиток програм соціальної ресоціалізації, спрямованих на формування відчуття приналежності до спільноти та відновлення соціальних ролей, порушених через службу в умовах бойових дій. Ці програми передбачають організацію груп взаємопідтримки, клубів ветеранів, інтерактивних заходів та тренінгів, що

стимулюють комунікацію, сприяють обміну досвідом і зменшують соціальну ізоляцію. Такий підхід дозволяє не лише відновити соціальні зв'язки, але й підтримати процес адаптації до цивільного життя, зміцнити психологічну стійкість та підвищити рівень самопочуття.

Значне місце в системі допомоги займає робота з психоемоційними переживаннями, пов'язаними з травматичним досвідом. Практика свідчить, що ефективність підтримки підвищується при використанні спеціалізованих психотерапевтичних методів, які враховують індивідуальні особливості учасників бойових дій. Серед таких методів особливо ефективними вважаються когнітивно-поведінкова терапія, експозиційні техніки, терапія прийняття та зобов'язань, а також групові формати психокорекції, де обмін досвідом із побратимами допомагає осмислити пережите та відновити внутрішню рівновагу [8].

Психологічна допомога спрямована також на попередження рецидивів травматичних реакцій та підтримку стабільного психічного стану у довготривалій перспективі. Для цього застосовуються програми профілактики стресових реакцій, навчання навичкам емоційної саморегуляції, технікам усвідомленості (майндфулнес) і релаксації, а також тренінги розвитку критичного мислення та конструктивного вирішення конфліктних ситуацій. Використання цих методик сприяє формуванню стійких психологічних стратегій подолання стресу і запобігає появі хронічних психоемоційних розладів.

Не менш важливим аспектом є забезпечення комплексної підтримки родин учасників бойових дій. Робота з близькими включає консультування щодо особливостей поведінки ветеранів після повернення, навчання ефективним комунікативним стратегіям та розвиток механізмів взаємопідтримки. Психологічна допомога родині забезпечує створення стабільного і підтримуючого соціального середовища, що значно підвищує ефективність відновлювальної роботи та сприяє інтеграції ветеранів у цивільне життя.

У комплексі всі ці напрямки формують багаторівневу систему психологічної допомоги, яка забезпечує відновлення психічного та соціального

функціонування учасників бойових дій, зміцнює їхні внутрішні ресурси, підвищує рівень адаптації до цивільного життя і сприяє поліпшенню загальної якості життя. Такий цілісний підхід дозволяє не лише реагувати на наслідки бойового стресу, але й запобігати розвитку довгострокових психоемоційних розладів, створюючи умови для гармонійної соціальної та психологічної інтеграції ветеранів.

Психологічна допомога учасникам бойових дій охоплює також стратегічний напрямок, пов'язаний із довгостроковим моніторингом психічного стану та оцінкою ефективності проведених заходів. Регулярна діагностика за допомогою психометричних методик, опитувальників і клінічних інтерв'ю дозволяє виявляти ранні ознаки посттравматичних реакцій, депресивних станів, тривожності та порушень сну, що дає можливість своєчасно коригувати програми психологічної підтримки. Такий підхід забезпечує адаптивність системи допомоги, дозволяє персоналізувати методики роботи відповідно до індивідуальних потреб учасників бойових дій та підвищує загальну ефективність психореабілітаційного процесу [14].

Особливе значення має інтеграція міждисциплінарних методів, що поєднують психологічну, медичну, соціальну та педагогічну підтримку. Спільна робота психологів, психіатрів, соціальних працівників та фізіотерапевтів дозволяє комплексно впливати на різні аспекти функціонування особистості, відновлювати психосоматичну рівновагу, соціальні навички та адаптивні стратегії поведінки. Інтегративний підхід сприяє не лише зменшенню проявів психотравми, але й розвитку ресурсів особистості, що є ключовим фактором успішної ресоціалізації та довгострокової психологічної стійкості.

Не менш важливим компонентом системи допомоги є використання інноваційних технологій, включно з віртуальною реальністю, мобільними додатками для самопідтримки та дистанційним психологічним консультуванням. Ці інструменти дозволяють моделювати стресові ситуації у безпечному середовищі, навчати учасників бойових дій ефективним стратегіям подолання стресу та контролювати психоемоційний стан у реальному часі.

Технологічні засоби розширюють доступність підтримки, зменшують бар'єри звернення за допомогою та сприяють формуванню автономності у процесі саморегуляції.

Системна психологічна допомога також включає діяльність щодо формування почуття сенсу та цілісності життя після пережитих бойових подій. Використання психотерапевтичних практик, орієнтованих на осмислення досвіду, розвиток життєвих цілей, саморефлексію та відновлення ціннісних орієнтирів, сприяє зміцненню психологічної стійкості та формуванню адаптивних стратегій поведінки у повсякденному житті. Подібні підходи допомагають зменшити рівень психоемоційного напруження, підвищують мотивацію до соціальної активності та сприяють гармонійному функціонуванню особистості в умовах цивільного життя.

Таким чином, психологічна допомога учасникам бойових дій виступає як багаторівнева, комплексна і системна діяльність, що включає кризову інтервенцію, психокорекцію, психопрофілактику, психоосвітню роботу, соціально-психологічну підтримку, інтегративну реабілітацію та застосування інноваційних технологій. Усі ці компоненти взаємопов'язані та спрямовані на всебічне відновлення психічного здоров'я, соціальну адаптацію, підвищення психологічної стійкості та покращення якості життя ветеранів у довгостроковій перспективі [9].

Психологічна допомога учасникам бойових дій включає також напрямок, орієнтований на розвиток внутрішніх ресурсів та стійкості особистості через системну роботу над когнітивними, емоційними та поведінковими аспектами. Особлива увага приділяється формуванню здатності ефективно управляти власними емоціями, контролювати реакції на стресові подразники, прогнозувати наслідки власних дій та приймати усвідомлені рішення у складних ситуаціях. Для цього використовуються тренінги розвитку емоційного інтелекту, когнітивної гнучкості, саморефлексії та адаптивних стратегій поведінки, що дозволяє учасникам бойових дій відновлювати відчуття контролю над життєвими обставинами і підвищує їхню психологічну стійкість.

Значну роль відіграє також психологічна робота, спрямована на усвідомлення та опрацювання травматичного досвіду. Цей процес включає застосування методів на основі наративної терапії, експресивних технік, психодрами, арт-терапії та тілесно-орієнтованих підходів, які сприяють інтеграції пережитого досвіду, зменшенню тривожності та страхів, відновленню почуття безпеки та впевненості. Опрацювання травми у безпечному психологічному середовищі дозволяє учасникам бойових дій усвідомити вплив стресових подій на їхнє життя, розвинути нові адаптивні моделі поведінки та поліпшити якість міжособистісних стосунків.

Не менш важливим є напрямок психопрофілактичної та психоосвітньої роботи, спрямованої на формування знань про психічне здоров'я, ознаки посттравматичних стресових розладів, ефективні стратегії самопідтримки та ресурси для звернення по допомогу. Психоосвіта підвищує психологічну обізнаність учасників бойових дій, зменшує стигматизацію психічних проблем та стимулює активне залучення до процесу реабілітації, сприяючи більш усвідомленому та відповідальному ставленню до власного психічного стану.

Крім того, важливим аспектом є соціально-психологічна адаптація, що передбачає інтеграцію ветеранів у цивільне життя, відновлення соціальних ролей та налагодження міжособистісних зв'язків. Для цього застосовуються групові заходи, програми підтримки сімей, тренінги з розвитку комунікативних навичок, а також участь у спільнотах ветеранів. Такий підхід допомагає знизити ризик соціальної ізоляції, формує почуття приналежності та підтримує процес ресоціалізації, забезпечуючи психологічний комфорт та стабільність [7].

Таким чином, психологічна допомога учасникам бойових дій є багаторівневою системою заходів, яка охоплює психокорекцію, кризову інтервенцію, психопрофілактику, психоосвіту, соціально-психологічну підтримку та розвиток внутрішніх ресурсів. Комплексне застосування цих напрямків спрямоване на відновлення психічного здоров'я, зміцнення стійкості, поліпшення соціальної адаптації та підвищення якості життя учасників бойових дій, забезпечуючи їхню довгострокову психологічну та соціальну інтеграцію.

Психологічна допомога учасникам бойових дій включає також напрямок, орієнтований на підтримку особистісного розвитку та відновлення сенсу життя після пережитих травматичних подій. Важливою складовою цього процесу є формування цілісного уявлення про власний досвід, осмислення пережитого та інтеграція його у систему життєвих цінностей. Такий підхід дозволяє учасникам бойових дій не лише зменшити емоційний тягар травми, але й відновити мотивацію до активної соціальної та професійної діяльності, а також підвищити власну самодостатність і впевненість у життєвих перспективах.

Одним із ключових напрямків є розвиток адаптивних копінг-стратегій, що дозволяє ефективно реагувати на стресові та кризові ситуації, уникати хронічного психоемоційного напруження та запобігати розвитку посттравматичних симптомів. Для цього застосовуються психотерапевтичні підходи, спрямовані на навчання методам самоконтролю, релаксації, усвідомленої концентрації уваги та конструктивного вирішення конфліктів. Особлива увага приділяється індивідуалізації цих методів, з урахуванням особистісних характеристик, рівня стресостійкості та психоемоційних особливостей кожного учасника бойових дій.

Не менш важливою є робота, спрямована на зміцнення соціальних зв'язків і відновлення ролей у сім'ї та громаді. Психологічна підтримка включає консультації для родин, участь у групах взаємопідтримки, програми соціальної інтеграції та взаємодію з громадськими організаціями ветеранів. Ці заходи сприяють формуванню підтримуючого середовища, зменшенню відчуття ізоляції та створенню умов для ефективної ресоціалізації учасників бойових дій.

Важливим аспектом є також моніторинг та оцінка результатів психологічної підтримки, що дозволяє своєчасно коригувати програми реабілітації, адаптувати методики під конкретні потреби учасників бойових дій та підвищувати ефективність психотерапевтичної та соціально-психологічної роботи. Системний аналіз результатів, використання психометричних інструментів і клінічних спостережень забезпечує наукове обґрунтування

застосовуваних методів і створює основу для подальшого вдосконалення програм психологічної допомоги.

Таким чином, психологічна допомога учасникам бойових дій є комплексним, багаторівневим і системним процесом, який включає роботу над психокорекцією, кризовим реагуванням, психопрофілактикою, психоосвітою, розвитком адаптивних стратегій, підтримкою соціальної інтеграції та моніторингом результатів. Така комплексна підтримка спрямована на відновлення психічного здоров'я, формування внутрішньої стійкості, поліпшення соціальної адаптації та забезпечення високої якості життя учасників бойових дій у довгостроковій перспективі.

Психологічна допомога учасникам бойових дій також включає напрямок, який зосереджений на формуванні стійких стратегій подолання стресу та розвитку психологічних ресурсів особистості. Учасники бойових дій часто стикаються з багаторівневими психоемоційними навантаженнями, які впливають на когнітивну діяльність, емоційний стан і соціальну поведінку. Для ефективного подолання таких впливів застосовуються комплексні програми тренінгів і терапевтичних занять, спрямовані на розвиток навичок самоконтролю, регуляції емоцій, управління тривогою та формування конструктивних реакцій у кризових ситуаціях [18].

Важливим аспектом є використання міждисциплінарних підходів, які поєднують психотерапевтичну, медичну та соціальну підтримку. Це дозволяє одночасно працювати над психоемоційним відновленням, фізичною стабілізацією та соціальною адаптацією. Зокрема, інтеграція тілесно-орієнтованих практик, арт-терапії та психодрами допомагає учасникам бойових дій ефективно опрацьовувати травматичний досвід, знижувати рівень тривоги та страхів, а також відновлювати відчуття безпеки та внутрішнього контролю.

Не менш значущим є напрямок психоосвітньої роботи, що спрямований на підвищення обізнаності учасників бойових дій щодо психічного здоров'я, ознак посттравматичних стресових реакцій та доступних ресурсів для отримання професійної підтримки. Психоосвіта сприяє формуванню усвідомленого

ставлення до власних емоційних та поведінкових реакцій, розвитку навичок самопідтримки та активізації процесу саморегуляції, що знижує ризик розвитку хронічних психоемоційних порушень.

Соціальна адаптація та ресоціалізація ветеранів є невід'ємною складовою психологічної допомоги. У цьому напрямку особлива увага приділяється відновленню соціальних ролей, підтримці сімейних зв'язків, залученню до громадських спільнот, клубів ветеранів та програм професійної інтеграції. Такі заходи сприяють зменшенню соціальної ізоляції, формуванню відчуття приналежності, підтримують мотивацію до активного соціального та професійного життя, що є ключовим чинником довгострокового психоемоційного здоров'я.

Крім того, психологічна допомога учасникам бойових дій передбачає довгостроковий моніторинг та оцінку ефективності застосовуваних методів. Регулярна оцінка психічного стану за допомогою психометричних інструментів і клінічних спостережень дозволяє своєчасно коригувати програми реабілітації, адаптувати підхід до індивідуальних потреб кожного учасника та підвищувати ефективність комплексної психологічної підтримки.

Таким чином, психологічна допомога учасникам бойових дій є багаторівневою, системною та інтегративною діяльністю, яка включає психокорекцію, кризову інтервенцію, психопрофілактику, психоосвіту, соціально-психологічну адаптацію, розвиток внутрішніх ресурсів та моніторинг результатів. Така комплексна система забезпечує всебічне відновлення психічного здоров'я, підвищує стійкість до стресу, сприяє успішній соціальній інтеграції та покращує загальну якість життя учасників бойових дій у довгостроковій перспективі.

Психологічна допомога учасникам бойових дій також передбачає розвиток програм комплексної посттравматичної адаптації, що спрямовані на довгострокове відновлення психічного, емоційного та соціального функціонування особистості. Цей напрямок включає систематичну роботу з корекції наслідків психотравм, розвиток навичок стресостійкості та формування

адаптивних моделей поведінки. Особлива увага приділяється тренуванню когнітивної гнучкості, емоційної регуляції, здатності до саморефлексії та управління поведінковими реакціями, що дозволяє ефективно реагувати на нові стресові ситуації та мінімізує ризик виникнення повторних психотравм [17].

Важливим компонентом є інтеграція психотерапевтичних, соціальних та фізіологічних методів відновлення. Системне поєднання індивідуальної психокорекції, групових тренінгів, арт- та тілесно-орієнтованих практик забезпечує комплексне впливання на психоемоційний стан, зменшує рівень тривожності та агресії, сприяє відновленню почуття контролю та безпеки. Крім того, соціально-психологічна складова спрямована на відновлення соціальних ролей, налагодження комунікативних зв'язків у сім'ї та громаді, а також залучення ветеранів до спільнот однодумців, що підвищує рівень підтримки та сприяє ресоціалізації.

Значну роль відіграє психоосвітня діяльність, яка підвищує психологічну обізнаність учасників бойових дій щодо ознак посттравматичних стресових розладів, стратегій самопідтримки та доступних ресурсів професійної допомоги. Психоосвіта сприяє формуванню усвідомленого ставлення до власного психічного стану, розвитку навичок саморегуляції та активної участі у процесі психологічного відновлення, що зменшує ризик хронізації психоемоційних розладів.

Особлива увага приділяється формуванню відчуття сенсу життя та внутрішньої цілісності після пережитих травм. Використання наративних, когнітивно-поведінкових та експресивних методів психотерапії дозволяє учасникам бойових дій осмислити досвід, відновити життєві цінності, розвинути адаптивні моделі поведінки та підвищити рівень мотивації до соціальної активності та професійної реалізації. Такий підхід сприяє не лише відновленню психічного здоров'я, але й зміцненню внутрішніх ресурсів, що є ключовим для тривалої психологічної стійкості.

Комплексна психологічна допомога також включає моніторинг результатів реабілітації, оцінку ефективності застосовуваних методів та корекцію програм

відповідно до індивідуальних потреб учасників бойових дій. Регулярна діагностика та аналіз дозволяють оптимізувати підхід, підвищити ефективність заходів та забезпечити системне, всебічне та довгострокове відновлення психічного здоров'я, соціальної адаптації та якості життя ветеранів [18].

Таким чином, психологічна допомога учасникам бойових дій являє собою багаторівневу, інтегративну та системну діяльність, що включає психокорекцію, кризове реагування, психопрофілактику, психоосвіту, соціально-психологічну адаптацію, розвиток внутрішніх ресурсів та постійний моніторинг результатів. Такий комплексний підхід забезпечує ефективне відновлення психічного здоров'я, формування стійких адаптивних стратегій, підтримку соціальної інтеграції та підвищення якості життя учасників бойових дій у довгостроковій перспективі.

### **3.2. Когнітивно-поведінкова терапія як дієвий метод психологічної допомоги учасникам бойових дій**

Когнітивно-поведінкова терапія (далі – КПТ) є одним із найбільш ефективних методів психологічної допомоги учасникам бойових дій, що дозволяє системно впливати на когнітивні, емоційні та поведінкові аспекти психічного функціонування. Основна ідея КПТ полягає у виявленні та корекції деструктивних когнітивних схем, які формуються під впливом травматичного досвіду та підтримують тривожність, страхи, депресивні симптоми та посттравматичні реакції [12]. Методика передбачає структуровану роботу з мисленням і поведінкою, спрямовану на заміну дисфункціональних переконань адаптивними когнітивними стратегіями, що дозволяє учасникам бойових дій ефективніше справлятися зі стресовими ситуаціями та емоційними перевантаженнями [25].

КПТ включає використання широкого спектру технік, таких як когнітивне реструктурування, експозиційні методи, навчання навичкам розв'язання проблем, релаксаційні практики та усвідомлену поведінкову активацію, що

дозволяє одночасно впливати на психічні, емоційні та поведінкові порушення [7]. Важливим компонентом терапії є формування навичок самоспостереження, самоконтролю та рефлексії, які забезпечують учасникам бойових дій здатність прогнозувати власні реакції, усвідомлювати тригери стресу та запобігати імпульсивним або деструктивним діям [43].

Дослідження показують, що КПТ ефективна для роботи з посттравматичними стресовими розладами, тривожністю, депресивними станами, порушеннями сну та агресивною поведінкою, що є типовими для ветеранів бойових дій [18]. Експозиційні методи КПТ, які передбачають контрольоване поступове зіткнення з травматичними спогадами, дозволяють знизити інтенсивність страху та емоційної напруги, сприяють адаптації та відновленню внутрішньої стабільності [52].

КПТ також орієнтована на розвиток навичок усвідомленого мислення та емоційної регуляції, що підвищує стійкість до майбутніх стресових впливів і запобігає рецидивам психоемоційних розладів [33]. Групові форми терапії дозволяють одночасно працювати над соціальною інтеграцією ветеранів, зміцнювати міжособистісні зв'язки та підтримувати відчуття приналежності до спільноти [61].

Крім того, КПТ інтегрується з іншими методами психологічної допомоги, такими як арт-терапія, тілесно-орієнтовані практики та психоосвітні програми, що забезпечує комплексний вплив на психічне здоров'я учасників бойових дій [8]. Систематичне застосування когнітивно-поведінкових підходів сприяє підвищенню адаптивних механізмів, зменшенню симптомів тривоги та депресії, покращенню якості життя та соціальної функціональності ветеранів [47].

Таким чином, когнітивно-поведінкова терапія виступає дієвим та науково обґрунтованим методом психологічної допомоги учасникам бойових дій, що дозволяє одночасно працювати над когнітивними переконаннями, емоційним станом і поведінковими стратегіями, забезпечуючи всебічну психотерапевтичну підтримку та сприяючи ефективній адаптації до цивільного життя [3].

КПТ для учасників бойових дій є методикою цілеспрямованого впливу на взаємозв'язок думок, емоцій та поведінки, що дозволяє коригувати деструктивні когнітивні схеми, сформовані під впливом травматичних подій [14]. Основна мета КПТ полягає у відновленні психічної рівноваги через навчання учасників бойових дій розпізнавати негативні автоматичні думки, оцінювати їхню адекватність та замінювати на адаптивні моделі мислення, що зменшує прояви тривожності, страхів, агресивності та депресивних симптомів [29]. Методи когнітивного реструктурування допомагають опрацювати внутрішні конфлікти, пов'язані з бойовим досвідом, та сприяють формуванню адекватного сприйняття себе й оточуючого світу [6].

КПТ включає використання експозиційних технік, що передбачають контрольоване поступове ознайомлення з травматичними спогадами, подіями або ситуаціями, які викликають інтенсивний стрес, з метою зменшення емоційної реактивності та підвищення здатності до адаптації [39]. Важливою складовою терапії є формування навичок саморегуляції та емоційної стабільності, що забезпечується через вправи на усвідомлене дихання, релаксацію, а також навчання стратегій конструктивного вирішення конфліктів [55].

Групові форми КПТ дозволяють одночасно працювати над соціальною адаптацією учасників бойових дій, зміцнювати міжособистісні зв'язки та відчуття приналежності до спільноти, що є важливим фактором ресоціалізації та підтримки психологічного здоров'я [21]. Також застосування КПТ у поєднанні з арт-терапевтичними та тілесно-орієнтованими методами забезпечує інтегративний вплив на психічне, емоційне та фізичне функціонування, підвищуючи ефективність терапевтичного процесу [68].

КПТ ефективна не лише для лікування посттравматичних стресових розладів, а й для профілактики рецидивів психоемоційних розладів, розвитку стійких адаптивних стратегій поведінки та підвищення рівня психологічної стійкості учасників бойових дій [11]. Систематичне застосування когнітивно-поведінкових методів сприяє зменшенню симптомів тривоги, депресії та агресії,

формуванню здатності до конструктивного мислення та адаптивної поведінки у повсякденному житті [46].

Крім того, КПТ передбачає активне залучення учасників бойових дій у процес самоспостереження та самокорекції, що дозволяє підвищити усвідомленість власних реакцій, контролювати негативні емоції та підтримувати внутрішню стабільність у стресових ситуаціях [5]. Інтеграція КПТ з психоосвітніми програмами підвищує обізнаність ветеранів щодо ознак психічних розладів, доступних ресурсів допомоги та ефективних стратегій самопідтримки [34].

Таким чином, когнітивно-поведінкова терапія виступає високоефективним науково обґрунтованим методом психологічної допомоги учасникам бойових дій, який забезпечує одночасну роботу над когнітивними переконаннями, емоційним станом та поведінковими реакціями, сприяючи всебічній психотерапевтичній підтримці, відновленню адаптивних стратегій та підвищенню якості життя ветеранів [17].

КПТ для учасників бойових дій є одним із найефективніших методів психотерапевтичного втручання, спрямованого на корекцію деструктивних когнітивних схем, що формуються під впливом травматичного досвіду [9]. Основний акцент КПТ робиться на взаємозв'язку думок, емоцій та поведінки, що дозволяє учасникам бойових дій усвідомлювати свої автоматичні негативні думки, оцінювати їхню адекватність та замінювати на конструктивні когнітивні моделі, які зменшують прояви тривожності, депресії та посттравматичних реакцій [28]. Важливою складовою терапії є розвиток навичок самоспостереження та самоконтролю, що дозволяє прогнозувати реакції на стресові ситуації та приймати свідомі адаптивні рішення [52].

Експозиційні техніки КПТ передбачають поступове опрацювання травматичних спогадів у контрольованому середовищі, що зменшує інтенсивність страху, напруження та внутрішньої дисгармонії, а також сприяє поступовій десенсибілізації психічних реакцій [15]. Психоосвітні компоненти терапії дозволяють учасникам бойових дій отримати знання про механізми

стресу, ознаки посттравматичних розладів та доступні ресурси допомоги, що сприяє підвищенню психологічної обізнаності та активній участі в процесі самовідновлення [41].

Групові форми КПТ створюють сприятливе соціальне середовище, що підтримує взаємодію, зміцнює соціальні зв'язки та формує відчуття приналежності до спільноти, що є ключовим фактором успішної ресоціалізації [63]. Використання інтегративних підходів, що поєднують КПТ із арт-терапією, тілесно-орієнтованими методиками та релаксаційними практиками, забезпечує всебічний вплив на психічний стан, зменшує рівень тривоги та агресії, відновлює внутрішнє відчуття контролю та безпеки [7].

КПТ орієнтована не лише на лікування симптомів посттравматичного стресового розладу, а й на розвиток довгострокових адаптивних стратегій, що підвищують стійкість до стресу, формують конструктивне мислення та підтримують емоційне здоров'я учасників бойових дій [36]. Систематичне застосування методів КПТ дозволяє зменшити симптоми депресії, тривожності та агресивної поведінки, а також підвищує здатність до конструктивної взаємодії в соціальних та професійних сферах [18].

Крім того, КПТ включає активне залучення учасників бойових дій у процес самопостереження, аналізу та самокорекції, що підвищує усвідомленість емоційних реакцій, покращує контроль над стресовими ситуаціями та сприяє формуванню внутрішньої стабільності [50]. Регулярний моніторинг результатів терапії дозволяє коригувати програму з урахуванням індивідуальних особливостей учасників, підвищуючи ефективність психотерапевтичної допомоги та сприяючи тривалому відновленню психічного та соціального функціонування [22].

Таким чином, КПТ є науково обґрунтованим та практично ефективним методом психологічної допомоги учасникам бойових дій, що забезпечує комплексну роботу над когнітивними, емоційними та поведінковими аспектами, сприяє всебічному відновленню психологічного здоров'я, розвитку стійкості та успішній соціальній інтеграції ветеранів [11].

КПТ є високоефективним методом психологічної підтримки учасників бойових дій, який дозволяє системно працювати з когнітивними, емоційними та поведінковими компонентами психічного функціонування [4]. В основі КПТ лежить принцип взаємозв'язку думок, емоцій і поведінки, що дає змогу виявляти дисфункціональні переконання, сформовані під впливом бойового досвіду, та замінювати їх на адаптивні когнітивні схеми, які сприяють зниженню тривожності, депресії та симптомів посттравматичного стресового розладу [27]. Терапія передбачає розвиток навичок самостереження та саморегуляції, що допомагає учасникам бойових дій усвідомлювати власні автоматичні реакції, контролювати емоції та приймати обґрунтовані рішення в складних або стресових ситуаціях [59].

Експозиційні методи КПТ, які передбачають поступове та контрольоване зіткнення з травматичними спогадами або ситуаціями, дозволяють зменшити інтенсивність страху, внутрішнього напруження та симптомів уникнення, що сприяє емоційній десенсибілізації та відновленню внутрішньої стабільності [13]. Крім того, застосування когнітивного реструктурування допомагає учасникам бойових дій переглянути деструктивні переконання про себе та світ, сформувані більш реалістичне і конструктивне мислення та розвивати стійкі адаптивні стратегії поведінки [44].

Важливою складовою КПТ є формування навичок усвідомленого реагування на стрес, що реалізується через вправи на релаксацію, тренування уваги, дихальні та тілесні практики, а також навчання конструктивним способам вирішення проблем [33]. Групові форми терапії дозволяють поєднувати психокорекцію з соціальною інтеграцією, створюючи середовище взаємної підтримки та відчуття приналежності, що є критично важливим для ресоціалізації ветеранів [61].

КПТ також інтегрується з арт-терапією, тілесно-орієнтованими практиками та психоосвітніми програмами, що дозволяє досягати комплексного впливу на психічне здоров'я, зменшувати агресивність і тривожність, сприяти відновленню контролю та внутрішньої гармонії [8]. Застосування когнітивно-

поведінкових методів підвищує ефективність психотерапевтичної підтримки, сприяє формуванню довгострокових адаптивних стратегій, зменшенню ризику рецидиву психоемоційних розладів та покращенню якості життя учасників бойових дій [37].

Крім того, КПТ активізує процес самопостереження, самокорекції та усвідомленої поведінки, що забезпечує розвиток внутрішньої стійкості та психологічної автономії ветеранів [20]. Регулярне оцінювання результатів терапії дозволяє коригувати методики під індивідуальні потреби учасників, підвищувати ефективність психотерапевтичного втручання та забезпечувати тривалу стабільність психоемоційного стану [53].

Таким чином, КПТ є науково обґрунтованим та практично ефективним методом психологічної допомоги учасникам бойових дій, що забезпечує комплексну роботу над когнітивними, емоційними та поведінковими аспектами, сприяє розвитку адаптивних стратегій, психологічної стійкості та успішній соціальній інтеграції ветеранів [7].

КПТ є одним із найбільш ефективних психотерапевтичних методів для роботи з учасниками бойових дій, оскільки вона дозволяє системно впливати на взаємозв'язок мислення, емоцій та поведінки, що є критичним для подолання наслідків бойового досвіду [5]. Основна мета КПТ полягає у виявленні та корекції деструктивних когнітивних схем, які підтримують симптоми посттравматичного стресового розладу, тривожності, депресії та агресивної поведінки, шляхом заміни їх на адаптивні, конструктивні моделі мислення [31]. Учасники бойових дій отримують можливість усвідомлювати автоматичні негативні думки, оцінювати їхню адекватність і застосовувати нові стратегії реагування, що сприяє зниженню емоційного напруження та покращенню психоемоційного стану [46].

КПТ включає використання експозиційних методів, що передбачають поступове ознайомлення з травматичними спогадами або ситуаціями під контролем психолога, що дозволяє поступово зменшувати страх, уникання та тривожність, а також підвищує здатність до конструктивного реагування у

стресових умовах [14]. Важливим елементом є когнітивне реструктурування, яке допомагає учасникам бойових дій аналізувати власні переконання та формувати більш реалістичне та адаптивне сприйняття себе, інших людей і світу загалом [63].

Терапевтичний процес у КПТ також передбачає навчання навичкам самоспостереження, саморегуляції та контролю емоцій, що включає вправи на релаксацію, дихальні практики, усвідомлену концентрацію уваги та навички розв'язання проблем [22]. Групові форми терапії додають соціальну підтримку, створюючи середовище взаємної допомоги та відчуття приналежності, що сприяє ресоціалізації та зменшенню соціальної ізоляції ветеранів [58].

Регулярний моніторинг ефективності застосування КПТ дозволяє оцінювати прогрес, адаптувати терапевтичні програми під індивідуальні потреби учасників та коригувати методи втручання, що забезпечує максимальну ефективність психотерапевтичної допомоги [42]. Крім того, КПТ сприяє формуванню довгострокових адаптивних стратегій, що дозволяє учасникам бойових дій підтримувати стабільний психоемоційний стан, покращувати соціальну та професійну функціональність і підвищувати якість життя [10].

Терапевтичний процес включає навчання учасників бойових дій навичкам емоційної регуляції, управління тривогою та поведінкової адаптації, що реалізується через вправи на релаксацію, дихальні техніки, усвідомлену концентрацію уваги та розвиток стратегій розв'язання проблем [23]. Групові форми КПТ сприяють соціальній інтеграції, створюючи підтримуюче середовище, де учасники бойових дій отримують відчуття приналежності та взаємопідтримку, що є критично важливим для ресоціалізації [68].

Інтеграція КПТ з арт-терапією, тілесно-орієнтованими методиками та психоосвітніми програмами забезпечує комплексний підхід до відновлення психічного здоров'я, зменшує рівень агресії, тривожності та депресії, сприяє відновленню внутрішнього відчуття контролю та стабільності [17]. Важливим компонентом є активне залучення учасників бойових дій у процес самоспостереження та самокорекції, що сприяє розвитку психологічної

автономії, внутрішньої стійкості та довгостроковій адаптації до цивільного життя [41].

Таким чином, когнітивно-поведінкова терапія є науково обґрунтованим і практично ефективним методом психологічної допомоги ветеранам, що дозволяє здійснювати комплексну роботу над когнітивними переконаннями, емоційним станом та поведінковими реакціями, сприяє відновленню психічного здоров'я, розвитку стійких адаптивних стратегій та успішній соціальній інтеграції [54].

КПТ є одним із провідних методів психологічної допомоги учасникам бойових дій, оскільки забезпечує цілісний вплив на когнітивні, емоційні та поведінкові компоненти психічного функціонування [16]. Методика базується на принципі взаємозалежності думок, емоцій та поведінки, що дозволяє виявляти автоматичні негативні переконання, сформовані під впливом бойового досвіду, і трансформувати їх у більш адаптивні та конструктивні моделі мислення. Такий підхід сприяє зменшенню проявів тривожності, депресії, посттравматичного стресового розладу та агресивної поведінки [38]. Учасники бойових дій через КПТ здобувають можливість усвідомлювати власні реакції, прогнозувати їх та ефективно керувати поведінкою у стресових ситуаціях [2].

Експозиційні методи, що застосовуються в КПТ, передбачають контрольоване та поступове опрацювання травматичних спогадів або ситуацій, що викликають інтенсивний стрес. Це дозволяє зменшити уникання, страх і емоційне перенавантаження, сприяючи поступовій десенсибілізації психічних реакцій [49]. Когнітивне реструктурування забезпечує переосмислення деструктивних переконань і формування більш реалістичного сприйняття себе, інших людей і світу, що сприяє розвитку стійких адаптивних стратегій поведінки [21].

Процес КПТ включає розвиток навичок самоспостереження, емоційної регуляції та управління тривожністю через практичні вправи на релаксацію, усвідомлене дихання, концентрацію уваги та опанування стратегій розв'язання проблем. Групові форми терапії підвищують ефективність втручання, оскільки

створюють підтримуюче соціальне середовище, сприяють ресоціалізації та зміцнюють відчуття приналежності [64].

Систематичний моніторинг прогресу учасників бойових дій у рамках КПТ дозволяє оцінювати ефективність терапії, коригувати методи та адаптувати програми під індивідуальні потреби, що забезпечує тривалу стабільність психоемоційного стану [30]. КПТ сприяє формуванню довгострокових адаптивних стратегій, підвищенню соціальної та професійної функціональності, покращенню якості життя та загальної психоемоційної стабільності ветеранів [9].

Таким чином, когнітивно-поведінкова терапія є науково обґрунтованим, комплексним та практично ефективним методом психологічної допомоги учасникам бойових дій. Вона забезпечує цілісну роботу з когнітивними переконаннями, емоційним станом та поведінковими реакціями, сприяє розвитку адаптивних стратегій, зміцненню психічного здоров'я, підвищенню стійкості та успішній соціальній інтеграції ветеранів [65].

КПТ для учасників бойових дій також активно використовує сучасні модифікації методики, що враховують специфіку військових травм і соціальних контекстів ветеранів. Однією з таких модифікацій є адаптована КПТ, яка поєднує традиційні методи когнітивного реструктурування та експозиції з елементами тренінгу стресостійкості, навичок самопомоги та розвитку позитивної самооцінки [24]. Ця інтеграція дозволяє учасникам бойових дій не лише зменшувати симптоми посттравматичного стресового розладу, а й формувати психологічні ресурси для повноцінного функціонування у цивільному житті.

Сучасні дослідження підкреслюють важливість індивідуалізації терапії. КПТ для ветеранів передбачає детальне оцінювання типів травматичного досвіду, рівня посттравматичних симптомів, а також психологічних та соціальних ресурсів, доступних учаснику [47]. Це дозволяє визначити оптимальний баланс між експозиційними техніками та когнітивним реструктуруванням, що забезпечує максимальну ефективність терапії та запобігає виникненню додаткового стресу під час сеансів.

Одним із перспективних напрямків є застосування КПТ у цифровому форматі, що передбачає використання спеціальних онлайн-платформ, мобільних додатків та відеосесій із психологом [6]. Такі підходи дозволяють забезпечити безперервність терапії навіть за відсутності фізичної присутності пацієнта, сприяють формуванню навичок самоконтролю та самоспостереження у буденному житті та полегшують доступ до психологічної підтримки для учасників бойових дій у віддалених регіонах.

КПТ також доповнюється методами психоосвіти та метакогнітивної підготовки, що дозволяє ветеранам краще усвідомлювати механізми стресових реакцій, виявляти тригери емоційного дисбалансу та ефективно використовувати раніше засвоєні когнітивні стратегії [33]. Цей підхід сприяє формуванню автономії у регуляції емоцій, зниженню емоційного вигорання та розвитку стійкості до повторних травматичних впливів.

Особлива увага приділяється роботі з емоційною пам'яттю, оскільки травматичні спогади часто зберігаються як сенсорні або емоційні образи, які автоматично активують стресові реакції [52]. КПТ включає вправи на перенаправлення уваги, десенсибілізацію емоційних спогадів та моделювання альтернативних реакцій, що дозволяє учасникам бойових дій знижувати інтенсивність страху та тривоги при зіткненні з тригерами.

Крім того, сучасна КПТ для ветеранів активно інтегрує соціальні компоненти, такі як розвиток комунікативних навичок, тренування асертивної поведінки та вирішення конфліктів у групах, що допомагає покращити міжособистісні відносини та соціальну адаптацію після повернення до цивільного життя [18].

Таким чином, сучасні модифікації КПТ для учасників бойових дій включають індивідуалізовані програми, цифрові платформи, психоосвітні компоненти та роботу з емоційною пам'яттю, що забезпечує комплексний вплив на психічне здоров'я, підвищує стійкість до стресу та сприяє ефективній соціальній інтеграції ветеранів [29].

У сучасній психотерапевтичній практиці КПТ для учасників бойових дій все частіше поєднується з нейропсихологічними та фізіологічними підходами, що враховують вплив травматичного досвіду на мозкові структури та автономну нервову систему [21]. Зокрема, увага приділяється роботі з соматичними проявами стресу, такими як підвищене серцебиття, напруження м'язів, порушення сну, що дозволяє інтегрувати методи КПТ з тілесно-орієнтованими техніками регуляції фізіологічних реакцій [34]. Такі втручання сприяють формуванню усвідомленого контролю над тілесними проявами тривоги та страху, що істотно підвищує ефективність психологічної адаптації.

КПТ також розширює свою ефективність через мультикомпонентні програми, що включають соціальну підтримку, волонтерську діяльність, тренінги емоційної стійкості та розвиток навичок лідерства [47]. Включення соціальних та проактивних компонентів дозволяє не лише зменшувати психологічний дискомфорт, а й формувати нові ресурси для самореалізації та позитивної інтеграції у цивільне життя.

Особлива увага приділяється роботі з когнітивними спотвореннями, що стосуються соціальної взаємодії та самооцінки. Учасники бойових дій часто мають тенденцію до гіпернастороженості, очікування небезпеки або негативної оцінки з боку оточення. КПТ застосовує спеціальні вправи на тестування реальності, рольові ігри та моделювання соціальних ситуацій, що дозволяє коригувати такі спотворення та розвивати більш реалістичні соціальні навички [60].

Важливим інноваційним аспектом є поєднання КПТ із mindfulness-практиками та медитацією усвідомленості, що дозволяє учасникам бойових дій ефективніше регулювати емоції, зменшувати румінації та посилювати здатність до концентрації на теперішньому моменті [25]. Такі практики сприяють формуванню внутрішньої стабільності та відновленню психічного ресурсу, що часто виснажується під час служби та після повернення до цивільного життя.

Крім того, КПТ активно інтегрує роботу з посттравматичними тригерами через створення спеціальних «карточок безпеки» та алгоритмів поведінки в

критичних ситуаціях, що дозволяє учасникам бойових дій швидко реагувати на стресові події, знижувати ризик емоційного перевантаження та підвищувати контроль над ситуацією [42].

Таким чином, сучасна когнітивно-поведінкова терапія для учасників бойових дій виходить за межі класичної моделі, інтегруючи нейропсихологічні, соматичні, соціальні та mindfulness-компоненти, що дозволяє створювати комплексні програми відновлення психічного здоров'я, формувати адаптивні стратегії поведінки та забезпечувати ефективну соціальну та професійну інтеграцію ветеранів [7].

Сучасні підходи КПТ для учасників бойових дій також включають роботу з регуляцією емоційної пам'яті та формуванням механізмів метакогнітивного контролю [14]. Ветерани часто зберігають травматичні спогади як фрагментарні сенсорні або емоційні образи, що автоматично активують стресові реакції; КПТ у цьому випадку застосовує техніки десенсибілізації та перенаправлення уваги, які дозволяють створювати нові асоціативні зв'язки, знижуючи емоційну інтенсивність спогадів.

Важливим напрямком є робота з порушеннями сну та нічними кошмарами, які є поширеними серед ветеранів [37]. КПТ включає спеціальні методики, такі як контроль стимулів, навчання релаксації перед сном та моделювання позитивних сценаріїв сновидінь, що дозволяє відновити якість сну і знизити рівень денного стресу.

Крім того, сучасна КПТ активно інтегрує мотиваційні інтерв'ю та елементи терапії прийняття та відповідальності, що допомагає учасникам бойових дій усвідомити власні цінності та життєві цілі, відновлювати почуття сенсу та відповідальності за власне життя [50]. Ця методика особливо ефективна у випадках деморалізації, втрати мотивації та соціальної ізоляції після повернення з бойових дій.

Застосування когнітивних щоденників та ведення записів про емоції, думки та поведінкові реакції є ще одним інструментом, що допомагає ветеранам усвідомлювати закономірності своїх реакцій, прогнозувати тригери стресу та

опрацьовувати альтернативні стратегії поведінки [61]. Це сприяє формуванню внутрішнього контролю і підвищує здатність до саморегуляції.

Окрему увагу в КПТ приділяють розвитку навичок соціальної взаємодії та конфлікт-менеджменту. Учасники бойових дій часто мають труднощі у відновленні довірчих стосунків і адаптації до цивільного середовища, тому включення рольових ігор, тренінгів асертивності та комунікативних вправ дозволяє поступово відновити ефективні соціальні навички [28].

Також важливим напрямком є інтеграція КПТ із технологіями віртуальної реальності (VR), що дозволяє безпечно моделювати стресові або потенційно травматичні ситуації та тренувати адаптивні реакції у контрольованому середовищі [19]. Використання VR-тренажерів підвищує ефективність експозиційних методів, зменшує рівень тривожності та страху та забезпечує більш швидку адаптацію до реальних ситуацій.

Таким чином, сучасна когнітивно-поведінкова терапія для учасників бойових дій не обмежується класичними методами, а включає роботу з емоційною пам'яттю, порушеннями сну, мотивацією, соціальною взаємодією та застосуванням новітніх технологій, таких як VR, що дозволяє створювати комплексні, індивідуалізовані програми відновлення психічного здоров'я та ефективної інтеграції ветеранів у суспільство [7].

У сучасних програмах КПТ для учасників бойових дій активно застосовуються підходи, спрямовані на розвиток психологічної гнучкості та здатності адаптуватися до непередбачуваних життєвих обставин [13]. Психологічна гнучкість передбачає вміння розпізнавати свої думки та емоції без надмірного відчуття загрози, а також усвідомлено вибирати поведінку відповідно до власних цінностей і цілей, що особливо важливо для ветеранів, які повертаються у цивільне життя.

КПТ для учасників бойових дій також інтегрує елементи стратегій подолання хронічного стресу, включаючи навчання плануванню часу, встановленню пріоритетів, управлінню ресурсами та підтримці здорового способу життя [44]. Такі втручання допомагають ветеранам зменшувати

когнітивне перевантаження, підвищують рівень енергетичних ресурсів та сприяють ефективнішому вирішенню побутових і соціальних завдань.

Особлива увага приділяється розвитку навичок «психологічного щита» — здатності швидко відновлюватися після емоційних або психологічних подразників. КПТ включає вправи на тренування короткострокової і довгострокової регуляції емоцій, що дозволяє ветеранам ефективніше протидіяти спалахам агресії, страху або паніки в повсякденних ситуаціях [27].

Ще одним інноваційним напрямком є використання інтегрованих модулів когнітивно-поведінкової терапії та біофідбеку для розвитку усвідомленого контролю над психофізіологічними реакціями. За допомогою спеціального обладнання учасники бойових дій відстежують зміни пульсу, м'язового тону та дихання, а потім за допомогою когнітивних стратегій навчаються стабілізувати ці показники, що сприяє зниженню симптомів тривоги та підвищенню стресостійкості [59].

КПТ також активно застосовує технології сценарного моделювання та ментальних репетицій, що дозволяє ветеранам відпрацьовувати адаптивні поведінкові реакції у потенційно складних або конфліктних ситуаціях без ризику реальної травматизації [32]. Це сприяє формуванню стійких стратегій поведінки та підвищенню впевненості у власних діях.

Особливий акцент у сучасній КПТ робиться на формуванні механізмів самопідтримки та самоефективності. Ветерани навчаються розпізнавати власні успіхи, створювати внутрішню систему мотивації та використовувати раціональні стратегії самонагородження за позитивні зміни, що посилює ефект психотерапевтичного втручання [4].

Таким чином, сучасна КПТ для учасників бойових дій фокусується на розвитку психологічної гнучкості, навичок подолання хронічного стресу, формуванні психологічного щита, інтеграції біофідбеку, ментальних репетицій та механізмів самопідтримки, що забезпечує комплексне відновлення психічного здоров'я, підвищує адаптивність і сприяє ефективній соціальній інтеграції ветеранів [22].

Сучасні підходи КПТ для учасників бойових дій все частіше включають роботу над підвищенням усвідомленості власних цінностей і життєвих пріоритетів як ключовий компонент психологічного відновлення [31]. Така орієнтація дозволяє ветеранам встановлювати зв'язок між пережитим досвідом та своїми життєвими цілями, що сприяє формуванню відчуття сенсу та контролю над власним життям. Цей аспект КПТ особливо ефективний у подоланні почуття розгубленості та деморалізації, характерних для періоду адаптації після служби.

КПТ також активно застосовує інтервенції, спрямовані на розвиток толерантності до невизначеності та підвищення здатності діяти в умовах непередбачуваних обставин [8]. Учасники бойових дій навчаються приймати невизначеність як природну складову життя, відмовляючись від надмірного контролю та ригідного мислення, що знижує рівень тривожності та когнітивного напруження.

Новим напрямком є інтеграція КПТ з груповими соціально-психологічними практиками, які включають взаємне наставництво та парні тренінги, спрямовані на відновлення довіри та командної взаємодії [55]. Такі втручання відтворюють військові соціальні зв'язки у цивільному середовищі та допомагають учасникам бойових дій адаптуватися до колективних форм діяльності.

Особливу увагу приділяють формуванню навичок відновлення після кризових епізодів, що включає техніки швидкого самозаспокоєння, переключення уваги та структурованого планування дій у стресових ситуаціях [41]. Це дозволяє ветеранам зменшувати тривогу, уникати панічних реакцій і підтримувати ефективну продуктивність у повсякденному житті.

КПТ інтегрує також елементи терапії перспективного мислення, що дозволяє учасникам бойових дій розвивати уявлення про майбутнє та планувати життя на основі реалістичних та досяжних цілей [19]. Такі вправи включають складання сценаріїв, моделювання можливих результатів та оцінку ризиків, що підвищує впевненість у власних рішеннях і сприяє психологічній стабільності.

Ще одним напрямком є робота з самоідентичністю та роллю ветерана у суспільстві. КПТ допомагає учасникам бойових дій переосмислити власну ідентичність, відокремлюючи роль солдата від цивільного статусу, та знаходити нові способи самовираження і реалізації соціальної ролі [63]. Це дозволяє зменшити внутрішні конфлікти та сприяє більш плавній адаптації до цивільного життя.

Таким чином, сучасна когнітивно-поведінкова терапія для учасників бойових дій включає розвиток усвідомлення цінностей, толерантності до невизначеності, соціальної взаємодії, навичок швидкого відновлення після стресу, перспективного мислення та переосмислення самоідентичності, що забезпечує всебічну підтримку психічного здоров'я, підвищує адаптивність і сприяє ефективній інтеграції у соціум [12].

Сучасні програми КПТ для учасників бойових дій приділяють значну увагу розвитку стратегії подолання емоційного вигорання та профілактиці хронічного стресу [9]. Ветерани, особливо ті, хто зазнав тривалих бойових навантажень, часто стикаються з виснаженням психічних і фізіологічних ресурсів, що негативно впливає на здатність адаптуватися до цивільного життя. КПТ у цьому контексті використовує структуровані вправи на відновлення енергетичного балансу, формування регулярних ритуалів самопідтримки та навичок планування відпочинку.

Велику увагу в сучасній КПТ приділяють розвитку навичок емпатійної взаємодії та розпізнавання емоцій інших людей, що часто порушується у ветеранів через специфіку бойового досвіду [51]. Тренування соціальної емпатії включає рольові ігри, моделювання конфліктних ситуацій і практики зворотного зв'язку, що сприяє покращенню міжособистісних відносин і зниженню ризику соціальної ізоляції.

Інноваційним підходом є використання КПТ у поєднанні з технологіями біологічного зворотного зв'язку для корекції реакцій на стресові стимули [26]. Ветерани навчаються відслідковувати зміни серцевого ритму, тиску та електродермальної активності, що дозволяє відпрацьовувати контрольовані

стратегії регуляції психофізіологічних реакцій і зменшувати симптоми тривожності та нервового збудження.

КПТ також активно використовує методи формування психологічної стійкості через розвиток когнітивної гнучкості та альтернативного мислення [17]. Ветерани опановують навички швидкого перефокусування уваги, аналізу альтернативних сценаріїв розвитку подій та відпрацювання адаптивних стратегій реагування на непередбачувані ситуації, що підвищує ефективність прийняття рішень і знижує ризик емоційних зривів.

Ще одним напрямком є робота над внутрішньою мотивацією та формуванням відчуття досягнень у буденному житті [39]. КПТ включає вправи на визначення короткострокових і довгострокових цілей, складання планів досягнення результатів та рефлексію успіхів, що допомагає ветеранам відновити почуття контролю та самореалізації.

Крім того, сучасні методики КПТ для учасників бойових дій інтегрують практики зміцнення навичок критичного мислення щодо власних когнітивних упереджень [48]. Ветерани навчаються ідентифікувати деструктивні переконання, аналізувати їхню достовірність та розробляти більш раціональні й адаптивні когнітивні моделі.

Таким чином, сучасна когнітивно-поведінкова терапія для учасників бойових дій фокусується на профілактиці емоційного вигорання, розвитку соціальної емпатії, регуляції психофізіологічних реакцій, когнітивної гнучкості, мотивації та критичного мислення, що забезпечує всебічну психотерапевтичну підтримку, підвищує стійкість до стресу та сприяє ефективній соціальній інтеграції ветеранів [5].

## ВИСНОВКИ

Військово-травматичний стрес є складним психологічним явищем, що виникає внаслідок переживання бойових дій та екстремальних ситуацій, пов'язаних із загрозою життю або життю інших людей. Наслідки такого стресу можуть бути різноманітними і проявлятися як на фізіологічному, так і на психоемоційному рівні. Ветерани часто стикаються з посттравматичними симптомами, такими як повторні нав'язливі спогади, флешбеки, підвищена тривожність, порушення сну, дратівливість і емоційна нестабільність. Ці прояви можуть істотно впливати на якість життя, знижувати продуктивність у побуті та професійній діяльності, а також ускладнювати соціальну інтеграцію після повернення з бойових дій.

Аналіз наукової літератури довів, що прояв ПТСР в учасників бойових дій визначається не лише інтенсивністю травми, але й низкою індивідуально-психологічних (особистісна тривожність, копінг-стратегії) та соціальних факторів (сім'я, підтримка, військовий стаж).

ПТСР є складним психічним станом, що розвивається внаслідок переживання екстремальних травматичних подій, які становили загрозу життю, здоров'ю або безпеці людини чи її близьких. Цей розлад виникає в результаті впливу стресових факторів, які перевищують адаптаційні можливості психіки та залишають глибокий слід у свідомості й підсвідомості людини.

Основними тригерами розвитку ПТСР є військові конфлікти, участь у бойових діях, фізичне чи сексуальне насильство, масштабні аварії, природні катастрофи або втрата близьких. Такі події характеризуються інтенсивним впливом на емоційну сферу, викликаючи відчуття страху, безпорадності та жаху. Взаємодія психологічних та біологічних механізмів визначає комплексність клінічної картини ПТСР, що підкреслює необхідність інтегрованого підходу до оцінки та лікування, який включає психотерапевтичні методики, медикаментозну підтримку та когнітивно-поведінкові втручання.

У ветеранів часто спостерігаються зміни у мисленні, зокрема схильність до катастрофізації, надмірної обережності, негативного самовідчуття та порушення оцінки ризиків. Ці когнітивні зміни безпосередньо впливають на поведінку, спричиняючи соціальну ізоляцію, уникнення контактів, конфлікти в сім'ї та колективі, а також труднощі у прийнятті рішень у звичайних життєвих ситуаціях. Тривалий вплив стресу може призвести до формування стійких патернів емоційної реактивності та психосоматичних розладів, що потребує системної психологічної підтримки та корекції.

Після повернення з бойових дій багато учасників військових операцій відчують труднощі у встановленні довірливих міжособистісних контактів, відновленні соціальних ролей та інтеграції у цивільне життя. Втрата відчуття контролю над ситуацією, деморалізація та зниження мотивації до самореалізації значно ускладнюють процес адаптації і можуть призвести до розвитку депресивних станів або деструктивної поведінки.

Результати емпіричного дослідження засвідчили, що все таки у більшій частині учасників бойових дій показники депресії, тривожності та ПТСР розвинені на середньому чи низькому рівнях. Проте є частина досліджуваних, у яких властивий високий рівень як особистісної так і ситуативної тривожності, депресії, а також ПТСР. Саме ця категорія досліджуваних потребує особливої уваги.

Кореляційний аналіз підтвердив, що ПТСР в учасників бойових дій практично ніколи не проявляється ізольовано. Встановлено сильний та прямий зв'язок між ПТСР, депресією та реактивною тривожністю, що свідчить про те, що стан гіперзбудження, постійного напруження та надмірної пильності є центральним актуальним симптомом розладу. Наявність поранення показала середній позитивний зв'язок між ПТСР та депресією, що свідчить про те, що фізична травма виступає обтяжуючим фактором, поєднуючи психологічну та соматичну травматизацію. Тривалість участі у бойових діях має середній позитивний зв'язок з усіма основними психологічними показниками (ПТСР, депресія, ситуативна тривожність). Це підтверджує теорію кумулятивної травми

– чим довший вплив стресових факторів, тим вищий ризик розвитку стійких розладів.

Для мінімізації негативних наслідків військово-травматичного стресу важливе своєчасне застосування психологічних втручань, серед яких когнітивно-поведінкова терапія та психопрофілактичні програми займають центральне місце. Вони спрямовані на розвиток психологічної стійкості, навчання ефективним стратегіям саморегуляції, роботи з травматичними спогадами, а також відновлення емоційної рівноваги та адаптивних когнітивних структур. Підвищення усвідомленості власних цінностей, розвиток внутрішньої мотивації і навичок соціальної взаємодії сприяють формуванню ресурсів, необхідних для успішної інтеграції ветеранів у цивільне життя.

Таким чином, ПТСР є комплексним явищем, наслідки якого проявляються на фізичному, когнітивному, емоційному та соціальному рівнях. Для ефективного подолання його наслідків необхідний системний підхід, що поєднує психотерапевтичну роботу, розвиток адаптивних навичок і підтримку соціального середовища. Тільки комплексна робота з цими аспектами дозволяє зменшити інтенсивність симптомів, відновити психічне здоров'я учасників бойових дій і забезпечити їхню успішну інтеграцію у суспільство.

Військово-психологічна система реабілітації військовослужбовців є комплексною структурою, спрямованою на відновлення психічного, емоційного та соціального функціонування військових після участі у бойових діях або перебування у стресових екстремальних умовах. Вона включає низку взаємопов'язаних компонентів, серед яких оцінка психологічного стану, індивідуальна та групова психотерапевтична робота, навчання навичкам стресостійкості та психологічної саморегуляції, а також соціально-адаптаційні програми. Основна мета цієї системи полягає у забезпеченні комплексного підходу до реабілітації, що дозволяє не лише усунути наслідки травматичного досвіду, а й сприяти розвитку внутрішніх ресурсів військовослужбовців для ефективної інтеграції у цивільне або військове середовище.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аналітична доповідь до Щорічного Послання Президента України до Верховної Ради України «Про внутрішнє та зовнішнє становище України в 2015 році». К. : НІСД, 2015. 684 с.
2. Андрощук І. Реалізація системного підходу в навчальному процесі як педагогічна проблема. Проблеми підготовки сучасного вчителя. 2013. № 7. С. 8–14.
3. Багрій В. Н. Особливості соціально-педагогічної роботи соціального працівника із сім'ями військовослужбовців. *Вісник Національного університету оборони України*. 2013. 2 (33). С. 7–10.
4. Базарний С. В. Соціальна реабілітація військовослужбовців. *Наукові записки Міжнародного гуманітарного університету*. 2020. Вип. 32. С. 152–157.
5. Бедюк М. В. Особливості реалізації програми «Психологічна допомога бійцям АТО та їхнім сім'ям». *Збірник наукових праць РДГУ*. 2016. Випуск 6. С. 18–21.
6. Білий В. Я., Жаховський В. О., Лівінський В. Г. Місце та роль Воєнно-медичної доктрини України у формуванні системи медичного забезпечення військ і цивільного населення у воєнний час. *Наука і оборона*. 2015. № 1. С. 9–14.
7. Бриндіков Ю. Л. Реабілітація військовослужбовців учасників бойових дій в системі соціальних служб: теоретико-методичні основи: монографія. Хмельницький, 2018. 388 с.
8. Вознесенська О. Л. Ресурси арт-терапії на допомогу вимушеним переселенцям : практичний посібник. К. : Human Rights Foundation, 2015. 50 с.
9. Гнатюк Л. Р., Шевель Ю. Засоби дизайну у формуванні інтер'єру реабілітаційних центрів. *Актуальні проблеми сучасного дизайну*. 2018. Т. 2. С. 141–143.
10. Громадське радіо. Як показ документальних фільмів про війну може стати терапією. Подкаст «Своїми руками». URL:

<https://hromadske.radio/podcasts/svoyimyrukamy/yak-pokaz-dokumentalnyh-filmiv-pro-viynu-mozhe-staty-terapiyeyu> (дата звернення: 01.09.2025).

11. Давидов, Ю. А. Психологія реабілітації військових після бойових дій: теоретичний та практичний підхід. Одеса : Астропринт, 2020. 150 с.
12. Демченко, В. І. Військова психологія: теоретичні основи та практичні аспекти. К. : Ніка-Центр, 2019. 256 с.
13. Донбас і Крим: ціна повернення : монографія / за заг. ред. В. П. Горбуліна, О. С. Власюка, Е. М. Лібанової, О. М. Ляшенко. К. : НІСД, 2015. 474 с.
14. Дуткевич Т. В., Савицька О. В. Практична психологія: вступ до спеціальності. 2-ге вид. К. : Центр учбової літератури, 2010. 256 с.
15. Еувема М. Психосоціальний розвиток дітей та молоді. Пер. з англ. Р. Оуденховен, Р. Лейден. К. : «LHSI», 2016. 108 с.
16. Єжова Т. Є. Зміст і завдання соціальної реабілітації. Соціальна педагогіка : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. К. : Академвидав, 2013. С. 101–110.
17. Єна А. І., Маслюк В. В., Сергієнко А. В. Актуальність і організаційні засади медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції. Науковий журнал МОЗ України. 2014. № 1 (5). С. 5–16.
18. Єрмоменко Е. А. Навчальна програма гурткової (секційної) роботи «Хортинг» для учнів 1–11 класів загальноосвітніх навчальних закладів : навч. вид. К. : Паливода А. В., 2012. 268 с.
19. Єрмоменко Е. Військово-патріотична програма та прикладний хортинг. *Фізичне виховання в рідній школі*. 2015. № 3. С. 25–29.
20. Жицька С. А. Ділові ігри як засіб підготовки курсантів вищих військових навчальних закладів до професійно-комунікативної діяльності. *Вісник Національного технічного університету України «Київський політехнічний інститут»*. Серія : Філологія. Педагогіка: Зб. наукових праць. Київ, 2013. № 2.
21. Іванова, Л. І. Реабілітація через кінематограф: роль фільмів у соціалізації ветеранів. Харків : ХНУ, 2021. 143 с.

22. Каплун. О. В. Роль кіновиробництва в соціалізації ветеранів. Матеріали конференції «Сучасні проблеми реабілітації військових». Харків, 2019. С. 120-125.
23. Кляцкін К. Проєкт «Образ Воїна»: арт-терапія для поранених захисників України. URL: <https://kinowar.com/bilshe-nizh-art-terapiya-studiya-docnotefilms-prezentuye-pershe-video-u-ramkah-masshtabnogo-proyektu-obraz-voyna/> (дата звернення: 01.09.2025).
24. Креймер Д., Запорожець О. Психологічні засади травматерапії сімей учасників бойових дій. Вісник. 2016. № 3 (31). С. 43–47.
25. Кузьменко, В. Г. Психотерапевтичний ефект кіновиробництва для учасників бойових дій. *Журнал соціальної роботи*. 2019. № 1. С. 75-80.
26. Кулакевич М. І. Декомпресія учасників бойових дій: етапи, умови, психологічні техніки. *Філософсько-соціологічні та психолого-педагогічні проблеми підготовки особистості до виконання завдань в особливих умовах*. 2022. С. 137–141.
27. Курочкін М. Театр. Драматургія. Реабілітація: у Києві для ветеранів та ветеранок працює «Театр Ветеранів». Ветеран Медіа. URL: <https://veteranmedia.org/teatr-dramaturgiya-reabilitacziya-u-kyuevi-dlya-veteraniv-ta-veteranok-praczyuye-teatr-veteraniv/> (дата звернення: 01.09.2025).
28. Лазос Г. П. Посттравматичне зростання: теоретичні моделі, нові перспективи для практики. *Актуальні проблеми психології*. Том I. Випуск 45. 2016. С. 120–127.
29. Лефтеров В. О. Особистісно-професійний розвиток фахівців екстремальних видів діяльності засобами психологічного тренінгу. *Психологія і суспільство*. 2012. № 2. С. 91–107.
30. Литвиненко, А. С. Кіновиробництво як форма реабілітації для військових: міжнародний досвід. *Вісник психології та соціальних наук*. 2020. № 2. С. 112-118.
31. Носенко, О. О. Використання кінематографу для адаптації ветеранів до цивільного життя. *Психологія та соціальні технології*. 2022. № 5. С. 45-53.

- 32.Олексюк Н. С., Капська А. Й. Вплив ресурсного забезпечення на соціально-педагогічну роботу з сім'єю військовослужбовців. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова*. Серія 11. Соціальна робота. Соціальна педагогіка: збірник наукових праць. Випуск 11. К. : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2010. С. 68–76.
- 33.Осборн Н. Музикотерапія та мистецькі підходи до травми: світовий досвід. URL: <https://artherapyforce.com.ua/project/zustrich-mystetstvo-ta-tsyfrovi-innovatsiyi-v-psyhoemotsijnomu-vidnovlenni-ta-reabilitatsiyi/> (дата звернення: 01.09.2025).
- 34.Пекер А. Й., Голубов В. О. Аналіз зарубіжного досвіду проектування реабілітаційних центрів для військових. *Вісник Національного університету оборони України*. 2021. № 3. С. 45–50.
- 35.Петренко О. С. Кінотерапія: реабілітація через мистецтво. Київ : Видавничий дім «Київ», 2017. 178 с.
- 36.Пілютікова Г. Фільм «Аматори»: театральна техніка «вербатім» у роботі з ветеранами. URL: <https://veteranmedia.org/teatr-dramaturgiya-reabilitacziya-u-kyievi-dlya-veteraniv-ta-veteranok-praczyuye-teatr-veteraniv/> (дата звернення: 01.09.2025).
- 37.Попелюшко Р. П. Особливості психологічної реабілітації учасників бойових дій засобами природничої рекреації. *Актуальні проблеми психології*. 2015. Т. XI. Вип. 13. С. 198–207.
- 38.Романович М. О. Психологічні особливості реабілітації учасників бойових дій в умовах сучасної війни. Львів : ЛНУ ім. І. Франка, 2018. 184 с.
- 39.Середа Ю. О. Адаптація та реабілітація учасників військових конфліктів. Умань: УДПУ, 2022. 120 с
- 40.Скітіков С. Проєкт “Edit Flow”: діджитал контент у реабілітації ветеранів. URL: <https://artherapyforce.com.ua/project/zustrich-mystetstvo-ta-tsyfrovi-innovatsiyi-v-psyhoemotsijnomu-vidnovlenni-ta-reabilitatsiyi/> (дата звернення: 01.09.2025).

41. Скоп Л. Майстер-класи з арт-терапії для ветеранів: методи та результати. URL: <https://kinowar.com/bilshe-nizh-art-terapiya-studiya-docnotefilms-prezentuye-pershe-video-u-ramkah-masshtabnogo-proyektu-obraz-voyina/> (дата звернення: 01.09.2025).
42. Скрипкін О. Г. Перспективний тренінг з профілактики професійних страхів у офіцерів льотного складу. *Вісник Національного університету оборони України*. 2013. 5 (36). С. 289–294.
43. Сорока О. В. Теоретичні і методичні засади підготовки майбутніх учителів початкової школи до використання арт-терапевтичних технологій: дис. ... д-ра пед. наук : 13.00.04. Тернопіль, 2016. 534 с.
44. Старожицька М., Старожицька А. Фестиваль «Сад пам'яті»: як документальне кіно допомагає ветеранам. URL: <https://hromadske.radio/podcasts/svoyimirukamy/yak-pokaz-dokumentalnyh-filmiv-pro-viynu-mozhe-staty-terapiyeyu> (дата звернення: 01.09.2025).
45. Тараненко, Н. О. Мистецтво кінематографа в реабілітації ветеранів. *Матеріали міжнародної конференції «Психологія та мистецтво: нові підходи в реабілітації»*. Київ, 2021. С. 56-62.
46. Тополь О. В. Соціально-психологічна реабілітація учасників антитерористичної операції. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету*. Серія : Педагогічні науки. 2015. Вип. 124. С. 230-233.
47. Чорний, П. С. Кінотерапія: можливості та перспективи використання для військових. *Психологічний журнал*. 2021. Т. 24. № 4. С. 64-70.
48. Шапран Ю. Педагогічне моделювання у процесі формування професійної компетентності майбутнього вчителя біології. *Рідна школа*. 2012. № 12 (грудень). С. 39–43.
49. Шевченко, І. В. Мистецтво як терапія: використання кіно для реабілітації військових. *Психологія і соціальна робота*. 2020. № 3. С. 58-63.

50. Якимець О. В., Печиборщ І. В., Вороненко Т. М. Гарантована психологічна допомога військовослужбовцям: сучасні виклики та перспективи. *Медична психологія*. 2023. № 2. С. 10-15.
51. Art Therapy Force. Мистецтво та цифрові інновації в психоемоційному відновленні та реабілітації. URL: <https://artherapyforce.com.ua/project/zustrich-mystetstvo-ta-tsyfrovi-innovatsiyi-v-psyhoemotsijnomu-vidnovlenni-ta-reabilitatsiyi/> (дата звернення: 01.09.2025)
52. Baker S. Healing through filmmaking: A guide for veterans. New York: Routledge, 2020. 240 p.
53. Brenner L. A., Vanderploeg, R. D., & Terrio, H. (2009). Assessment and diagnosis of mild traumatic brain injury, posttraumatic stress disorder, and other polytrauma conditions: burden of adversity hypothesis. *Rehabilitation Psychology*. 2009. Vol. 54(3). P. 239–246.
54. DocNoteFilms. Образ Воїна: більше, ніж арт-терапія. 2023. URL: <https://kinowar.com/bilshe-nizh-art-terapiya-studiya-docnotefilms-prezentuye-pershe-video-u-ramkah-masshtabnogo-proyektu-obraz-voyina/> (дата звернення: 01.09.2025).k
55. Dunn P. War stories: Filmmaking as therapy for soldiers. Los Angeles: Academic Press, 2022. 200 p.
56. Foster, D. Rebuilding through film: Veterans' experiences of film as therapy . *Social Work & Health Care*. 2020. Vol. 59, No. 2. P. 101-110.
57. Harris T. Healing through film: How military veterans are using filmmaking as therapy. *Journal of Film Studies*. 2021. Vol. 18, No. 3. P. 121-133.
58. Harrison M. Veterans and film: The transformative power of storytelling. *Journal of Military Psychology*. 2021. Vol. 28, No. 2. P. 34-45.
59. Hoge C. W., Auchterlonie, J. L., & Milliken, C. S. Mental health problems, use of mental health services, and attrition from military service after returning from deployment to Iraq or Afghanistan. *JAMA*. 2006. Vol. 295(9). P. 1023-1032.
60. Hollis K. The healing power of cinema: Veterans and the role of film in recovery. Chicago: University of Chicago Press, 2019. 220 p.

61. Jones L. The role of creative arts in veterans' mental health recovery. *Journal of Veterans Studies*. 2022. Vol. 8, No. 1. P. 25-32.
62. Monson C. M., Schnurr P. P., Resick P. A., Friedman M. J., Young-Xu Y., & Stevens S. P. Cognitive processing therapy for veterans with military-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2006. Vol. 74(5). P. 898–907.
63. Morris R. Filmmaking and post-traumatic growth in military veterans. Presented at the International Conference on Art Therapy, 2020. P. 88-92.
64. Nelson J. From the battlefield to the big screen: Film as a vehicle for veterans' recovery. Proceedings of the Military Mental Health Conference, 2021. P. 134-140.
65. O'Connor P. Combat to cinema: The role of film in military veterans' healing. London: Palgrave Macmillan, 2021. 210 p.
66. Resick P. A., Nishith P., Weaver T. L., Astin M. C., & Feuer, C. A. A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2002. Vol. 70(4). P. 867–879.
67. Sayer N. A., Friedemann-Sánchez G., Spont M., Murdoch M., Parker L. E., Chiros C., & Rosenheck, R. A qualitative study of determinants of PTSD treatment initiation in veterans. *Psychiatry*. 2009. Vol. 72(3). P. 238-255.
68. Sykes E. Art therapy and veterans: A new direction in trauma recovery. *Art Therapy Journal*. 2019. Vol. 34, No. 1. P. 29-38.
69. Tuval-Mashiach R., Patton D., Drebing C. Pilot Outcomes of a Filmmaking Intervention Designed to Enhance Treatment Entry and Social Reintegration of Veterans. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2023. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10198373/> (дата звернення: 01.09.2025).
70. Vankin D. 'In Their Boots' series lets soldiers call the shots. Los Angeles Times. 2010. URL: <https://www.latimes.com/archives/la-xpm-2010-nov-16-la-et-in-their-boots-20101116-story.html> (дата звернення: 01.09.2025)

## ДОДАТКИ

### Додаток А

#### Шкала депресії Бека

##### Інструкція

Цей опитувальник складається з 21 пункту, кожен з яких містить кілька варіантів тверджень. Будь ласка, **уважно прочитайте** всі варіанти відповідей до кожного пункту і виберіть один з них, який найкраще описує Ваше самопочуття **протягом останніх двох тижнів, включаючи сьогоднішній день**. Натисніть (клікніть) на вибраному твердженні. Переконайтеся, що Ви не пропустили жодного пункту.

1.

Мені не сумно

Значну частину часу мені сумно

Я увесь час чуюсь сумним, пригніченим

Я відчуваю нестерпний сум та тугу

2.

Я не вважаю, що заслуговую покарання

Я допускаю, що заслуговую покарання

Я вважаю, що маю бути покараний

Я відчуваю, що доля карає мене

3.

Я спокійно думаю про майбутнє

Думки про майбутнє викликають в мене занепокоєння більше, ніж раніше

Мені нема чого чекати від майбутнього і на що надіятися

Я відчуваю, що в моєму майбутньому нема нічого доброго і я нічого не можу змінити

4.

Я не відчуваю себе невдахою

В минулому я мав би менше зазнавати невдач

Моє життя – це суцільна низка невдач та помилок.

Я абсолютний невдаха в усьому (навчанні, праці, сімейному житті і т.д.)

5.

Я в основному задоволений тим, ким я є.

Я втратив впевненість у собі

Я розчарований в собі

Я не люблю себе

6.

Я отримую задоволення від улюблених занять і речей

Я не отримую такого задоволення, як раніше від улюблених занять та речей

Я отримую дуже мало задоволення від того, що зазвичай мене тішило

Я не можу отримати задоволення від того, що зазвичай мене тішило

7.

Я критикую і звинувачую себе не більше, ніж зазвичай

Я більш критичний до себе, ніж зазвичай

Я критикую себе за всі свої помилки

Я звинувачую себе у всьому поганому, що відбувається

8.

Я не відчуваю відчуття провини

Я відчуваю почуття провини за багато речей, зроблених мною

Я дуже часто чуюсь поганою людиною і мене мучить відчуття провини

Мене мучить постійне відчуття провини

9.

У мене не виникає думок про самогубство

У мене бувають думки про самогубство, але я знаю, що не зроблю цього

Я хочу вмерти і планую самогубство

Якщо б була нагода, я б зробив самогубство

10.

Я не більш неспокійний або збуджений, ніж зазвичай

Я відчуваю більше занепокоєння і збудження, ніж зазвичай

Я відчуваю таке занепокоєння і збудження, що мені важко сидіти спокійно

Я відчуваю таке занепокоєння і збудження, що змушений весь час рухатися або щось робити

11.

Я не плачу більш часто, ніж звичайно

Я плачу частіше, ніж звичайно

Я плачу кожен день по кожному незначному приводу

Я хочу плакати, але не можу

12.

Я не втратив цікавості до інших людей і занять

Люди і речі цікавлять мене менше, ніж раніше.

Я значною мірою втратив цікавість до інших людей і занять

Мене важко чимось зацікавити

13.

Я не дратуюсь частіше, ніж звичайно

Я дратуюся легше, ніж звичайно

Я дратуюся значно легше, ніж звичайно

Я постійно відчуваю роздратування

14.

Мені не є важче, ніж звичайно приймати рішення

Тепер частіше, ніж раніше я зволікаю з прийняттям рішень

Мені дуже важко прийняти будь-яке рішення

Я не в стані приймати жодних рішень

15.

Мій апетит не змінився

Мій апетит дещо знижений у порівнянні зі звичайним

Мій апетит дещо підвищений в порівнянні зі звичайним

Мій апетит значно знижений в порівнянні з минулим

Мій апетит значно підвищений в порівнянні з минулим

У мене зовсім нема апетиту

Я постійно хочу їсти

16.

Я не відчуваю себе нікчемним

Я не відчуваю себе таким же цінним і корисним, як завжди

Я відчуваю себе менш цінним, ніж інші

Я відчуваю себе повністю нікчемним

**17.**

Я так само добре можу зосередитися, як завжди

Я не можу так само добре зосередитися, як завжди

Мені важко довго утримувати увагу на чому-небудь

Я не можу зосередитися ні на чому

**18.**

Я так само енергійний, як зазвичай

У мене менше енергії, ніж зазвичай

У мене недостатньо енергії, щоб зробити багато чого з того, що потрібно

У мене немає сил ні на що

**19.**

Я втомлююся не більш, ніж зазвичай

Я втомлююся значно легше, ніж раніше

Через втому я не можу виконувати багато звичних для мене справа

Через втому я не можу виконувати більшість звичних для мене справа

**20.**

Я сплю так само, як завжди

Я сплю дещо більше, ніж зазвичай

Я сплю дещо менше, ніж зазвичай

Я сплю значно більше, ніж зазвичай

Я сплю значно менше, ніж зазвичай

Я сплю більшу частину дня

Я буджуся на 1-2 години раніше, ніж звичайно і мені важко знову заснути

**21.**

Мій інтерес до статевого життя за останній час не зменшився

Статеве життя мене цікавить зараз менше, ніж звичайно

Мій інтерес до статевого життя значно зменшився

Я повністю втратив інтерес до статевого життя

## Шкала тривоги Спілбергера

Процедура проведення

Інструкція: «Прочитайте уважно кожне з наведених нижче речень і закресліть цифру у відповідній графі справа залежно від того, як ви себе почуваєте в даний момент. Над питаннями довго не замислюйтесь, оскільки правильних і неправильних відповідей немає».

Шкала тривоги Спілбергера: обробка результатів

Обробка результатів включає наступні етапи:

- Визначення показників ситуативної та особистісної тривожності за допомогою ключа.
- На основі оцінки рівня тривожності – складання рекомендацій для корекції поведінки випробуваного.
- Обчислення середньогрупового показника ситуативної тривожності (СТ) й особистісної тривожності (ОТ) та їх порівняльний аналіз залежно, наприклад, від статевої приналежності респондентів.

Інтерпретація результатів STAI

При аналізі результатів самооцінки треба мати на увазі, що загальний підсумковий показник по кожній із підшкал може перебувати в діапазоні від 20 до 80 балів. Чим вищим є підсумковий показник, тим вищий рівень тривожності (ситуативної або особистісної).

При загальній інтерпретації показників можна використовувати наступні орієнтовні оцінки тривожності:

- до 30 балів – низька;
- 31-44 бали – помірна;
- 45 і більше – висока.

Зіставлення результатів за обома підшкалами дає можливість оцінити індивідуальну значимість стресової ситуації для респондента.

---

### Шкала ситуативної тривожності

1. Я спокійний  
Ніколи  
Майже ніколи  
Часто  
Майже завжди
2. Мені ніщо не загрожує  
Ніколи  
Майже ніколи  
Часто  
Майже завжди
3. Я перебуваю в напруженні  
Ніколи  
Майже ніколи  
Часто  
Майже завжди
4. Я внутрішньо скутий  
Ніколи  
Майже ніколи  
Часто  
Майже завжди
5. Я відчуваю себе вільно  
Ніколи  
Майже ніколи  
Часто  
Майже завжди
6. Я засмучений  
Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

7. Мене хвилюють можливі невдачі

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

8. Я відчуваю душевний спокій

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

9. Я стривожений

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

10. Я відчуваю внутрішнє задоволення

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

11. Я впевнений в собі

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

12. Я нервуюсь

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

13. Я не знаходжу собі місця

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

14. Я напружений

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

15. Я не відчуваю скутості, напруження

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

16. Я задоволений

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

17. Я стурбований

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

18. Я дуже збуджений і мені не по собі

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

19. Мені радісно

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

20. Мені приємно

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

### **Шкала особистої тривожності**

21. У мене буває піднесений настрій

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

22. Я буваю дратівливим

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

23. Я легко впадаю в розпач

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

24. Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

25.Я тяжко переживаю неприємності та довго не можу про них забути

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

26.Я відчуваю приплив сил і бажання працювати

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

27.Я спокійний, урівноважений та зібраний

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

28.Мене турбують можливі труднощі

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

29.Я дуже переживаю через дрібниці

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

30.Я буваю цілком щасливий

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

31.Я все приймаю близько до серця

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

32.Мені не вистачає впевненості в собі

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

33.Я відчуваю себе беззахисним

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

34.Я намагаюся уникати критичних ситуацій і труднощів

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

35.У мене буває хандра

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

36.Я буваю задоволений

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

37.Усілякі дрібниці відволікають і хвилюють мене

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

38.Буває, що я відчуваю себе невдахою

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

39.Я врівноважена людина

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

40.Мене охоплює неспокій, коли я думаю про свої справи і турботи

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

**Додаток В****Міссісіпська шкала посттравматичних стресових розладів, пов'язаних із бойовими діями**

(Mississippi Scale for Combat-Related PTSD for DSM-III) – це клінічна тестова методика, яка допомагає фахівцям в оцінці та діагностиці ПТСР, а також у моніторингу ефективності лікування посттравматичних стресових розладів.

Текст

1. До служби в армії, у мене було більше близьких друзів, ніж зараз.  
Абсолютно невірно  
Невірно  
У деякій мірі вірно  
Вірно  
Абсолютно вірно
2. Я не відчуваю провини за те, що робив під час служби в армії.  
Абсолютно невірно  
Невірно  
У деякій мірі вірно  
Вірно  
Абсолютно вірно
3. Якщо хтось виведе мене з себе, я швидше за все застосую фізичну силу.  
Абсолютно невірно  
Невірно  
У деякій мірі вірно  
Вірно  
Абсолютно вірно
4. Якщо трапляється щось, що нагадує мені про військову службу, я дуже засмучуюсь.  
Абсолютно невірно  
Невірно  
У деякій мірі вірно

Вірно

Абсолютно вірно

5. Люди, які добре мене знають, бояться мене.

Абсолютно невірно

Невірно

У деякій мірі вірно

Вірно

Абсолютно вірно

6. Я здатний емоційно зближуватися з іншими людьми.

Абсолютно невірно

Невірно

У деякій мірі вірно

Вірно

Абсолютно вірно

7. Мені сняться ночами кошмари про те, що було насправді на війні.

Абсолютно невірно

Невірно

У деякій мірі вірно

Вірно

Абсолютно вірно

8. Коли я згадую деякі речі, які я робив в армії, мені не хочеться жити.

Абсолютно невірно

Невірно

У деякій мірі вірно

Вірно

Абсолютно вірно

9. Зовні здається, ніби у мене немає почуттів

Абсолютно невірно

Невірно

У деякій мірі вірно

Вірно

Абсолютно вірно

10. Останнім часом я відчуваю, що хочу вбити себе.

Абсолютно невірно

Невірно

У деякій мірі вірно

Вірно

Абсолютно вірно

11. Я засинаю, сплю і прокидаюся лише тоді, коли дзвонить будильник.

Абсолютно невірно

Невірно

У деякій мірі вірно

Вірно

Абсолютно вірно

12. Я задаю собі питання, чому я досі живий, коли інші загинули на війні.

Абсолютно невірно

Невірно

У деякій мірі вірно

Вірно

Абсолютно вірно

13. Перебуваючи в певних ситуаціях, я відчуваю себе так, ніби я знову в армії

Абсолютно невірно

Невірно

У деякій мірі вірно

Вірно

Абсолютно вірно

14. Мої сни настільки реальні, що я прокидаюся в холодному поту і змушую себе не спати.

Абсолютно невірно

Невірно

У деякій мірі вірно

Вірно

Абсолютно вірно

15. Я відчуваю, що більше не можу.

Абсолютно невірно

Невірно

У деякій мірі вірно

Вірно

Абсолютно вірно

16. Речі, які викликають у інших людей сміх чи сльози, мене не зачіпають.

Абсолютно невірно

Невірно

У деякій мірі вірно

Вірно

Абсолютно вірно

17. Я все ще люблю робити багато речей, які мені подобалися раніше

Абсолютно невірно

Невірно

У деякій мірі вірно

Вірно

Абсолютно вірно

18. Мої фантазії і сни дуже реалістичні і страшні.

Абсолютно невірно

Невірно

У деякій мірі вірно

Вірно

Абсолютно вірно

19. Мені легко було зберегти роботу після того, як я звільнився з армії.

Абсолютно невірно

Невірно

У деякій мірі вірно

Вірно

Абсолютно вірно

20. Мені важко зосередитися на виконанні завдань.

Абсолютно невірно

Невірно

У деякій мірі вірно

Вірно

Абсолютно вірно

21. Я плачу без поважної причини.

Абсолютно невірно

Невірно

У деякій мірі вірно

Вірно

Абсолютно вірно

22. Мені подобається товариство інших людей.

Абсолютно невірно

Невірно

У деякій мірі вірно

Вірно

Абсолютно вірно

23. Мене лякають мої прагнення і бажання.

Абсолютно невірно

Невірно

У деякій мірі вірно

Вірно

Абсолютно вірно

24. Я легко засинаю вночі.

Абсолютно невірно

Невірно

У деякій мірі вірно

Вірно

Абсолютно вірно

25. Від несподіваних звуків я здригаюся.

Абсолютно невірно

Невірно

У деякій мірі вірно

Вірно

Абсолютно вірно

26. Ніхто не розуміє, що я відчуваю, навіть моя родина.

Абсолютно невірно

Невірно

У деякій мірі вірно

Вірно

Абсолютно вірно

27. Я людина спокійна, врівноважена.

Абсолютно невірно

Невірно

У деякій мірі вірно

Вірно

Абсолютно вірно

28. Я відчуваю, що є певні речі, які я робив в армії, про які я ніколи не зможу нікому розповісти, тому що цього нікому не зрозуміти.

Абсолютно невірно

Невірно

У деякій мірі вірно

Вірно

Абсолютно вірно

29. Були випадки, коли я вживав алкоголь або снодійне, щоб допомогти собі заснути

Абсолютно невірно

Невірно

У деякій мірі вірно

Вірно

Абсолютно вірно

30. Я почуваюся комфортно, коли знаходжусь у натовпі.

Абсолютно невірно

Невірно

У деякій мірі вірно

Вірно

Абсолютно вірно

31. Я втрачаю самовладання і вибухаю через дрібні повсякденні речі.

Абсолютно невірно

Невірно

У деякій мірі вірно

Вірно

Абсолютно вірно

32. Я боюся лягати спати.

Абсолютно невірно

Невірно

У деякій мірі вірно

Вірно

Абсолютно вірно

33. Я намагаюся триматися подалі від усього, що може нагадати про те, що сталося під час моєї служби в армії.

Абсолютно невірно

Невірно

У деякій мірі вірно

Вірно

Абсолютно вірно

34. Моя пам'ять така ж хороша, як і раніше.

Абсолютно невірно

Невірно

У деякій мірі вірно

Вірно

Абсолютно вірно

35. Мені важко висловлювати свої почуття навіть людям, які мені небайдужі.

Абсолютно невірно

Невірно

У деякій мірі вірно

Вірно

Абсолютно вірно

**Власна анкета для учасників бойових дій**

**Мета анкети:** зібрати демографічні та професійні дані респондентів для подальшого аналізу їхнього психологічного стану.

**Інструкція для респондента:**

Будь ласка, відповідайте на запитання максимально щиро. Ваші відповіді будуть використані лише для наукового дослідження та залишаться конфіденційними.

**1. Вік:**

- \_\_\_\_\_ років

**2. Сімейний стан:**

- Одружений / Заміжня
- Не одружений / Не заміжня
- Інше (вказати) \_\_\_\_\_

**3. Тривалість участі у бойових діях:**

- Менше 6 місяців
- 6–12 місяців
- 1–2 роки
- Більше 2 років

**4. Військовий стаж:**

- Менше 3 років
- 3–7 років
- 8–12 років
- Більше 12 років

**5. Поточна посада або роль під час служби:**

- Бойова (на передовій)
- Логістика / тил
- Адміністративна / штабна

- Інше (вказати) \_\_\_\_\_

**6. Наявність постійного кола підтримки (сім'я, друзі, колеги):**

- Так
- Ні

**7. Загальна оцінка власного стану під час служби (безпечно, комфортно, емоційно стабільно):**

- Добре
- Задовільно
- Важко
- Дуже важко