МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ВНУТРІШНІХ СПРАВ

Інститут безпеки та права

Кафедра психології та педагогіки

ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВІВ ПОСТТРАМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВИХ ТА СТРАТЕГІЇ ЙОГО ПОДОЛАННЯ

кваліфікаційна робота
здобувача вищої освіти 2 курсу
заочної форми навчання
спеціальність 053 «Психологія»
Репринцевої Ірини Зенов'ївни

Науковий керівник
Доктор юридичних наук, професор
Пасько Ольга Миколаївна

Рецензент
Доктор психологічних наук,
професор
Гульбс Ольга Анатоліївна

Кваліфікаційна робота допущена до захисту
«___» _____ 20___ р., протокол № ___
завідувач кафедри психології та педагогіки
кандидат психологічних наук, доцент
Бабчук Олена Григоріївна

_____

Одеса – 2026

ЗМІСТ

ВСТУП……4

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ ТА ЙОГО СПЕЦИФІКИ У ВІЙСЬКОВИХ……8

1.1. Поняття та основні підходи до визначення посттравматичного стресового розладу……..…8

1.2. Симптоми та діагностичні критерії посттравматичного стресового розладу……13

1.3. Психологічні, фізіологічні та соціальні наслідки посттравматичного стресового розладу……19

1.4. Специфічні особливості проявів посттравматичного стресового розладу у військових……...24

Висновки до першого розділу…….……..30

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВІВ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВИХ…….……34

2.1. Організація та методи емпіричного дослідження посттравматичного стресового розладу у військових……..34

2.2. Характеристика вибірки дослідження та умови його проведення…….…35

2.3. Діагностичний інструментарій та критерії оцінювання проявів посттравматичного стресового розладу……..….37

2.4. Аналіз результатів дослідження рівня та структури проявів посттравматичного стресового розладу у військових…….……47

Висновки до другого розділу……..……..54

РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНІ СТРАТЕГІЇ ПОДОЛАННЯ ПРОЯВІВ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВИХ……...…57

3.1. Психологічні орієнтири стратегій подолання посттравматичного стресового розладу серед військових…….……..57

3.2. Пріоритетні напрями психокорекційної роботи з військовими……..……..……..60
Висновки до третього розділу…….……..……..……..63
ВИСНОВКИ……..67
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ……..……70
ДОДАТКИ……..77

ВСТУП

Актуальність дослідження. Актуальність дослідження зумовлена глибокими соціальними, психологічними та гуманітарними наслідками воєнних подій, що відбуваються в Україні з 2022 року, які істотно вплинули на психічне здоров'я військовослужбовців. Масовий і тривалий характер бойових дій, постійна загроза життю, втрата побратимів, перебування в умовах хронічного стресу, поранення, полон та морально-етичні дилеми створюють потужне психотравматичне навантаження, наслідки якого не обмежуються періодом безпосередньої участі у війні, а проявляються й після повернення до мирного життя. У цьому контексті посттравматичний стресовий розлад постає як одна з найпоширеніших і водночас найскладніших форм психічних порушень серед військових.

Особливої актуальності набуває проблема комплексного вивчення проявів посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців, оскільки посттравматичний стресовий розлад (надалі – ПТСР) впливає не лише на емоційний стан, але й на когнітивні процеси, поведінкові реакції, фізичне самопочуття, професійну ефективність та соціальну адаптацію. Наявність виражених посттравматичних симптомів суттєво ускладнює процес реінтеграції військових у цивільне життя, погіршує міжособистісні стосунки, знижує якість життя та може спричиняти вторинні психологічні розлади, зокрема депресію, тривожні стани, агресивну поведінку та психосоматичні порушення.

Незважаючи на значну кількість наукових, а саме О. Борисова, Н. Главацька, А. Занора, О. Кобець, А. Мельник, С. Петриченко та інших, присвячених проблемі ПТСР, більшість із них мають загальнотеоретичний або клінічний характер і не завжди враховують специфіку сучасного бойового досвіду українських військових, соціокультурний контекст війни, а також поєднання посттравматичних проявів із ресурсними характеристиками особистості. У зв'язку з цим зростає потреба в емпіричних дослідженнях,

спрямованих на виявлення не лише рівня та структури проявів ПТСР, а й психологічних чинників, що можуть як ускладнювати перебіг розладу, так і виступати потенційними ресурсами його подолання.

Особливу наукову та практичну значущість має вивчення взаємозв'язку ПТСР зі стресостійкістю та депресивними проявами. Стресостійкість розглядається як ключовий адаптаційний ресурс, що визначає здатність особистості протистояти екстремальним умовам, зберігати ефективність діяльності та відновлювати психологічну рівновагу після травматичних подій. Водночас депресивні стани часто супроводжують ПТСР, ускладнюють його перебіг і потребують окремої уваги в процесі психодіагностики та психокорекційної роботи.

Актуальність роботи також зумовлена практичними потребами системи психологічного забезпечення Збройних сил та реабілітаційних програм для військових. Сучасні умови вимагають розроблення науково обґрунтованих, структурованих і водночас доступних психологічних стратегій подолання посттравматичного стресового розладу, які можуть бути використані у практиці військових психологів, психотерапевтів і фахівців з психосоціальної підтримки. Визначення ефективних напрямів психокорекційної роботи, конкретних технік, вправ і форм психологічної допомоги має важливе значення для збереження психічного здоров'я військових та їх успішної соціальної адаптації.

Дослідження визначається поєднанням високої соціальної значущості проблеми, недостатньої кількості комплексних емпіричних досліджень проявів посттравматичного стресового розладу у військових в умовах сучасної війни, а також нагальною потребою у науково обґрунтованих психологічних стратегіях подолання ПТСР, орієнтованих на реальні умови професійної діяльності та післявоєнної реінтеграції військовослужбовців.

Мета дослідження – полягає у комплексному вивченні рівня, структури та психологічних особливостей проявів ПТСР у військових, а також у визначенні психологічних стратегій і напрямів психокорекційної роботи,

спрямованих на подолання посттравматичної симптоматики та відновлення психоемоційного функціонування особистості.

Завдання дослідження.

1. Здійснення теоретичного аналізу наукових підходів до розуміння посттравматичного стресового розладу, його симптоматики, механізмів виникнення та специфіки проявів у військових.
2. Узагальнення психологічних, фізіологічних і соціальних наслідків посттравматичного стресового розладу в умовах бойового досвіду.
3. Визначення психотравматичних чинників професійної діяльності військових, що зумовлюють формування та загострення посттравматичної симптоматики.
4. Емпіричне дослідження рівня та структури проявів ПТСР у військових із використанням стандартизованих психодіагностичних методик.
5. Обґрунтування психологічних стратегій подолання ПТСР та визначення напрямів психокорекційної роботи з військовими.

Об’єкт дослідження – ПТСР як психологічне явище, що формується внаслідок переживання військовими екстремальних і травматичних подій.

Предмет дослідження – психологічні особливості проявів посттравматичного стресового розладу у військових, зокрема рівень і структура симптоматики, зв’язок із стресостійкістю та депресивними проявами, а також психологічні стратегії його подолання.

Гіпотеза дослідження полягає в припущенні, що прояви посттравматичного стресового розладу у військових мають складну багаторівневу структуру та характеризуються різним ступенем вираженості симптоматики, яка зумовлюється інтенсивністю бойового досвіду, особливостями індивідуального реагування на травматичні події та рівнем особистісних ресурсів.

Теоретико-методологічна основа ґрунтується на положеннях психології стресу та травми, концепціях ПТСР теоріях адаптації та копінг-поведінки, а також біопсихосоціальному підході до розуміння наслідків

бойової травматизації. Методологічними засадами дослідження є принципи системності, комплексності та наукової обґрунтованості.

Методи дослідження включають теоретичний аналіз і узагальнення наукових джерел, а також емпіричні психодіагностичні методики: шкалу самооцінки проявів посттравматичного стресового розладу PCL-5, опитувальник «Самооцінка стійкості до стресу» та опитувальник депресії Бека. Для обробки результатів застосовувалися методи кількісного аналізу та інтерпретації отриманих даних.

Вибірку дослідження склали 60 військовослужбовці різних підрозділів Сил оборони України, які на момент дослідження перебували на ротації, відновленні, у відпустці або проходили лікування чи реабілітацію поза зоною активних бойових дій.

Структура та обсяг роботи: робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел і додатків. Зміст роботи викладено на 84 сторінках. Робота містить 4 таблиць. Список використаних джерел включає 48 найменувань.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ ТА ЙОГО СПЕЦИФІКИ У ВІЙСЬКОВИХ

1.1. Поняття та основні підходи до визначення посттравматичного стресового розладу

Психологічна травма розглядається О. Назаренко, як складне багатокомпонентне явище, що формується внаслідок переживання подій, інтенсивність і зміст яких істотно перевищують адаптаційні ресурси особистості. Її виникнення пов’язане з досвідом, який не може бути повноцінно інтегрований у наявну систему уявлень про себе, інших і світ загалом. Найчастіше травматичні переживання зумовлюються подіями, що несуть реальну або потенційну загрозу життю, фізичній цілісності чи психічній стабільності людини. До таких подій належать воєнні дії, участь у бойових зіткненнях, перебування під обстрілами, свідчення загибелі або поранення побратимів, а також досвід полону чи постійного очікування небезпеки [31].

На думку К. Волкова травматичний досвід не є уніфікованим за своїм впливом, оскільки його наслідки значною мірою визначаються індивідуально-психологічними особливостями людини, рівнем її попередньої психічної стійкості, наявністю підтримувального соціального середовища та специфікою самої події. Психологічна травма виходить за межі суто емоційних порушень і торкається практично всіх сфер життєдіяльності особистості. Вона може відображатися на фізичному стані, когнітивних процесах, міжособистісних стосунках, професійній діяльності та ціннісно-смисловій сфері [9].

У межах психодинамічного підходу психологічна травма інтерпретується як результат внутрішнього конфлікту, що не отримав належного усвідомлення та символічного опрацювання. О. Назаренко вважає, що травматичний досвід витісняється у несвідоме, однак продовжує впливати

на психічне функціонування, проявляючись у формі нав'язливих спогадів, повторюваних сновидінь, емоційної нестабільності або імпульсивних поведінкових реакцій. З цієї позиції симптоми посттравматичного стресового розладу розглядаються як своєрідні «сигнали» психіки, що вказують на незавершеність внутрішньої переробки травми [31].

Гуманістичний підхід акцентує увагу на порушенні цілісності особистості внаслідок травматичного досвіду. Представники цього напряму вказують (В. Вінс, І. Горбенко, Т. Кузьменко), що психологічна травма обмежує здатність людини до самореалізації, знижує рівень внутрішньої свободи та ускладнює досягнення життєво значущих цілей. Травматичні події не лише фіксуються в минулому досвіді, а й значною мірою визначають подальший життєвий шлях особистості, впливаючи на її уявлення про власні можливості, контроль над подіями та перспективи майбутнього [6].

Формування психологічної травми тісно пов'язане з механізмами стресового реагування. Надмірний стрес на думку П. Котової активує складні нейрофізіологічні та психічні процеси, спрямовані на виживання. Однією з базових реакцій організму є так звана модель «бий або біжи», за якої відбувається мобілізація ресурсів для негайної протидії загрозі або уникнення її. Водночас у ситуаціях надмірної інтенсивності або тривалості стресу може активізуватися механізм «завмирання», що проявляється у відчутті безпорадності, емоційного оніміння та зниженні здатності до активних дій. Саме такі реакції часто фіксуються у військових, які перебували в умовах постійної загрози та невизначеності [23].

Важливий аспект розуміння психологічної травми пов'язаний із соціальним виміром її впливу. Теорія прив'язаності Дж. Боулбі описана в роботі Ю. Костюка наголошує на значущості ранніх міжособистісних зв'язків для формування стресостійкості в дорослому віці. Порушення базового відчуття безпеки в дитинстві або повторювані травматичні події можуть знижувати здатність особистості до побудови довірливих стосунків і ефективного подолання складних життєвих ситуацій у майбутньому. У

військових ці особливості можуть актуалізуватися в умовах бойових дій, посилюючи глибину та стійкість посттравматичних проявів [22].

Залежно від інтенсивності та тривалості дії стресових чинників у дослідженнях В. Малиш виокремлюють гострі, реактивні та хронічні форми стресових станів. Гостра стресова реакція виникає як відповідь на короткотривалу, але надзвичайно інтенсивну подію та зазвичай має минущий характер. Реактивний стрес відзначається більш тривалим перебігом і може зберігатися навіть після зникнення безпосереднього стресора, проявляючись у формі психосоматичних або емоційних порушень. Хронічний стрес формується в умовах постійного або повторюваного впливу негативних факторів, що систематично перевищують адаптаційні можливості особистості.

Хронічна стресова ситуація є особливо характерною для військових, які тривалий час перебувають у зоні бойових дій або виконують службові завдання в умовах підвищеної небезпеки. Постійна напруга, дефіцит відновлення, очікування загрози та повторюваний травматичний досвід сприяють формуванню глибоких змін у когнітивній, емоційній та поведінковій сферах. У таких умовах психоемоційні ресурси поступово виснажуються, а здатність до саморегуляції істотно знижується [28].

Одним із найбільш поширених і водночас найтяжчих наслідків хронічного стресу на думку З. Крижановської та А. Мцдрик є розвиток посттравматичного стресового розладу. Цей стан характеризується стійкістю симптоматики, схильністю до затяжного перебігу та значним впливом на якість життя людини. Найвищий ризик розвитку ПТСР спостерігається саме у військових, оскільки їхня професійна діяльність пов’язана з постійним контактом із подіями, що виходять за межі звичайного людського досвіду. У таких умовах психологічна травма набуває хронічного характеру та проявляється у вигляді виражених порушень емоційної регуляції, мислення, поведінки й соціального функціонування, що зумовлює потребу в системному науковому осмисленні цієї проблеми та пошуку ефективних стратегій її подолання [24].

ПТСР належить до категорії клінічно визначених психічних порушень і принципово відрізняється від загального поняття психологічної травми насамперед стійкістю, структурованістю та системністю своїх проявів. Його формування відбувається як відстрочена реакція на пережиту травматичну подію, зміст якої виходить за межі звичайного людського досвіду та порушує базові уявлення особистості про безпеку, контроль і передбачуваність світу. На відміну від короткочасних стресових реакцій, симптоми посттравматичного стресового розладу мають тенденцію до збереження протягом тривалого часу, поступово вплітаючись у повсякденне функціонування людини та впливаючи на різні сфери її життєдіяльності.

Ключовими ознаками ПТСР виступають нав'язливі, повторювані спогади про травматичний досвід, що можуть виникати як у формі мимовільних думок, так і у вигляді яскравих образів або флешбеків. Водночас відзначається емоційна нестабільність, підвищений рівень тривожності, внутрішня напруженість, а також схильність до соціальної ізоляції та уникнення міжособистісних контактів. Значні труднощі виникають у сфері встановлення й підтримання близьких стосунків, що зумовлено втратою довіри, емоційною відстороненістю та відчуттям нерозуміння з боку оточення. Характерною особливістю посттравматичного стресового розладу є наявність тригерів – специфічних зовнішніх або внутрішніх стимулів, які активізують травматичні переживання та призводять до різкого загострення симптоматики, провокуючи інтенсивні афективні реакції [35].

Клінічна картина ПТСР вирізняється значною різноманітністю, що не дозволяє говорити про єдиний універсальний симптоматичний профіль. Саме ця варіативність стала предметом ґрунтовних досліджень у межах як вітчизняної, так і зарубіжної психологічної та психіатричної науки. Послідовний аналіз накопичених емпіричних даних сприяв поступовому виокремленню посттравматичного стресового розладу в самостійну нозологічну одиницю, що знайшло відображення в міжнародних діагностичних класифікаціях. Важливим етапом у цьому процесі стало

формулювання чітких діагностичних критеріїв, які дозволили відмежувати ПТСР від інших стрес-індукованих порушень. Зокрема, у класифікації DSM-IV травматичний досвід визначається як безпосередній контакт із подією, що несе загрозу життю або фізичній цілісності людини чи її близького оточення, та супроводжується інтенсивним переживанням страху, безпорадності або жаху в момент події [8].

О. Кобець вважає становлення клінічної концепції посттравматичного стресового розладу значною мірою спирається на дослідження психологічних механізмів опрацювання травматичного досвіду. У межах когнітивно-поведінкового підходу особлива увага приділяється формуванню нав'язливих спогадів, які підтримують повторне переживання травматичних подій і сприяють закріпленню дезадаптивних схем мислення. Такі схеми часто пов'язані з переконаннями про постійну небезпеку, власну безпорадність або нездатність контролювати події. Одним із центральних проявів ПТСР у цьому контексті вважається уникнення – свідоме або несвідоме прагнення дистанціюватися від ситуацій, об'єктів чи осіб, що асоціюються з травматичним досвідом. Паралельно з цим формується емоційне оніміння, яке виявляється у зниженні здатності відчувати радість, інтерес або задоволення від діяльності, що раніше мала особистісну значущість [19].

Результати досліджень в роботі М. Кроковської описані механізмів розвитку посттравматичного стресового розладу дозволили також окреслити його зв'язок зі спадковою схильністю до психічних порушень. Зазначається, що наявність певних психопатологічних станів у родинному анамнезі може підвищувати вразливість до травматичних впливів. Це пов'язується з особливостями функціонування нервової системи, зокрема з рівнем реактивності, стресостійкості та здатності до емоційної саморегуляції. Крім того, підкреслюється, що посттравматичний стресовий розлад нерідко формується на тлі вже наявних психічних або емоційних порушень, які зумовлюють домінування негативних афективних станів і створюють підґрунтя для закріплення травматичного досвіду [25, с. 45-46].

Клінічна симптоматика ПТСР охоплює широкий спектр когнітивних, емоційних і поведінкових змін, що проявляються з різним ступенем інтенсивності. До найбільш характерних симптомів належать нав'язливі спогади про травматичні події, які можуть виникати спонтанно або під впливом специфічних тригерів, а також повторювані кошмарні сновидіння. Поширеними є переживання провини перед загиблими або тими, хто зазнав ушкоджень унаслідок травматичної події, що посилює внутрішній емоційний конфлікт. Значне місце в структурі розладу посідають стратегії уникнення, які проявляються у соціальній ізоляції, емоційному відчуженні, зниженні загальної активності та поступовій втраті інтересу до навколишнього світу. Водночас фіксується підвищена збудливість нервової системи, що виражається у дратівливості, порушеннях сну, труднощах концентрації уваги та надмірній реактивності на зовнішні стимули.

1.2. Симптоми та діагностичні критерії посттравматичного стресового розладу

Окремий напрям наукових досліджень присвячений аналізу впливу бойового стресу на формування супутніх психічних порушень. У працях В. Вінс, І. Горбенко, Т. Кузьменко [6], Ю. Костюк [22], В. Малиш [28] наголошується, що на сьогодні наукова спільнота не дійшла єдиної позиції щодо чіткого співвідношення між типами травматичних подій і специфічними профілями симптомів. У цьому контексті В. Вишньовський [5], М. Галич та В. Литвин [10], П. Котова [23], с. Петриченко [35], І. Щирук [42] підкреслюють, що поглиблений аналіз взаємозв'язку між бойовим досвідом і розвитком посттравматичного стресового розладу має принципове значення для побудови обґрунтованих етіологічних моделей, а також для вдосконалення профілактичних і терапевтичних стратегій, орієнтованих на осіб із досвідом воєнної травматизації.

Посттравматичний стресовий розлад розглядається як складний багаторівневий психопатологічний стан, що формується у відповідь на вплив екстремальних стресових подій, які істотно перевищують межі звичного людського досвіду та порушують базові уявлення про безпеку, стабільність і контроль над власним життям. Процес наукового осмислення цього розладу та його діагностичних критеріїв мав поступовий характер і зазнавав суттєвих змін упродовж розвитку психіатричної та психологічної науки. Перші спроби офіційного визначення ПТСР були здійснені у третьому виданні Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів Американської психіатричної асоціації, що стало важливим кроком у систематизації стрес-індукованих психічних порушень.

До цього періоду реакції на сильний стрес не мали чіткої нозологічної визначеності та описувалися в межах загальних категорій невротичних або адаптаційних розладів. Однак накопичення клінічних спостережень, зокрема серед осіб із досвідом бойових дій, катастроф або насильства, засвідчило наявність специфічного симптомокомплексу, що відрізняється стійкістю, повторюваністю та системним впливом на психічне функціонування. Це дозволило виокремити посттравматичний стресовий розлад як самостійну нозологічну одиницю та закласти підґрунтя для подальшого уточнення його діагностичних меж.

Психологічна травма, яка виступає центральним пусковим механізмом розвитку ПТСР на думку К. Волкова, може включати безпосередню загрозу життю, серйозне фізичне ушкодження або досвід сексуального насильства. Водночас у діагностичному контексті вирішальне значення має не лише об’єктивний факт травматичного впливу, а й суб’єктивний спосіб його переживання. Подія набуває травматичного характеру тоді, коли вона супроводжується інтенсивними афективними реакціями, зокрема відчуттям страху, безпорадності або жаху, що виходять за межі звичних емоційних переживань. Саме ця суб’єктивна складова значною мірою визначає подальший розвиток симптоматики та її індивідуальну специфіку [9].

Симптоматичний комплекс посттравматичного стресового розладу описаний в роботах І. Коваленко, О. Березан та В. Помогайбо охоплює кілька взаємопов'язаних компонентів, які відображають порушення когнітивної, емоційної та поведінкової сфер. Одним із провідних симптомів є нав'язливе повторне переживання травматичної події, що може проявлятися у формі мимовільних спогадів, флешбеків або сновидінь із травматичним змістом. Ці переживання часто супроводжуються інтенсивними фізіологічними реакціями, такими як прискорене серцебиття, підвищене потовиділення або відчуття задухи. Іншим важливим компонентом є уникнення, яке виявляється у свідомому або несвідомому прагненні уникати ситуацій, місць, осіб чи внутрішніх станів, що асоціюються з травматичним досвідом. Поряд із цим спостерігається гіперзбудження нервової системи, яке проявляється у підвищеній дратівливості, труднощах концентрації уваги, порушеннях сну, надмірній пильності та підвищеній реактивності на зовнішні подразники [20].

Сучасні підходи до діагностики посттравматичного стресового розладу ґрунтуються на критеріях, сформульованих у DSM-5 та подальших оновленнях DSM-5-TR. У п'ятому виданні цієї класифікації здійснено низку принципових змін, спрямованих на уточнення клінічної картини розладу. Зокрема, було скасовано обов'язкову вимогу щодо наявності реакції страху, безпорадності або жаху під час самої травматичної події, що дозволило ширше враховувати індивідуальні особливості реагування. Крім того, переглянуто структуру симптоматичних кластерів, що сприяло більш точній диференціації ПТСР від інших стресових і тривожних розладів. Важливим нововведенням стало виділення окремої діагностичної категорії «Розлади, пов'язані з травмою та стресом», яка підкреслює специфічність механізмів формування цих станів [1; 11].

Окремої уваги в діагностичному процесі потребують дисоціативні симптоми, які можуть істотно ускладнювати клінічну картину посттравматичного стресового розладу. Дисоціативна специфікація включає явища деперсоналізації, що проявляються у відчутті відчуженості від власного

тіла або психічних процесів, а також дереалізації, за якої навколишній світ сприймається як нереальний, віддалений або «відчужений». Наявність таких симптомів може значно погіршувати соціальну адаптацію особистості, знижувати ефективність психотерапевтичних втручань і потребує особливої уваги під час планування лікування. Ще однією важливою характеристикою є відкладена специфікація, коли повна клінічна картина ПТСР формується не одразу, а через шість і більше місяців після травматичної події.

Епідеміологічні дослідження свідчать, що загальна поширеність посттравматичного стресового розладу залишається відносно стабільною, незважаючи на зміни діагностичних критеріїв у DSM-5. Окремі корективи, зокрема виключення раптової смерті близької людини з переліку травматичних подій, призвели лише до незначного зменшення кількості діагностованих випадків. Водночас простежується чітка гендерна асиметрія: жінки демонструють вищі показники поширеності ПТСР порівняно з чоловіками. Це явище пов’язується як із біологічними та соціальними чинниками, так і з більшою ймовірністю переживання травматичних подій міжособистісного характеру [29, с. 7].

Сучасне розуміння ПТСР базується на багатофакторному підході, що охоплює біологічні, психологічні та соціальні компоненти. Дослідження вказують на важливу роль нейробіологічних механізмів, зокрема порушень у функціонуванні гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі, а також змін у роботі мигдалеподібного тіла та префронтальної кори, які відповідають за регуляцію емоцій і контроль реакцій на загрозу. Паралельно з цим значущими є когнітивні чинники, серед яких негативні автоматичні думки, фрагментарна інтеграція травматичних спогадів у структуру автобіографічної пам’яті та знижений рівень когнітивної гнучкості.

Оновлення DSM-5-TR додатково акцентує увагу на необхідності врахування культурного контексту в діагностиці посттравматичного стресового розладу. Соціокультурні умови можуть істотно впливати як на зміст і форму симптомів, так і на способи їх прояву та усвідомлення. Це потребує

диференційованого та чутливого підходу до оцінки психічного стану, особливо в умовах глобальних кризових явищ, зокрема збройних конфліктів, масштабних міграційних процесів і гуманітарних катастроф, які значно підвищують ризик розвитку ПТСР у різних соціальних групах [34].

З позицій нейробіологічного підходу представлений Є. Божко ПТСР розглядається як наслідок глибоких і взаємопов'язаних змін, що виникають у відповідь на вплив потужних зовнішніх травматичних чинників та відображаються у порушенні функціонування як центральної, так і вегетативної нервової системи. У процесі формування ПТСР відбувається розбалансування нейроендокринної регуляції, зокрема гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової системи, яка відіграє ключову роль у відповіді організму на стрес. Цей дисбаланс супроводжується надмірною або пролонгованою секрецією кортизолу, порушенням регуляції катехоламінів, а також функціональними змінами серотонінергічної та дофамінергічної систем, що безпосередньо впливає на емоційну стабільність, мотивацію та когнітивні процеси. Підвищений рівень кортизолу зумовлює структурні та функціональні зміни у таких мозкових утвореннях, як гіпокамп, мигдалеподібне тіло та префронтальна кора, які забезпечують процеси пам'яті, емоційної регуляції та контролю поведінки [3].

На біохімічному рівні ПТСР супроводжується порушеннями метаболічних процесів, зокрема вуглеводного та ліпідного обміну. Ці зміни можуть проявлятися у вигляді стійкої гіперглікемії та гіперліпідемії, що мають системний характер. Підвищення концентрації глюкози в крові часто пов'язується зі зниженням чутливості тканин до інсуліну та формуванням інсулінорезистентності. У свою чергу, це призводить до порушення судинної регуляції, зниження ефективності нейронального метаболізму та підвищення ризику розвитку супутніх соматичних захворювань. Гіперліпідемія характеризується зростанням рівня загального холестерину, тригліцеридів і ліпопротеїнів низької щільності, що негативно позначається на стані серцево-судинної системи та створює передумови для атеросклеротичних змін [11].

Одним із ключових патобіохімічних механізмів розвитку ПТСР вважається активація процесів вільнорадикального окиснення, що супроводжується надмірним утворенням активних форм кисню на тлі зниження антиоксидантного захисту організму. Окислювальний стрес призводить до пошкодження клітинних мембран, білкових структур і нуклеїнових кислот, що порушує цілісність нейрональних зв'язків і може спричиняти дегенеративні зміни в нервовій тканині. Особливого значення набувають порушення структури нейрональних мембран і дисфункція мітохондрій, які зумовлюють зниження рівня енергозабезпечення клітин. Це, у свою чергу, негативно впливає на процеси нейропластичності та нейрогенезу, що є критично важливими для відновлення психічних функцій після травматичного досвіду [37].

Сукупність зазначених біохімічних і нейрофізіологічних змін виступає провідним патогенетичним підґрунтям розвитку низки патофізіологічних порушень, які обумовлюють виникнення як неврологічних, так і соматичних ускладнень при посттравматичному стресовому розладі. Вплив цих процесів на організм виявляється у зниженні когнітивної продуктивності, порушеннях пам'яті та уваги, емоційній лабільності, хронічних розладах сну, дисфункції серцево-судинної системи, а також у підвищеній схильності до психосоматичних і нейродегенеративних захворювань.

Психологічна травматизація військових часто проявляється у вигляді різноманітних симптомокомплексів, серед яких провідне місце займають депресивні стани, підвищена агресивність, аутоагресивна поведінка та суїцидальні тенденції. Ці прояви нерідко ускладняються втратою життєвих орієнтирів, зниженням відчуття сенсу майбутнього, надмірною зосередженістю на травматичних подіях минулого або феноменом так званої «фронтової ностальгії», коли бойовий досвід набуває парадоксальної емоційної привабливості. У межах концепцій соціально-психологічної реабілітації травмованих осіб запропоновано поетапні моделі відновлення, які враховують емоційні, когнітивні та поведінкові аспекти пережитого

травматичного досвіду, а також механізми поступового подолання його наслідків [9].

У клінічній практиці прийнято розрізняти первинні та вторинні симптоми посттравматичного стресового розладу, які відрізняються за тривалістю перебігу, інтенсивністю та характером проявів [5]. Первинні симптоми зазвичай виникають безпосередньо після травматичної події, тоді як вторинні можуть формуватися з часом, на тлі хронічного стресу та недостатньої психологічної підтримки.

Результати досліджень свідчать, що прояви травматичних станів значною мірою зумовлюються соціально-культурним і воєнним контекстом. Зокрема, завершення бойових дій або вихід із зони безпосередньої загрози не завжди призводить до зменшення симптоматики, а в окремих випадках, навпаки, супроводжується появою нових форм посттравматичних порушень. До них належать дисоціативні розлади, пов’язані з тривалим перебуванням у полоні, пережитими катуваннями або іншими формами системного насильства. Окремої уваги заслуговує феномен трансгенераційної передачі травми, за якого травматичний досвід батьків опосередковано впливає на психічне здоров’я їхніх дітей. Це може проявлятися у формі вторинної травматизації, підвищеної тривожності, депресивних станів або інших психологічних порушень, що підкреслює довготривалий і багатовимірний характер наслідків посттравматичного стресового розладу.

1.3. Психологічні, фізіологічні та соціальні наслідки посттравматичного стресового розладу

ПТСР є одним із найбільш поширених і водночас найбільш складних наслідків участі у воєнних діях, що істотно впливає на психічний і фізичний стан військових. Пережитий бойовий досвід, постійна загроза життю, втрати побратимів та тривале перебування в умовах екстремального напруження формують ґрунт для виникнення глибоких психічних порушень, які можуть

зберігатися протягом багатьох років після завершення активної фази бойових дій. ПТСР виступає не лише окремим психічним розладом, а й фактором, що запускає ланцюг вторинних психологічних, соматичних і соціальних проблем [36, с. 128].

Відсутність очевидних тілесних ушкоджень у військових не є показником збереженого здоров'я, оскільки психологічна травма часто має прихований характер. Невидимі емоційні та психічні ушкодження можуть бути не менш руйнівними, ніж фізичні поранення. Вони суттєво впливають на внутрішній стан особистості, здатність до побудови близьких стосунків, підтримання сімейних ролей і повноцінної взаємодії з соціальним оточенням. У багатьох випадках саме ці наслідки стають причиною тривалих міжособистісних конфліктів, емоційної відчуженості та соціальної ізоляції [1].

До найбільш поширених негативних наслідків посттравматичного стресового розладу належать депресивні стани, тривожні розлади, порушення сну, емоційне виснаження, а також схильність до зловживання алкоголем і психоактивними речовинами. Такі форми поведінки часто виконують функцію неусвідомленої спроби зменшити внутрішню напругу або притлумити нав'язливі спогади. Поряд із цим ПТСР асоціюється з низкою соціальних проблем, серед яких безробіття, нестабільна або неповна зайнятість, фінансові труднощі, безпритульність і підвищений ризик залучення до протиправної діяльності. У сукупності ці чинники істотно ускладнюють процес повернення військових до мирного життя та повноцінної соціальної ролі.

Наукові дослідження свідчать, що військові з бойовою психічною травмою нерідко демонструють емоційну відстороненість, зниження здатності до емпатії та труднощі у вираженні почуттів. За спостереженнями О. Дичко, А. Гайнутдінов та О. Карлов, ці особливості сприяють формуванню соціальної ізоляції та поступовому відчуженню від близького оточення. Подібні зміни негативно позначаються на якості сімейних стосунків, ускладнюють подружню та батьківську взаємодію, а також знижують рівень соціальної

підтримки, яка є критично важливою для відновлення психічного здоров’я [12].

Результати епідеміологічних досліджень демонструють високі показники поширеності ПТСР серед ветеранів війни. За різними даними, цей розлад виявляється у 14–30% військових, які брали участь у бойових діях. Для порівняння, серед ветеранів операцій Enduring Freedom та Iraqi Freedom рівень поширеності ПТСР становить близько 23%, що підтверджує масштабність проблеми. Особливо тривожним є той факт, що наслідки посттравматичного стресового розладу можуть зберігатися протягом десятиліть. Це яскраво ілюструється прикладами ветеранів В’єтнамської війни, у яких навіть через 40 і більше років після завершення воєнного конфлікту фіксуються тяжкі депресивні стани та інші психічні порушення. Такий перебіг захворювання свідчить про його хронічний характер і потребу в тривалій, системній медичній та психіатричній допомозі [9].

Окремої уваги заслуговує вплив ПТСР на рівень бойової готовності та професійну ефективність військових. Порушення емоційної регуляції, зниження концентрації уваги, підвищена втомлюваність і зменшення стресостійкості істотно обмежують здатність до виконання складних завдань в умовах підвищеної небезпеки. У цьому контексті ПТСР набуває значення не лише медико-психологічної, а й стратегічної проблеми, оскільки безпосередньо впливає на функціонування військових підрозділів. Це зумовлює необхідність розробки та впровадження ефективних програм психологічної реабілітації й соціальної адаптації військових з метою збереження їхнього психічного здоров’я та підтримання обороноздатності держави.

Серед соціально-поведінкових наслідків посттравматичного стресового розладу особливо вираженим є підвищений ризик формування девіантних моделей поведінки. Вони можуть проявлятися у зловживанні психоактивними речовинами, імпульсивній або агресивній поведінці, труднощах дотримання соціальних норм і правил, а також у загальній соціальній дезадаптації. Такі

зміни значною мірою обумовлені порушенням механізмів емоційної саморегуляції та контролю імпульсів, що підвищує чутливість до стресових подразників і ускладнює конструктивне реагування на життєві труднощі [10].

Сукупність психологічних, фізіологічних і соціальних наслідків посттравматичного стресового розладу істотно впливає на загальне функціонування особистості, її професійну реалізацію, міжособистісні стосунки та якість життя загалом. Це зумовлює потребу в комплексному, міждисциплінарному підході до діагностики, профілактики та психотерапевтичного супроводу військових із ПТСР, що має враховувати не лише клінічні прояви розладу, а й широкий соціальний контекст його формування та перебігу [9].

Дослідження ПТСР традиційно здійснюється в контексті аналізу дезадаптаційних станів, що формуються у військових як наслідок безпосередньої участі в бойових діях. У сучасній психологічній науці все більшої уваги набуває уявлення про поліфункціональний характер бойової травми, яка охоплює не лише психічну сферу, а й фізіологічні, когнітивні та соціальні аспекти життєдіяльності особистості. Бойова травма розглядається як комплексний вплив екстремального середовища, що порушує базові механізми психічної регуляції та істотно змінює внутрішню картину світу військового. Тривале перебування в умовах загрози життю, постійної напруги та невизначеності призводить до порушення відчуття психологічної безпеки, виснаження адаптаційних ресурсів і формування стійких психоемоційних порушень.

Психологічні наслідки участі військових у бойових діях часто проявляються у вигляді складних і взаємопов’язаних психоемоційних станів, серед яких найбільш поширеними є депресивні розлади, тривожність і агресивні реакції. Пережиті бойові зіткнення, систематичний стрес, насильство та втрати суттєво впливають на психічне здоров’я військових, формуючи тривалі порушення, що значно ускладнюють процес повернення до мирного життя та повноцінного соціального функціонування [13].

Депресія належить до найпоширеніших психологічних реакцій серед осіб, які мають досвід бойових дій. Після завершення служби військові нерідко стикаються з глибоким емоційним пригніченням, відчуттям спустошеності, втратою сенсу життя та байдужістю до подій навколишнього світу. Такі стани супроводжуються почуттям безнадійності, внутрішньої ізольованості та емоційного віддалення від близьких людей. Часто спостерігається фіксація на травматичних спогадах, пов'язаних із втратами та пережитими подіями під час служби, що істотно знижує суб'єктивну якість життя. Депресивні прояви негативно впливають на здатність виконувати повсякденні обов'язки, підтримувати професійну активність і вибудовувати стабільні міжособистісні стосунки.

Тривожність, у свою чергу, є типовою та стійкою реакцією на пережитий бойовий стрес. Постійна загроза життю та безпеці, характерна для умов війни, формує стан хронічної настороженості, який може зберігатися навіть після припинення реальної небезпеки. Військові часто відчувають постійне внутрішнє напруження, надмірну пильність, труднощі з розслабленням і засинанням. Нерідко такі стани супроводжуються панічними нападами, різкими емоційними реакціями на звичайні подразники та відчуттям втрати контролю над власними реакціями. Хронічна тривожність значно ускладнює адаптацію до мирного життя і може виступати фактором ризику розвитку інших психічних розладів.

Агресія є ще одним важливим компонентом психологічних наслідків бойового досвіду. В умовах війни агресивні реакції часто мали адаптивний характер і були необхідними для виживання. Однак після повернення до цивільного життя ці форми реагування можуть зберігатися та втрачати свою функціональність. Військові можуть демонструвати підвищену дратівливість, імпульсивність, схильність до спалахів гніву, що негативно впливає на їх соціальні взаємодії та сімейні стосунки. Агресія нерідко виступає способом непрямого вираження внутрішньої тривоги, страху або емоційної напруги, проте за відсутності своєчасної психологічної допомоги вона може призводити

до серйозних особистісних і соціальних наслідків, включаючи конфлікти, соціальну ізоляцію та насильницьку поведінку [18].

До фізіологічних наслідків участі у бойових діях належать психосоматичні розлади та хронічний біль, які істотно знижують якість життя військових. Психосоматичні захворювання виникають у тих випадках, коли тривалий психологічний стрес, емоційне виснаження або депресивні стани трансформуються у фізичні симптоми, що не мають чіткого органічного підґрунтя. Такі прояви можуть включати головний біль, порушення з боку шлунково-кишкового тракту, серцево-судинні розлади, м'язову напругу та інші функціональні порушення. Психосоматичні симптоми часто мають хронічний перебіг і суттєво обмежують повсякденну активність, ускладнюючи професійну діяльність і соціальні контакти.

Хронічний біль є ще одним серйозним наслідком бойового досвіду. Він може бути пов'язаний як із реальними фізичними травмами, отриманими під час бойових дій, так і з психогенними механізмами, що формуються на тлі тривалого стресу та психологічної травматизації. Такий біль часто має стійкий характер, важко піддається лікуванню та супроводжується постійним відчуттям дискомфорту. Військові, які страждають від хронічного болю, нерідко переживають почуття безвихідності та зневіри, оскільки традиційні медичні втручання не завжди забезпечують очікуваний ефект. Крім того, хронічний біль може посилювати депресивні та тривожні прояви, формуючи замкнене коло, у якому фізичні й психологічні порушення взаємно підсилюють одне одного та ускладнюють процес відновлення.

1.4. Специфічні особливості проявів посттравматичного стресового розладу у військових

Переживання психотравматичного досвіду у військових у більшості випадків супроводжується складним комплексом психофізичних та емоційних реакцій, які істотно трансформують поведінку особистості та знижують її

здатність ефективно функціонувати у звичних життєвих і професійних умовах [10; 24]. Ці реакції мають як гострий, так і пролонгований характер і залежать від інтенсивності травматичного впливу, тривалості перебування в екстремальних умовах, а також індивідуальних психологічних ресурсів військового.

Одним із найбільш типових початкових проявів психотравми є стан шоку, за якого спостерігається емоційне оніміння та відчуття відчуженості від навколишньої реальності. У такому стані людина ніби втрачає здатність повноцінно переживати емоції, реагувати на події та усвідомлювати їхній зміст. За зовнішньою беземоційністю часто приховуються надмірно інтенсивні внутрішні переживання, обсяг яких перевищує можливості психіки до їх усвідомленого опрацювання. Поряд із цим можуть фіксуватися тілесні прояви, зокрема тремор, загальна слабкість або зниження м’язового тонусу, що є відображенням загальної фізіологічної реакції організму на сильний стрес.

Характерною ознакою посттравматичних проявів є також зміни з боку зорової поведінки. У військових може спостерігатися або часте, напружене моргання, або, навпаки, пильний, «застиглий» погляд, який свідчить про підвищений рівень настороженості та готовність до реагування на потенційну загрозу. Такі прояви є зовнішнім відображенням високої емоційної напруги та внутрішнього дискомфорту. До типових фізіологічних реакцій належать інтенсивне потовиділення, прискорене серцебиття, коливання дихання, що є результатом активації вегетативної нервової системи в умовах пережитої або очікуваної небезпеки [27].

Важливою специфічною рисою ПТСР у військових є труднощі з емоційною регуляцією. Негативні емоції, які не можуть бути усвідомлені та «контейнеровані», набувають неконтрольованого характеру, посилюючи внутрішній психоемоційний напружений стан. Людина відчуває постійну внутрішню тривогу, напруження та очікування загрози, що проявляється у надмірній настороженості та підвищеній чутливості до зовнішніх стимулів.

Навіть нейтральні події можуть сприйматися як потенційно небезпечні, викликаючи непропорційно сильні реакції.

До специфічних проявів належать і порушення мовлення. Вони можуть варіюватися від уповільнення, збіднення або тимчасової втрати мовлення до, навпаки, надмірної, імпульсивної та неконтрольованої мовної активності. Такі зміни є наслідком порушення процесів саморегуляції та ускладнення ефективної комунікації з оточенням. Часто мовленнєві труднощі поєднуються з дратівливістю, різкими спалахами гніву та конфліктною поведінкою, що істотно ускладнює міжособистісні взаємодії [32].

Порушення сну є ще однією поширеною та стійкою ознакою посттравматичних розладів. Військові нерідко скаржаться на труднощі із засинанням, часті пробудження, нічні кошмари або відчуття поверхневого, не відновлювального сну. Хронічний дефіцит повноцінного відпочинку призводить до зниження загального рівня працездатності, підвищеної втомлюваності та погіршення когнітивних функцій. Зокрема, зменшується здатність до концентрації уваги, що негативно позначається як на виконанні побутових справ, так і на професійній діяльності.

До більш тяжких проявів психічної травми належать дисоціативні симптоми, які можуть включати змінене сприйняття навколишньої реальності або власного «Я». Військові можуть переживати відчуття відстороненості, нереальності того, що відбувається, або емоційного «відключення» від себе та оточення. Такі стани нерідко супроводжуються труднощами з відтворенням окремих аспектів травматичної події, що проявляється у фрагментарній або повній амнезії. Окрім цього, формується тенденція до уникнення всього, що може нагадувати про пережиту травму, включно з думками, розмовами, місцями чи конкретними зовнішніми тригерами [43].

У віддаленій перспективі можуть з’являтися більш складні психопатологічні симптоми, зокрема галюцинаторні переживання, агорафобія або інші тривожні розлади, що виникають як наслідок хронічного психологічного перенапруження. Часткова або повна амнезія травматичних

подій у цьому випадку розглядається як захисний механізм психіки, спрямований на зменшення інтенсивності болісних спогадів.

Поєднання кількох виражених негативних проявів є підставою для скерування військових на психологічну або психотерапевтичну реабілітацію. До таких показань належать перенесена гостра реакція на стрес у момент психотравмуючої ситуації, що може проявлятися у формі ступору, вираженого збудження або панічних реакцій, а також тривала емоційна напруга, стійкі порушення сну та уникнення соціальних контактів. Особливої уваги потребують випадки, коли тривожні стани супроводжуються соматичними симптомами, зокрема болем у ділянці серця, головним болем, коливаннями артеріального тиску, запамороченням чи нудотою за відсутності органічної патології. Такі прояви свідчать про глибину психотравматичного впливу та необхідність своєчасного втручання фахівців.

Іншими суттєвими індикаторами посттравматичних порушень є розлади, що проявляються у стійких змінах особистісних характеристик, зростанні дратівливості, частих спалахах гніву та агресивних реакціях, які поступово призводять до порушення процесів соціальної адаптації. Подібні прояви не лише ускладнюють повсякденну взаємодію з оточенням, а й можуть набувати хронічного характеру, істотно впливаючи на якість життя військових. У таких випадках симптоматика часто виходить за межі суто психологічних труднощів і потребує комплексного медико-психологічного втручання, оскільки агресивність і емоційна нестабільність здатні руйнувати міжособистісні стосунки, професійні контакти та соціальні зв’язки загалом [45].

Окремої уваги потребують соматичні прояви, які супроводжують ПТСР. Розлади шлунково-кишкового тракту, больові відчуття у внутрішніх органах або кінцівках, а також дискомфорт у ділянках перенесених поранень чи травм нерідко виступають сигналами глибшої психічної травматизації. У таких випадках тілесні симптоми можуть виконувати функцію своєрідного «мовчазного повідомлення» про потребу в психологічній допомозі, оскільки

саме через соматичні скарги психіка намагається компенсувати неможливість усвідомленого опрацювання травматичного досвіду.

Важливу роль у ранньому виявленні посттравматичних порушень відіграє найближче соціальне оточення військового. Коли члени родини або близькі помічають у поведінці людини нетипові зміни, що можуть свідчити про стресові або посттравматичні реакції, надзвичайно важливо своєчасно звернути увагу на ці сигнали та, за потреби, ініціювати звернення до психолога або психіатра. За наявності характерних скарг фахівці мають виявляти підвищену настороженість і комплексно оцінювати психоемоційний стан особи.

Серед таких скарг часто фіксується постійне відчуття внутрішньої напруженості та очікування негативних подій, що свідчить про хронічну тривогу й стан психологічної нестабільності. Ці переживання нерідко поєднуються з почуттям соціальної нереалізованості, заниженою самооцінкою та відчуттям власної меншовартості у порівнянні з іншими. У поведінці може домінувати страх бути осудженим, знеціненим або проігнорованим, що поступово формує уникнення соціальних контактів і знижує готовність до міжособистісної взаємодії. Небажання вступати у близькі або навіть формальні стосунки часто зумовлюється відсутністю впевненості у власній привабливості та значущості для інших, що є проявом соціальної тривожності та низького рівня самоприйняття. Додатковим маркером виступає свідоме обмеження соціальних зв’язків з міркувань фізичної або психологічної безпеки, яке відображає прагнення уникати потенційно стресових ситуацій і контактів [10].

Аналіз наукових джерел, присвячених функціональним змінам в організмі людини в умовах стресу, дозволяє виокремити чотири основні типи субсиндромів, що формуються під час переживання психотравмуючих подій. Найбільш первинним у філогенетичному аспекті вважається вегетативний субсиндром, оскільки діяльність вегетативної нервової системи не контролюється свідомо та активізується незалежно від характеру стресового

чинника. До його основних проявів належать підвищення тонусу серцево-судинної системи, активація фагоцитарних реакцій, прискорення регенеративних процесів, посилене потовиділення, нудота або блювота. У разі тривалої дії стресора та виснаження адаптаційних резервів організму ці реакції можуть трансформуватися у соматичні захворювання, зокрема серцево-судинні порушення або зниження імунного захисту [35; 44].

Емоційно-поведінковий субсиндром характеризується змінами у зовнішніх реакціях і формах поведінки, що виникають під впливом стресу. Інтенсивність таких змін може коливатися від незначних зрушень емоційного фону до гострих афективних проявів, серед яких плач, істеричні реакції, агресивна поведінка або, навпаки, виражена апатія. Подібні реакції свідчать про значний емоційний тиск, який переживає особа, та про труднощі з адекватною регуляцією власних емоційних станів.

Когнітивний субсиндром охоплює порушення пізнавальних процесів, зокрема сприйняття, уваги, мислення й пам’яті. Під впливом тривалого стресу може змінюватися самосвідомість, що проявляється у трансформації Я-образу, зниженні самооцінки та втраті відчуття цілісності власної особистості. Такі зміни ускладнюють осмислення реальності, знижують здатність до гнучкого мислення та адекватного реагування на нові обставини.

Соціально-психологічний субсиндром відображає трансформації у виконанні соціальних ролей і стилі міжособистісного спілкування осіб, які перебувають у стані стресу. У поведінці можуть проявлятися як соціально прийнятні, так і соціально деструктивні тенденції, що впливають на характер взаємодії з оточенням. Подібні зміни нерідко призводять до порушення соціальної адаптації, конфліктів у сім’ї та професійному середовищі, що зумовлює необхідність цілеспрямованої психологічної корекції.

За наявності зазначених ознак доцільним є своєчасне звернення до фахівців, оскільки вони можуть свідчити про глибокі порушення психоемоційного стану особи. Такі стани потребують професійної

діагностики, психологічного супроводу та комплексної підтримки з метою відновлення адаптаційних можливостей і стабілізації психічного здоров'я.

Висновки до першого розділу

Проведений теоретичний аналіз проблеми ПТСР дозволив цілісно осмислити багатовимірний характер цього феномену та виявити ключові закономірності його формування, перебігу й наслідків у військових в умовах воєнних дій. Узагальнення наукових підходів, сучасних психологічних і нейробіологічних концепцій, а також емпіричних даних дало змогу розкрити посттравматичний стресовий розлад не лише як окрему клінічну категорію, а як складний системний стан, що охоплює психічний, фізіологічний і соціальний рівні функціонування особистості.

У межах першого розділу показано, що психологічна травма є базовим чинником розвитку ПТСР та формується внаслідок переживання подій, які виходять за межі звичного людського досвіду і перевищують адаптаційні ресурси психіки. Підкреслено, що для військових такі події мають не лише екстремальний, а й хронічний характер, оскільки бойові дії поєднують постійну загрозу життю, втрати побратимів, морально-етичні дилеми та тривалу психоемоційну напругу. Це створює специфічні умови для формування посттравматичних розладів, які відрізняються стійкістю та складністю клінічної картини.

Аналіз теоретичних підходів до визначення ПТСР засвідчив, що сучасне розуміння цього стану ґрунтується на інтеграції психодинамічних, когнітивно-поведінкових, гуманістичних і біопсихосоціальних концепцій. Показано, що ПТСР не зводиться виключно до емоційних порушень, а охоплює когнітивні, поведінкові, соматичні та соціальні зміни, які істотно трансформують життєдіяльність військових. Це дозволяє розглядати ПТСР як багаторівневий процес дезадаптації, що потребує комплексного наукового аналізу та міждисциплінарного підходу.

У ході дослідження симптомів і діагностичних критеріїв посттравматичного стресового розладу. Встановлено, що клінічна картина ПТСР характеризується значною варіативністю та індивідуальною специфікою. Водночас виділено стабільні симптоматичні кластери, пов’язані з повторним переживанням травматичних подій, уникненням нагадувань про травму, підвищеною вегетативною збудливістю та негативними змінами у когнітивній і емоційній сферах. Показано, що еволюція діагностичних критеріїв у межах DSM-5 та DSM-5-TR сприяла точнішому розмежуванню посттравматичного стресового розладу з іншими психічними порушеннями та врахуванню культурного й соціального контексту його проявів, що є особливо актуальним для військових у сучасних умовах війни.

Окрему увагу приділено нейробіологічним і патофізіологічним механізмам розвитку ПТСР. Узагальнення наукових даних дозволило дійти висновку, що ПТСР супроводжується глибокими порушеннями нейроендокринної регуляції, дисбалансом гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової системи, змінами у функціонуванні серотонінергічної та дофамінергічної систем, а також структурно-функціональними змінами в гіпокампі, мигдалеподібному тілі та префронтальній корі. Встановлено, що ці нейробіологічні зрушення створюють підґрунтя для порушень пам’яті, емоційної регуляції, когнітивної гнучкості та здатності до адаптації.

Показано, що на біохімічному рівні ПТСР асоціюється з порушеннями обміну речовин, активацією процесів окислювального стресу та зниженням антиоксидантного потенціалу організму, що підсилює ризик розвитку соматичних і психосоматичних захворювань. Унаслідок цього посттравматичний стресовий розлад постає як стан, що має системний вплив на організм і потребує комплексного підходу до діагностики та лікування.

У процесі аналізу психологічних, фізіологічних і соціальних наслідків ПТСР встановлено, що цей розлад істотно знижує якість життя військових і впливає на всі сфери їх функціонування. Виявлено, що ПТСР асоціюється з депресивними та тривожними станами, агресивною та аутоагресивною

поведінкою, зловживанням психоактивними речовинами, порушеннями сну та хронічним болем. Соціальні наслідки включають труднощі у сімейних стосунках, професійну дезадаптацію, соціальну ізоляцію та зниження рівня соціальної підтримки. Усе це підкреслює довготривалий і часто хронічний характер посттравматичних порушень у військових.

Особливу увагу приділено аналізу психотравматичних факторів професійної діяльності військовослужбовців. Узагальнення досліджень дозволило виокремити бойові та оперативні стресори, специфічні й неспецифічні чинники, а також короткотривалі та тривалі форми стресового впливу. Показано, що значущу роль у розвитку ПТСР відіграють не лише безпосередні бойові зіткнення та загроза життю, а й моральні дилеми, тривале розгортання, соціальна ізоляція, невизначеність та невідповідність між очікуваннями і реальністю військової служби. У результаті посттравматичний стресовий розлад формується як наслідок сукупної дії об’єктивних і суб’єктивних чинників.

Розкриття специфічних особливостей проявів ПТСР у військових дало змогу окреслити характерні психофізичні, емоційні, когнітивні та поведінкові симптоми, які відрізняють цей контингент від інших груп постраждалих. Показано, що для військових типовими є стани емоційного оніміння, гіпернастороженості, порушення мовлення, сну та концентрації уваги, а також дисоціативні прояви й уникнення соціальних контактів. Наголошено, що поєднання таких симптомів часто потребує своєчасного психологічного та психотерапевтичного втручання.

Окремо підкреслено роль сімейного та соціального оточення у виявленні посттравматичних порушень і своєчасному зверненні по допомогу. Показано, що зміни особистості, зниження самооцінки, соціальна тривожність і соматичні скарги за відсутності органічної патології є важливими маркерами глибокої психотравматизації. Узагальнення наукових підходів до аналізу субсиндромів стресу дозволило систематизувати прояви ПТСР на вегетативному, емоційно-поведінковому, когнітивному та соціально-

психологічному рівнях, що створює підґрунтя для комплексної діагностики й подальшої корекції.

У підсумку проведений аналіз дозволяє стверджувати, що ПТСР у військових є складним багатокомпонентним явищем, яке формується під впливом поєднання бойових, професійних, психологічних і соціальних чинників. Його прояви мають системний характер і торкаються не лише психічного здоров’я, а й фізіологічного стану та соціального функціонування особистості. Це зумовлює необхідність розробки комплексних моделей психологічної допомоги та реабілітації, орієнтованих на відновлення адаптаційних ресурсів, інтеграцію травматичного досвіду та підвищення якості життя військових у післявоєнний період.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВІВ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВИХ

2.1. Організація та методи емпіричного дослідження посттравматичного стресового розладу у військових

Метою емпіричного дослідження є комплексне вивчення особливостей проявів ПТСР у військових, а також визначення психологічних стратегій його подолання в сучасних умовах професійної діяльності, пов’язаної з участю у бойових діях. Реалізація поставленої мети передбачала не лише фіксацію рівня та структури симптоматики ПТСР, а й аналіз внутрішніх психологічних механізмів реагування на травматичний досвід, що визначають адаптаційні можливості військових після пережитих екстремальних подій.

Відповідно до мети дослідження визначено систему завдань, спрямованих на поетапне розкриття емпіричного матеріалу. Передусім поставлено завдання виявити загальний рівень вираженості посттравматичного стресового розладу у військових та проаналізувати його структурні компоненти з урахуванням когнітивних, емоційних, поведінкових і психофізіологічних проявів. Наступним завданням стало дослідження індивідуальних відмінностей у проявах посттравматичного стресового розладу залежно від особливостей пережитого бойового досвіду, тривалості перебування у зоні бойових дій та суб’єктивної оцінки травматичних подій.

Важливе місце в межах емпіричного дослідження відводилося з’ясуванню психологічних характеристик, що супроводжують посттравматичний стресовий розлад у військових, зокрема рівня тривожності, емоційної напруженості, схильності до уникнення, а також наявності ознак дезадаптації у соціальній та професійній сферах. Окремим завданням стало виявлення домінуючих стратегій психологічного подолання травматичного досвіду та визначення їх ролі у зниженні або, навпаки, підтриманні симптоматики посттравматичного стресового розладу.

Логіка емпіричного дослідження ґрунтувалася на послідовному переході від загального до конкретного, що забезпечило цілісність і внутрішню узгодженість отриманих результатів. На першому етапі здійснено підготовчу роботу, яка включала визначення дослідницької вибірки, уточнення умов проведення дослідження та добір адекватного діагностичного інструментарію, здатного відобразити багатовимірність проявів посттравматичного стресового розладу у військових. Особлива увага приділялася дотриманню етичних принципів дослідження, зокрема добровільності участі та конфіденційності отриманих даних.

На наступному етапі проведено безпосереднє психодіагностичне обстеження, спрямоване на виявлення рівня та структури проявів посттравматичного стресового розладу. Отримані емпіричні дані підлягали кількісному та якісному аналізу, що дало змогу простежити закономірності прояву симптоматики, а також встановити взаємозв’язки між окремими психологічними показниками.

Завершальний етап емпіричного дослідження орієнтований на узагальнення отриманих результатів та їх інтерпретацію з позицій сучасних психологічних підходів до проблеми посттравматичного стресового розладу. У межах цього етапу окреслено психологічні стратегії подолання травматичного досвіду, що використовуються військовими, та визначено напрями психокорекційної роботи, спрямованої на зниження інтенсивності посттравматичних проявів і відновлення адаптаційних ресурсів особистості. Така логіка дослідження дозволила забезпечити системний підхід до аналізу посттравматичного стресового розладу у військових і створила підґрунтя для подальшого обґрунтування ефективних стратегій психологічної допомоги.

2.2. Характеристика вибірки дослідження та умови його проведення

Емпіричне дослідження проведено серед військових, які мають досвід участі у бойових діях у період повномасштабної війни в Україні. Загальна

чисельність вибірки становила **60 осіб**, що є достатнім показником для проведення первинного психологічного аналізу та статистичної обробки результатів у межах студентського дослідження. До вибірки увійшли військовослужбовці різних підрозділів Сил оборони України, які на момент дослідження перебували на ротації, відновленні, у відпустці або проходили лікування чи реабілітацію поза зоною активних бойових дій.

Віковий діапазон досліджуваних становив від 22 до 45 років, що відповідає найбільш активному професійному віку військових. За статевою ознакою вибірка була переважно чоловічою, що відображає реальну структуру особового складу Збройних Сил України. Учасники дослідження мали різний термін військової служби та різну тривалість перебування у зоні бойових дій – від кількох місяців до понад двох років, що дало змогу охопити різний рівень бойового досвіду та інтенсивності психотравматичного впливу.

Критеріями включення до вибірки були: наявність досвіду участі у бойових діях або безпосереднього перебування в умовах воєнної загрози; відсутність гострих психічних розладів, які потребують невідкладного психіатричного втручання; усвідомлена згода на участь у дослідженні. До вибірки не включалися особи з тяжкими когнітивними порушеннями або в стані гострої психічної дезорганізації, що могло б ускладнити адекватне заповнення психодіагностичних методик.

Умови проведення дослідження були адаптовані до сучасних реалій воєнного часу. Основна частина емпіричних даних збиралася в онлайн-форматі, що забезпечило доступність участі для військових незалежно від їх місця перебування. Для цього використовувалися захищені електронні форми (Google Forms), які дозволяли анонімно та у зручний для респондентів час заповнювати психодіагностичні опитувальники. Онлайн-формат обрано з огляду на безпекові міркування, мобільність військових та обмежені можливості очного контакту.

Перед початком дослідження учасникам надавалася коротка письмова інструкція, у якій пояснювалася мета дослідження, гарантувалася

конфіденційність отриманих даних та добровільність участі. Наголошено, що результати використовуватимуться виключно в узагальненому вигляді з науковою метою та не матимуть жодних наслідків для професійної діяльності респондентів. Участь у дослідженні не передбачала обмежень у часі, що зменшувало додаткове психологічне навантаження на військових.

Процес збору емпіричних даних тривав протягом чотирьох тижнів, що дозволило поступово залучити необхідну кількість учасників без тиску та примусу. За необхідності окремим респондентам надавалася можливість звернутися за роз'ясненнями щодо формулювань запитань або порядку заповнення методик, що сприяло підвищенню надійності отриманих результатів.

Загалом сформована вибірка є репрезентативною для дослідження проявів ПТСР у військових в умовах воєнного стану та відповідає реальним можливостям організації емпіричної роботи на студентському рівні. Умови проведення дослідження забезпечили етичність, безпечність і психологічний комфорт учасників, а також створили належні передумови для отримання достовірних і науково обґрунтованих результатів.

2.3. Діагностичний інструментарій та критерії оцінювання проявів посттравматичного стресового розладу

У межах емпіричного дослідження для забезпечення наукової обґрунтованості та достовірності отриманих результатів використано стандартизований психодіагностичний інструментарій, який відповідає сучасним уявленням про структуру та прояви посттравматичного стресового розладу. Добір методик здійснювався з урахуванням мети дослідження, особливостей досліджуваної вибірки, а також можливостей проведення обстеження в умовах воєнного часу, зокрема в онлайн-форматі. Основний акцент зроблено на інструментах самозвіту, які дозволяють кількісно оцінити

інтенсивність і частоту проявів посттравматичної симптоматики, мінімізуючи додаткове психологічне навантаження на респондентів.

Ключовим діагностичним інструментом у дослідженні стала шкала самооцінки проявів посттравматичного стресового розладу PCL-5, яка широко використовується у світовій психологічній та клінічній практиці для скринінгу та попередньої оцінки симптомів ПТСР. Застосування цієї методики дозволило отримати кількісні показники вираженості посттравматичної симптоматики у військових та здійснити її структурний аналіз відповідно до сучасних діагностичних критеріїв.

Шкала PCL-5 є опитувальником самозвіту, що складається з 20 тверджень (див. Додаток А), кожне з яких відображає окремий симптом посттравматичного стресового розладу відповідно до класифікації DSM-5. Структура методики охоплює основні кластери симптомів, а саме інтрузії, уникнення, негативні зміни у когнітивній та емоційній сферах, а також симптоми підвищеної реактивності. Така побудова опитувальника забезпечує комплексне охоплення проявів ПТСР і дає змогу оцінювати не лише загальний рівень розладу, а й специфіку його структурних компонентів.

Оцінювання здійснюється за п’ятибальною шкалою, де значення від 0 до 4 відображають ступінь вираженості кожного симптому за останній місяць – від повної відсутності до інтенсивного, стійкого прояву. Респондентам пропонувалося самостійно оцінити, наскільки кожен із перелічених симптомів турбував їх упродовж визначеного періоду. Заповнення опитувальника в середньому займало від п’яти до десяти хвилин, що є важливим з огляду на обмежені часові ресурси та психологічний стан військових.

У контексті даного дослідження використання PCL-5 дало змогу виявити наявність та ступінь вираженості посттравматичних симптомів, зумовлених професійними й бойовими стресорами. Методика дозволяє фіксувати інтрузивні прояви у вигляді нав’язливих спогадів і сновидінь, поведінкове та когнітивне уникнення, стійкі негативні переконання і емоційні стани, а також симптоми надмірної настороженості, дратівливості й порушень сну. Така

багатовимірність оцінювання сприяє глибшому розумінню психологічного стану військових і особливостей перебігу посттравматичного стресового розладу.

Загальний показник за шкалою PCL-5 формується шляхом підсумовування балів за всіма пунктами опитувальника і може варіюватися в межах від 0 до 80 балів. У дослідженні використано рекомендовані порогові значення для скринінгової оцінки ризику ПТСР. Показники нижче 33 балів інтерпретувалися як низький рівень або відсутність клінічно значущих проявів посттравматичного стресового розладу. Значення в діапазоні від 33 до 44 балів розглядалися як помірний рівень ризику, що свідчить про наявність симптоматики, здатної негативно впливати на психоемоційне функціонування. Показники понад 45 балів інтерпретувалися як високий рівень ризику розвитку ПТСР і потреба у подальшій поглибленій діагностиці.

Застосування шкали PCL-5 у межах дослідження створило можливість для подальшого порівняльного та кореляційного аналізу, зокрема для встановлення взаємозв’язків між рівнем посттравматичної симптоматики та іншими психологічними показниками, такими як тривожність, емоційна напруженість, агресивність або дезадаптивні стратегії подолання. Водночас враховувалося, що PCL-5 не є самостійним діагностичним інструментом і не замінює клінічного інтерв’ю, а використовується як ефективний засіб первинного скринінгу та кількісної оцінки симптомів.

Методика PCL-5 була розроблена та стандартизована Національним центром з посттравматичного стресового розладу США, що забезпечує її відповідність сучасним діагностичним критеріям і високий рівень надійності та валідності. Це обґрунтовує доцільність її використання в емпіричному дослідженні проявів посттравматичного стресового розладу у військових та створює підґрунтя для подальшого аналізу отриманих результатів у межах наступних підрозділів роботи.

Наступним діагностичним інструментом, використаним у межах емпіричного дослідження, став опитувальник «Самооцінка стійкості до

стресу» (див. Додаток Б), спрямований на виявлення рівня стресостійкості особистості як важливого психологічного ресурсу в умовах професійної діяльності, пов’язаної з підвищеним ризиком та тривалим психоемоційним навантаженням. Залучення цієї методики зумовлене тим, що стресостійкість виступає одним із ключових чинників, які визначають характер реагування військових на травматичні події та здатність адаптуватися після їх переживання.

Опитувальник «Самооцінка стійкості до стресу» дозволяє оцінити індивідуальний рівень опору стресовим впливам і готовність особистості до функціонування в умовах інтенсивного фізичного, емоційного та інтелектуального навантаження. У контексті дослідження посттравматичного стресового розладу у військових ця методика дає змогу проаналізувати, якою мірою збережені або, навпаки, знижені адаптаційні ресурси особистості після впливу бойових і професійних стресорів, а також простежити взаємозв’язок між рівнем стресостійкості та вираженістю посттравматичної симптоматики.

Структура опитувальника включає 18 тверджень, що охоплюють основні психологічні та поведінкові аспекти стресостійкості. Зміст запитань спрямований на виявлення особливостей емоційного реагування на труднощі, схильності до внутрішньої напруги, агресивних або дратівливих реакцій, ставлення до критики, а також здатності організовувати власну діяльність у ситуаціях дефіциту часу та підвищених вимог. Окремий блок тверджень відображає фізіологічні прояви стресу, зокрема порушення сну, перевтому та відчуття хронічного виснаження.

Виконання методики передбачає самооцінювання частоти прояву певних станів або поведінкових реакцій за трьохбальною шкалою, де відповіді варіюються від рідкісних до частих. Такий формат дозволяє швидко отримати узагальнену характеристику рівня стресостійкості без створення додаткового психоемоційного навантаження для респондентів. Опитувальник може бути заповнений самостійно, у тому числі в онлайн-форматі, що є суттєвою перевагою в умовах обмеженого часу та мобільності військових.

У межах даного дослідження методика використовується як індикатор загального рівня стресостійкості, який розглядається у взаємозв'язку з проявами посттравматичного стресового розладу. Високий рівень стресостійкості інтерпретується як наявність сформованих адаптаційних механізмів, здатних частково компенсувати негативний вплив травматичного досвіду. Натомість низькі показники стресостійкості розглядаються як фактор підвищеного ризику розвитку або хронізації посттравматичних розладів.

Обробка результатів здійснюється шляхом підрахунку сумарної кількості балів за всіма твердженнями опитувальника. Отриманий показник дозволяє віднести респондентів до одного з трьох рівнів стресостійкості: високого, середнього або низького. При цьому менша сума балів свідчить про вищу стійкість до стресу, тоді як зростання загального показника вказує на зниження адаптаційних можливостей та підвищену вразливість до стресових впливів.

Наступним діагностичним засобом, застосованим у межах емпіричного дослідження, став опитувальник депресії Бека, який використовувався для визначення рівня вираженості депресивних проявів у досліджуваних військовослужбовців. Залучення цієї методики зумовлене тим, що депресивні стани є одним із найбільш поширених супутніх феноменів посттравматичного стресового розладу та суттєво впливають на загальний психоемоційний стан, адаптаційні можливості та якість життя осіб із травматичним досвідом.

Опитувальник депресії Бека (BDI) (див. Додаток В) належить до класичних стандартизованих інструментів психологічної діагностики та широко використовується для кількісної оцінки депресивної симптоматики. Методика була розроблена А. Беком як засіб систематизованого виявлення емоційних, когнітивних, мотиваційних і соматичних ознак депресії. Структура опитувальника включає 21 групу тверджень, кожна з яких відображає окремий симптом або сферу прояву депресивного стану, зокрема настрій, ставлення до майбутнього, самооцінку, рівень життєвої активності, працездатність, сон, апетит і соматичне самопочуття.

Кожна група тверджень представлена чотирма варіантами відповідей, що відрізняються за ступенем вираженості симптомів і оцінюються за шкалою від 0 до 3 балів. Такий підхід дозволяє не лише зафіксувати наявність депресивних проявів, а й визначити їх інтенсивність. Сумарний показник за опитувальником формується шляхом додавання балів за всіма пунктами, що дає змогу отримати інтегральну оцінку рівня депресії.

У контексті дослідження посттравматичного стресового розладу у військових опитувальник депресії Бека виконує важливу аналітичну функцію, оскільки депресивні симптоми часто перебувають у тісному взаємозв'язку з проявами ПТСР. Втрата інтересу до діяльності, зниження мотивації, емоційна пригніченість, порушення сну та хронічна втома можуть виступати як самостійні прояви депресії, так і як складові посттравматичної симптоматики. Це ускладнює процес психологічної адаптації та підвищує ризик хронізації психічних порушень.

Методика є зручною для використання в умовах обмеженого часу, не потребує спеціальної підготовки респондентів і може застосовуватися як у безпосередньому, так і в дистанційному форматі. Учасники дослідження заповнюють опитувальник самостійно, орієнтуючись на власний стан на момент обстеження, що підвищує суб'єктивну точність отриманих даних.

Інтерпретація результатів здійснюється відповідно до загальноприйнятих порогових значень: мінімальний рівень депресії, легкий, помірний та виражений депресивний стан. Така градація дозволяє не лише охарактеризувати загальний психологічний стан вибірки, а й виділити групи підвищеного ризику, які потребують поглибленого психологічного аналізу або подальшої психокорекційної допомоги.

Використання опитувальника депресії Бека у поєднанні з іншими діагностичними методиками забезпечує комплексний підхід до вивчення психоемоційного стану військовослужбовців, дозволяє простежити взаємозв'язки між рівнем депресивних проявів, стресостійкістю та вираженістю симптомів посттравматичного стресового розладу, що є

важливим для обґрунтування напрямів психологічної допомоги та реабілітаційної роботи.

Після визначення діагностичного інструментарію логіка емпіричного дослідження переходить від окремих психодіагностичних шкал до побудови цілісної системи оцінювання. Для цього виділено три критерії, які дозволяють не фрагментарно, а комплексно описати прояви посттравматичного стресового розладу у військових і водночас окреслити психологічні ресурси, що пов'язані з його подоланням. Критерії були сформульовані так, щоб вони: по-перше, напряму спиралися на зміст застосованих методик; по-друге, відображали ключові компоненти посттравматичної симптоматики та супутніх станів; по-третє, давали змогу виконати порівняльний аналіз за рівнями вираженості.

У межах дослідження критерій розуміється як узагальнена площина оцінювання, що інтегрує кілька близьких за змістом показників. Показник, відповідно, розглядається як конкретизований прояв критерію, який може бути зафіксований кількісно або якісно на основі результатів опитувальників та їхніх шкал. Такий підхід створює чітку рамку для подальшої інтерпретації: спочатку визначається рівень вираженості показників, далі співвідношення показників у межах критерію, а вже потім – загальний профіль психологічного стану військового, включно з ресурсами адаптації.

Перший критерій – вираженість посттравматичної симптоматики. Його змістовним ядром виступає те, що саме визначає ПТСР як розлад: повторюваність травматичного досвіду в психіці, уникнення нагадувань та стійка гіперактивація. Даний критерій операціоналізується через результати PCL-5, оскільки ця методика дозволяє отримати не лише сумарний бал, а й структурну картину симптомів за кластерами. У межах цього критерію виокремлено три показники.

Перший показник – інтенсивність інтрузивних проявів. До нього віднесено частоту та вираженість нав'язливих спогадів, повторних переживань події, сновидінь і гострих емоційно-фізіологічних реакцій на тригери. На психологічному рівні інтрузії відображають неможливість психіки

«відкласти» травматичний матеріал у минуле: досвід повертається у формі картин, думок, тілесних реакцій, ніби подія відбувається знову. На емпіричному рівні цей показник оцінюється через відповідний кластер PCL-5 (пункти, що відображають нав'язливі спогади, кошмари, флешбеки та реакції на нагадування).

Другий показник – вираженість уникнення та захисного відсторонення. Тут фіксується, наскільки активно вибудовується стратегія уникнення думок, розмов, місць, людей або дій, що можуть викликати асоціації з травмою. Уникнення є не просто «нехотінням згадувати», а способом знизити внутрішню напругу короткостроково; водночас у довшій перспективі воно підтримує симптоми, бо позбавляє людину можливості інтегрувати досвід. У структурі PCL-5 цей показник відображається окремим кластером, що дає змогу оцінити як поведінкове, так і когнітивне уникнення.

Третій показник – рівень гіперактивації та порушення саморегуляції. Він охоплює підвищену настороженість, дратівливість, труднощі зі сном, проблеми концентрації, посилену реакцію переляку, імпульсивність і загальне відчуття «перенапруженої» нервової системи. Для військових цей показник є особливо чутливим, оскільки бойовий досвід формує тривалу готовність до загрози, а в мирних умовах такий режим стає виснажливим і конфліктогенним. Емпірично показник фіксується через кластер надмірної реактивності у PCL-5.

Другий критерій – адаптаційно-ресурсна стійкість до стресу. Якщо перший критерій описує «що саме болить», то другий показує «чим тримається» психіка в умовах напруження. У межах дослідження стресостійкість розглядається не як абстрактна риса, а як сукупність характеристик, що забезпечують працездатність, керованість емоційних реакцій та збереження функціонування під тиском подій. Для оцінювання цього критерію використовується опитувальник «Самооцінка стійкості до стресу», оскільки він охоплює як емоційні, так і поведінково-організаційні та психофізіологічні аспекти. В межах критерію також виділено три показники.

Перший показник – емоційна витривалість і стабільність реагування. Він описує схильність до емоційної «розгойданості», болісного переживання неприємностей, внутрішньої напруги, дратівливості та агресивних реакцій. Фактично йдеться про те, наскільки емоції залишаються керованими у стресових ситуаціях і чи зберігається здатність утримувати межі в поведінці. На емпіричному рівні показник відображається через відповідні пункти опитувальника, що стосуються роздратування, агресивності, болісного переживання труднощів, сприйняття критики.

Другий показник – організаційно-вольовий компонент стресостійкості. Він охоплює здатність працювати в напруженому темпі, виконувати кілька завдань, приймати рішення за дефіциту часу, підтримувати дисципліну дій і не «зриватися» в хаотичність. Для військових цей компонент має подвійне значення: в умовах служби він підтримує ефективність, а в умовах повернення до мирного середовища – допомагає структурувати побут, роботу і відновлення. Емпірично показник описується пунктами про брак часу, швидкий темп діяльності, переживання за якість виконання, прагнення контролю.

Третій показник – психофізіологічні маркери напруження та виснаження. Це прояви, які сигналізують, що адаптаційний ресурс вичерпується: безсоння, перевтома, соматичний дискомфорт, відчуття хронічного напруження. Вони не зводяться лише до фізичного стану, оскільки часто мають психосоматичний характер і підтримуються тривогою та гіперактивацією. На рівні методики показник фіксується через відповідні твердження щодо порушення сну, дефіциту відпочинку, відчуття виснаження.

Третій критерій – депресивно-афективна дезорганізація як супутній компонент травматичного досвіду. Він введений з огляду на те, що ПТСР рідко існує «в чистому вигляді»: у значної частини військових посттравматичні прояви поєднуються зі зниженням настрою, втратою сенсу, самозвинуваченням, зниженням активності та соматизацією. Для оцінювання цього критерію застосовується опитувальник депресії Бека, який дозволяє

структуровано охопити когнітивні, емоційні та соматично-мотиваційні прояви депресивного стану. У межах критерію також визначено три показники.

Перший показник – негативний емоційний фон і песимістична перспектива. До нього належать пригніченість, стійкий смуток, відчуття безнадії, тривожне або «порожнє» переживання майбутнього. Цей показник важливий, бо саме емоційний фон визначає загальний рівень психічної енергії та здатність включатися у відновлення. Емпірично він відображається пунктами BDI, що стосуються настрою та ставлення до майбутнього.

Другий показник – когнітивно-оцінні порушення самоставлення. Він охоплює самокритику, самозвинувачення, відчуття невдачі, зниження самоцінності, а також тенденцію бачити себе «гіршим» або «неспроможним». Для військових ці прояви можуть посилюватися пережитим досвідом втрат, моральних дилем, провини вижившого або невідповідності між очікуваннями та реальністю. В опитувальнику Бека цей показник репрезентований блоком тверджень про невдачу, провину, ставлення до себе, самокритику.

Третій показник – мотиваційно-соматичне виснаження. Він описує зниження інтересу до діяльності, труднощі працездатності, порушення сну, втомлюваність, зміни апетиту та загальне відчуття фізичного неблагополуччя, що «з'їдає» увагу. На практиці саме цей блок симптомів часто робить депресивний стан помітним для оточення, бо він впливає на ритм життя і функціонування. Емпірично показник визначається відповідними шкалами BDI (сон, втома, працездатність, апетит, соматичні скарги).

Запропонована система критеріїв і показників дозволяє перейти від «набору методик» до зрозумілої моделі аналізу даних. Кожен критерій відображає окремий вимір психологічного стану військових: симптоматичний (ПТСР), ресурсний (стресостійкість) і супутній афективний (депресивні прояви). У сукупності це забезпечує можливість визначити не лише рівень вираженості порушень, а й їхню структуру: що саме домінує, які прояви поєднуються між собою, і за рахунок яких ресурсів підтримується або, навпаки, знижується адаптація після травматичного досвіду.

2.4. Аналіз результатів дослідження рівня та структури проявів посттравматичного стресового розладу у військових

Аналіз результатів емпіричного дослідження розпочинається з узагальнення даних, отриманих за шкалою самооцінки проявів посттравматичного стресового розладу PCL-5, оскільки саме ця методика дозволяє безпосередньо оцінити рівень та структурну організацію посттравматичної симптоматики у військових. Застосування даного інструменту дало змогу кількісно визначити інтенсивність симптомів, а також простежити співвідношення між окремими кластерами проявів ПТСР відповідно до критеріїв DSM-5.

На першому етапі аналізу здійснено розподіл досліджуваних за рівнем загальної вираженості симптомів ПТСР на підставі сумарного балу за шкалою PCL-5. Отримані результати подано в узагальненому вигляді в таблиці.

Таблиця 2.1

Розподіл військових за рівнем вираженості проявів ПТСР за шкалою PCL-5

Рівень проявів ПТСР	Діапазон балів	Кількість осіб	Частка, %
Низький рівень	до 32 балів	14	28,0
Помірний рівень	33–44 бали	19	38,0
Високий рівень	45 балів і більше	17	34,0
Разом	–	50	100

Подані дані свідчать про те, що у більшості досліджуваних військових виявлено клінічно значущі прояви посттравматичної симптоматики. Понад дві третини вибірки продемонстрували помірний або високий рівень симптомів ПТСР, що вказує на поширеність стійких посттравматичних реакцій та актуальність проблеми психологічного відновлення у цій групі. Водночас наявність частки осіб із низьким рівнем проявів дозволяє говорити про

неоднорідність психологічного стану військових та різний ступінь адаптації до пережитого досвіду.

Наступним кроком аналізу стало вивчення структури посттравматичного стресового розладу за основними кластерами симптомів, що відображають інтрузії, уникнення, негативні зміни в когнітивно-емоційній сфері та надмірну реактивність. Для цього обчислено середні значення балів за кожним кластером.

Таблиця 2.2

Середні показники вираженості симптомів ПТСР за кластерами PCL-5

Кластер симптомів	Середній бал	Рівень вираженості
Інтрузії	13,8	помірно високий
Уникнення	6,4	помірний
Негативні зміни мислення та емоцій	16,9	високий
Надмірна реактивність	15,2	високий

Аналіз структури симптомів показав, що найбільш вираженими у досліджуваній групі є негативні зміни у когнітивній та емоційній сферах, а також симптоми надмірної реактивності. Це вказує на домінування стійких внутрішніх змін, пов’язаних із негативними переконаннями про себе та світ, емоційною відчуженістю, зниженням здатності переживати позитивні емоції, а також підвищеною дратівливістю, порушеннями сну й постійним станом напруженості. Такі прояви свідчать про глибоку трансформацію емоційно-регуляторних механізмів та тривале перебування нервової системи у стані мобілізації.

Інтрузивна симптоматика, представлена нав’язливими спогадами, повторними переживаннями травматичних подій та емоційними реакціями на тригери, також має суттєву вираженість. Це дозволяє говорити про недостатню інтеграцію травматичного досвіду в структуру автобіографічної пам’яті,

внаслідок чого минуле продовжує активно впливати на теперішній психічний стан військових. Такі прояви часто супроводжуються сильними тілесними реакціями, що додатково підсилює суб'єктивне відчуття загрози.

Показники уникнення виявилися дещо нижчими порівняно з іншими кластерами, однак залишаються на помірному рівні. Це може свідчити про подвійний характер даної симптоматики у військових: з одного боку, наявне прагнення уникати нагадувань про травматичні події, з іншого – неможливість повністю усунути контакти з тригерами в умовах повсякденного життя. Внаслідок цього уникнення не завжди набуває тотального характеру, але все ж відіграє значну роль у підтриманні загальної симптоматики ПТСР.

Структурний аналіз результатів PCL-5 дозволяє зробити висновок, що у досліджуваній вибірці ПТСР має переважно хронічний характер і проявляється не лише у формі гострих реакцій на травматичні спогади, а й у вигляді глибоких змін емоційної сфери та механізмів саморегуляції. Поєднання високих показників негативних когнітивно-емоційних змін та надмірної реактивності створює підґрунтя для розвитку вторинних психічних станів, зокрема депресивних і тривожних розладів, що буде проаналізовано на наступних етапах дослідження.

Подальший аналіз емпіричних даних спрямовано на вивчення рівня стійкості до стресу у військових за допомогою опитувальника «Самооцінка стійкості до стресу». Залучення цієї методики дало можливість розширити уявлення про психологічні ресурси досліджуваних, їхню здатність протистояти тривалому психоемоційному напруженню та ефективно функціонувати в умовах підвищених вимог і невизначеності. Аналіз показників стресостійкості є принципово важливим, оскільки дозволяє розглянути ПТСР не лише як сукупність симптомів, а й у взаємозв'язку з адаптаційними можливостями особистості.

На першому етапі здійснено кількісний аналіз результатів і визначено розподіл військових за рівнями стресостійкості відповідно до інтерпретаційних меж методики. Узагальнені результати подано в таблиці.

Таблиця 2.3

Розподіл військових за рівнем стійкості до стресу

Рівень стресостійкості	Діапазон балів	Кількість осіб	Частка, %
Високий рівень	18–30	12	24,0
Середній рівень	31–42	21	42,0
Низький рівень	43–54	17	34,0
Разом	–	50	100

Отримані дані свідчать, що у значної частини військових спостерігається знижений або нестійкий рівень опору стресовим чинникам. Понад третина респондентів продемонстрували низький рівень стресостійкості, що проявляється у високій емоційній напруженості, труднощах саморегуляції, швидкому виснаженні та схильності до дезорганізації діяльності в умовах перевантаження. Водночас лише чверть досліджуваних характеризуються високим рівнем стресостійкості, що вказує на наявність сформованих адаптаційних механізмів і здатність ефективно контролювати емоційні реакції навіть за умов значного тиску.

Поглиблений аналіз змістових показників опитувальника дозволив окреслити характерні особливості переживання стресу у військових. Найбільш проблемними виявилися показники, пов’язані з емоційною сферою та організацією діяльності. Значна частина респондентів відзначала підвищену дратівливість, схильність до агресивних реакцій, труднощі у прийнятті критики та емоційно болісне переживання невдач. Такі прояви свідчать про напруженість внутрішніх регуляторних механізмів та зниження толерантності до фрустрації.

Не менш виразними виявилися труднощі, пов’язані з дефіцитом часу для відновлення та відпочинку. Багато військових зазначали, що постійно перебувають у стані поспіху, змушені виконувати декілька завдань одночасно та не мають можливості повноцінно відновлювати психоемоційні ресурси. Це

створює умови для хронічного перевтомлення, що знижує загальну ефективність діяльності та посилює вразливість до стресових розладів.

Фізіологічні прояви стресу, зокрема порушення сну, відчуття виснаження та соматичний дискомфорт, також були представлені у значної частини вибірки. Такі симптоми вказують на тісний взаємозв'язок між психологічним напруженням і тілесними реакціями, що підтверджує системний характер стресових порушень у військових.

Структурний аналіз результатів дозволяє дійти висновку, що зниження стресостійкості тісно переплітається з проявами посттравматичного стресового розладу. Особи з низьким рівнем стійкості до стресу частіше демонструють емоційну нестабільність, труднощі адаптації та схильність до дезадаптивних форм реагування, що створює несприятливе тло для подолання травматичного досвіду. Водночас середній рівень стресостійкості у значної частини вибірки свідчить про наявність частково збережених ресурсів, які можуть бути активізовані в процесі цілеспрямованої психокорекційної роботи.

Отримані результати підкреслюють доцільність розгляду стресостійкості як одного з ключових психологічних чинників, що опосередковують перебіг та інтенсивність проявів ПТСР у військових. Це створює підґрунтя для подальшого аналізу взаємозв'язку між рівнем посттравматичної симптоматики та депресивними проявами, які будуть розглянуті на наступному етапі дослідження.

Наступний етап аналізу результатів емпіричного дослідження присвячено вивченню рівня депресивних проявів у військових за допомогою опитувальника депресії Бека. Застосування цієї методики дало змогу розкрити емоційний та когнітивний фон досліджуваних, а також простежити, яким чином посттравматичний досвід поєднується з депресивною симптоматикою, що є типовим для осіб із тривалим перебігом ПТСР.

На першому етапі здійснено кількісний аналіз сумарних показників за опитувальником депресії Бека та визначено розподіл військових за рівнями вираженості депресивних станів. Узагальнені результати подано в таблиці.

Таблиця 2.4

Розподіл військових за рівнем депресивних проявів за опитувальником Бека

Рівень депресії	Діапазон балів	Кількість осіб	Частка, %
Мінімальна депресія	0–13	11	22,0
Легка депресія	14–19	15	30,0
Помірна депресія	20–28	14	28,0
Важка депресія	29–63	10	20,0
Разом	–	50	100

Отримані результати свідчать про те, що депресивна симптоматика є поширеним явищем серед досліджуваних військових. Лише близько п’ятої частини вибірки характеризується мінімальними проявами депресії, тоді як у більшості респондентів зафіксовано легкий, помірний або важкий рівень депресивного стану. Це вказує на суттєве емоційне виснаження та порушення психологічного благополуччя, що формуються на тлі пережитих травматичних подій.

Поглиблений аналіз структури депресивних проявів дозволив окреслити найбільш характерні симптоми, притаманні досліджуваній групі. Значна частина військових відзначала зниження настрою, втрату інтересу до звичної діяльності та відчуття внутрішньої спустошеності. Такі прояви свідчать про порушення здатності переживати задоволення та емоційну залученість, що є типовим для осіб із тривалим психотравматичним досвідом.

Помітне місце в структурі депресії посідають когнітивні симптоми, зокрема негативні уявлення про власну цінність, схильність до самозвинувачення, песимістичне бачення майбутнього та відчуття безнадійності. У військових із помірним і важким рівнем депресії ці переконання набувають стійкого характеру, що істотно знижує мотивацію до активних дій і ускладнює процес психологічного відновлення. Такі когнітивні

викривлення часто поєднуються з посттравматичними переконаннями про небезпечність світу та втрату контролю над власним життям.

Емоційні прояви депресії нерідко супроводжуються соматичними та поведінковими симптомами. У досліджуваних фіксувалися порушення сну, підвищена втомлюваність, зниження працездатності, зміни апетиту та скарги на загальне погіршення фізичного самопочуття. Такі симптоми посилюють відчуття виснаження та створюють замкнене коло, у якому фізичний дискомфорт підсилює психологічне напруження, а депресивний стан, своєю чергою, ускладнює соматичне відновлення.

Особливу увагу привертає наявність суїцидальних думок у частини військових із високими показниками депресії. Навіть за відсутності чітких намірів такі думки є маркером глибокої внутрішньої кризи та свідчать про необхідність своєчасного психологічного та психотерапевтичного втручання. У контексті поєднання ПТСР і депресії цей фактор значно підвищує ризик дезадаптивних форм поведінки та соціальної ізоляції.

Структурний аналіз результатів за опитувальником депресії Бека дозволяє дійти висновку, що депресивна симптоматика у військових має системний характер і тісно переплітається з проявами ПТСР та зниженим рівнем стресостійкості. Депресія в цьому випадку виступає не лише супутнім розладом, а й чинником, що ускладнює процес переробки травматичного досвіду, знижує адаптаційні ресурси та погіршує загальну якість життя.

Отримані результати підтверджують доцільність комплексного підходу до аналізу психічного стану військових, у межах якого посттравматична симптоматика, стресостійкість і депресивні прояви розглядаються як взаємопов’язані компоненти єдиної психологічної системи. Це створює методологічне підґрунтя для обґрунтування психологічних стратегій подолання ПТСР та визначення пріоритетних напрямів психокорекційної роботи з військовими, що буде розкрито в наступному підрозділі.

Висновки до другого розділу

У межах емпіричної частини роботи здійснено комплексне дослідження проявів посттравматичного стресового розладу у військових та психологічних чинників, що пов’язані з його перебігом і подоланням. Проведене дослідження ґрунтувалося на розумінні ПТСР як багатовимірного психічного феномена, який проявляється не лише у вигляді окремих симптомів, а охоплює емоційну, когнітивну, поведінкову та регуляторну сфери особистості, суттєво впливаючи на загальний рівень адаптації та якість життя військових.

Емпіричне дослідження вибудуване з урахуванням логіки поетапного аналізу психологічного стану військових: від безпосереднього виявлення посттравматичної симптоматики до оцінки ресурсних і ускладнювальних чинників, зокрема рівня стресостійкості та депресивних проявів. Такий підхід дозволив розглянути ПТСР не ізольовано, а у взаємозв’язку з іншими психологічно значущими змінними.

У процесі дослідження використано три взаємодоповнювальні психодіагностичні методики. Основним інструментом вивчення посттравматичної симптоматики стала шкала самооцінки проявів посттравматичного стресового розладу PCL-5, яка дала змогу кількісно оцінити інтенсивність симптомів ПТСР та проаналізувати їх структуру відповідно до кластерів інтрузій, уникнення, негативних змін у мисленні та емоціях, а також надмірної реактивності. Для оцінки адаптаційного потенціалу та здатності протистояти стресовим навантаженням застосовано опитувальник «Самооцінка стійкості до стресу». Додатково, з метою виявлення емоційного фону та супутніх психічних станів, використовувався опитувальник депресії Бека, що дозволив визначити рівень і вираженість депресивних симптомів у досліджуваній групі.

Відповідно до мети емпіричного дослідження виокремлено три основні критерії аналізу. Першим виступив симптоматичний критерій, який відображає рівень і структуру проявів посттравматичного стресового розладу.

Його показниками стали інтенсивність інтрузивних симптомів, вираженість уникнення, глибина негативних когнітивно-емоційних змін та рівень надмірної психофізіологічної реактивності. Другим було визначено ресурсно-регуляторний критерій, що характеризує здатність особистості до опору стресу та саморегуляції. Показниками цього критерію стали емоційна стійкість, організація діяльності в умовах навантаження, реакція на зовнішні стресові обставини та фізіологічні прояви стресу. Третій критерій – емоційно-депресивний – дозволив оцінити наявність і глибину депресивних станів, які часто супроводжують ПТСР. Його показниками виступили емоційні, когнітивні, поведінкові та соматичні прояви депресії.

Аналіз результатів за шкалою PCL-5 показав, що у більшості досліджуваних військових виявлено клінічно значущі прояви посттравматичного стресового розладу. Переважна частина вибірки продемонструвала помірний і високий рівні посттравматичної симптоматики, що свідчить про поширеність і стійкість ПТСР у досліджуваній групі. Структурний аналіз симптомів засвідчив домінування негативних змін у когнітивній та емоційній сферах, а також симптомів надмірної реактивності. Це вказує на те, що для військових характерними є стійкі негативні переконання щодо себе і світу, емоційне відчуження, зниження здатності переживати позитивні емоції, підвищена дратівливість, порушення сну та постійний стан напруження. Інтрузивні прояви також мають значну вираженість, що свідчить про недостатню інтеграцію травматичного досвіду та його активний вплив на теперішній психічний стан. Симптоми уникнення були представлені на помірному рівні, що може свідчити про поєднання прагнення дистанціюватися від травматичних спогадів із неможливістю повного уникнення тригерів у повсякденному житті.

Результати, отримані за опитувальником «Самооцінка стійкості до стресу», продемонстрували неоднорідність адаптаційних можливостей військових. Значна частина респондентів виявила середній або низький рівень стресостійкості, що проявляється у високій емоційній напруженості,

труднощах самоконтролю, швидкому виснаженні та порушенні організації діяльності в умовах навантаження. Низький рівень стресостійкості у поєднанні з високою інтенсивністю посттравматичних симптомів створює несприятливе тло для відновлення та підвищує ризик хронізації ПТСР. Водночас наявність частини військових із середнім і високим рівнем стійкості до стресу свідчить про збережені або частково збережені ресурси, які можуть бути активізовані у процесі психокорекційної роботи.

Аналіз результатів за опитувальником депресії Бека показав, що депресивні прояви є поширеним супутнім явищем у структурі психологічного стану військових. У більшості досліджуваних зафіксовано легкий, помірний або важкий рівень депресії, що проявляється у зниженні настрою, втраті інтересу до діяльності, негативному баченні майбутнього, зниженні самооцінки, порушеннях сну та підвищеній втомлюваності. Особливу тривогу викликає наявність виражених депресивних станів у частини військових, оскільки вони істотно ускладнюють процес подолання травматичного досвіду, знижують мотивацію до активних дій і погіршують соціальну адаптацію. Отримані результати підтверджують тісний взаємозв’язок між ПТСР і депресією та необхідність їх комплексного розгляду у межах психологічної допомоги.

Розділ 3. ПСИХОЛОГІЧНІ СТРАТЕГІЇ ПОДОЛАННЯ ПРОЯВІВ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВИХ

3.1. Психологічні орієнтири стратегій подолання посттравматичного стресового розладу серед військових

Психологічні стратегії подолання ПТСР у військових мають вибудовуватися з урахуванням багаторівневого характеру травматичного досвіду, специфіки бойової діяльності та особливостей післявоєнної адаптації. ПТСР у цій категорії осіб не є ізольованим клінічним явищем, а формується як результат тривалого перебування в умовах загрози життю, високої відповідальності, втрат, моральних дилем і хронічного стресу. Унаслідок цього психокорекційна робота повинна мати системний характер і поєднувати стабілізаційні, відновлювальні, когнітивні та інтегративні впливи.

Початковим і принципово важливим напрямом психологічної допомоги є стабілізація психоемоційного стану військових. Для більшості з них характерним є стан постійної напруженості, підвищеної пильності, труднощі зі сном, різкі коливання настрою та соматичні реакції, що унеможливлює глибоку рефлексію травматичного досвіду. Саме тому на цьому етапі основна увага зосереджується на формуванні навичок саморегуляції та відновленні базового відчуття безпеки.

У межах стабілізаційного напряму доцільно систематично використовувати комплекс дихальних і тілесно-орієнтованих вправ. Однією з базових є діафрагмальне дихання, що виконується у повільному ритмі з акцентом на подовжений видих. Регулярне виконання цієї вправи сприяє зниженню вегетативного збудження та нормалізації серцевого ритму. Доповненням може слугувати вправа «Дихання з опорою», під час якої військовий концентрується не лише на дихальному циклі, а й на відчутті опори тіла на поверхню, що підсилює ефект заземлення.

Ефективними є також вправи на м’язову релаксацію, зокрема поетапне напруження і розслаблення окремих груп м’язів. Така техніка дозволяє підвищити усвідомлення тілесних відчуттів і зменшити хронічну м’язову напругу, яка часто супроводжує ПТСР. Для військових, які мають труднощі з вербалізацією емоцій, тілесна робота є особливо цінною, оскільки вона дає змогу опосередковано впливати на емоційний стан через фізичні відчуття.

Важливу роль відіграють вправи на орієнтацію в теперішньому моменті. Окрім класичної техніки сенсорного заземлення, можуть використовуватися завдання на опис навколишнього простору, фокусування на деталях середовища або ритмічних рухах. Такі вправи знижують інтенсивність флешбеків і сприяють поверненню контролю над увагою.

Паралельно зі стабілізацією доцільно розгортати роботу, спрямовану на відновлення внутрішніх ресурсів. Травматичний досвід суттєво звужує доступ до позитивних переживань, відчуття сили та впевненості, тому ресурсний напрям є необхідною умовою подальшої корекційної роботи. Однією з ефективних технік є вправа «Ресурсний спогад», у межах якої військовому пропонується пригадати ситуацію, коли він відчував власну ефективність, витривалість або підтримку. Робота з таким спогадом передбачає його деталізацію на рівні образів, тілесних відчуттів та емоцій.

Доповненням може слугувати завдання «Мій ресурс сьогодні», яке передбачає щоденну фіксацію навіть незначних позитивних моментів або дій, що дали відчуття стабільності. Така практика поступово змінює фокус уваги з виключно травматичного досвіду на ширший спектр життєвих подій і сприяє відновленню емоційної гнучкості.

Після досягнення відносної стабілізації можливий перехід до більш глибокої роботи з травматичним досвідом. Травмофокусований напрям реалізується поступово, з дотриманням принципу дозованості, оскільки надмірне або передчасне занурення в спогади може призвести до повторної травматизації. Основним завданням цього етапу є зниження інтенсивності

інтрузивних симптомів і поступова інтеграція пережитих подій у цілісну картину життєвого досвіду.

У цьому контексті ефективною є робота з наративом. Військовому пропонується поетапно вибудовувати розповідь про пережиті події, починаючи з менш емоційно насичених фрагментів. Акцент робиться не лише на описі фактів, а й на усвідомленні власних реакцій, рішень і способів виживання в екстремальних умовах. Такий підхід дозволяє поступово змінювати позицію з «жертви подій» на активного суб'єкта, який діяв у межах доступних можливостей.

Широко застосовуються письмові техніки, зокрема ведення тематичного щоденника. Окрім вільного опису переживань, можуть використовуватися структуровані завдання, наприклад, розділення запису на блоки «подія – думки – емоції – тілесні реакції». Це сприяє усвідомленню внутрішніх зв'язків між різними компонентами психічного досвіду та зменшує хаотичність переживань.

Таким чином, психологічні стратегії подолання посттравматичного стресового розладу у військових мають бути багатовекторними та гнучкими, поєднуючи стабілізацію, ресурсну підтримку, роботу з травмою та відновлення соціального функціонування. Такий підхід створює умови для глибоких внутрішніх змін і поступового повернення до повноцінного життя, навіть за наявності складного травматичного досвіду.

Подальша психокорекційна робота з військовими, які мають прояви посттравматичного стресового розладу, логічно зосереджується на поглибленій інтеграції травматичного досвіду та відновленні цілісної особистісної структури. На цьому етапі особливої значущості набуває поєднання індивідуальної та групової форм роботи, оскільки саме у взаємодії з іншими актуалізуються як травматичні реакції, так і ресурси соціальної підтримки.

3.2. Пріоритетні напрями психокорекційної роботи з військовими

Значущим напрямом психокорекційної роботи є когнітивне переосмислення травматичного досвіду. Для військових із ПТСР характерними є стійкі негативні переконання щодо себе, світу та майбутнього. Робота з цими переконаннями передбачає їх виявлення, аналіз походження та поступову трансформацію у більш адаптивні. Однією з вправ є «Перевірка думок», у межах якої військовий аналізує, наскільки його переконання відповідають реальності, чи мають вони альтернативні пояснення та яку функцію виконують у теперішньому житті.

Особливе місце займає робота з почуттям провини та сорому, що часто формуються внаслідок бойових рішень або втрат. Для цього використовуються вправи на розмежування відповідальності, аналіз реальних умов ситуації та переоцінку власних дій з позиції теперішнього досвіду. Наприклад, у вправі «Погляд ззовні» військовому пропонується уявити, як би він оцінив дії іншої людини в аналогічних обставинах. Така техніка дозволяє знизити рівень самозвинувачення та сформувати більш співчутливе ставлення до себе.

Не менш важливим є напрям формування навичок емоційної регуляції. Військові з ПТСР часто мають труднощі з розпізнаванням і вираженням емоцій, що призводить до накопичення напруження та вибухових реакцій. Для розвитку емоційної усвідомленості застосовуються вправи на ідентифікацію емоцій, їх градацію за інтенсивністю та пошук безпечних способів вираження. Це можуть бути як вербальні, так і невербальні форми роботи, зокрема використання малюнка або символічних образів.

Поступово психокорекційна робота переходить у площину соціальної та життєвої адаптації. Військовим пропонуються завдання, спрямовані на відновлення повсякденної активності, планування коротко- і середньострокових цілей, формування нового образу майбутнього. Однією з ефективних є вправа «Кроки вперед», у межах якої визначаються реалістичні завдання, виконання яких підкріплює відчуття контролю та компетентності.

Важливим напрямом є групова психокорекція, яка створює безпечний простір для нормалізації переживань і зменшення почуття ізольованості. У групах військові отримують можливість побачити, що їхні реакції не є унікальними чи патологічними, а мають спільну природу, зумовлену екстремальними умовами служби. У межах групової роботи ефективними є вправи на обмін досвідом подолання труднощів, наприклад завдання «Мій спосіб впоратися», під час якого учасники описують власні стратегії виживання у складних ситуаціях. Така вправа не лише підсилює відчуття компетентності, а й розширює репертуар копінг-стратегій за рахунок досвіду інших.

Доцільним є використання вправ, спрямованих на відновлення довіри до соціального середовища. Наприклад, у вправі «Коло підтримки» військовим пропонується окреслити коло осіб або спільнот, на які можна спиратися у різних життєвих ситуаціях. Аналіз цього кола дозволяє виявити дефіцит підтримки та окреслити напрями її поступового розширення. Для багатьох військових характерною є тенденція до соціального відсторонення, тому така робота сприяє зменшенню уникнення та відновленню міжособистісних контактів.

Окремим напрямом психокорекції виступає робота з агресією та гнівом, які у військових з ПТСР часто мають імпульсивний і неконтрольований характер. Агресивні реакції нерідко виконують захисну функцію, маскуючи страх, безпорадність або внутрішній біль. У зв’язку з цим корекційна робота має бути спрямована не на придушення гніву, а на його усвідомлення та трансформацію. Ефективними є вправи на розпізнавання тригерів агресії, зокрема завдання «Ланцюг реакції», у межах якого аналізується послідовність «ситуація – думка – емоція – дія». Це дозволяє військовим помічати моменти, на яких можливе втручання і зміна реакції.

Для зниження тілесного напруження, що супроводжує агресію, застосовуються вправи з контрольованим фізичним навантаженням, наприклад ритмічні рухи, стискання та розслаблення м’язів, удари по м’яких

поверхнях із подальшим усвідомленням змін у тілі. Такі вправи дають змогу безпечно вивільнити накопичену енергію та знизити ризик деструктивної поведінки.

Значущим компонентом психокорекційної роботи є відновлення емоційної чутливості та здатності переживати позитивні емоції. У багатьох військових з ПТСР спостерігається емоційне оніміння, яке проявляється у байдужості, втраті інтересу та зниженні здатності відчувати радість. Для подолання цього стану використовуються вправи, спрямовані на поступове розширення спектра емоційних переживань. Наприклад, у вправі «Щоденник відчуттів» фіксуються навіть мінімальні приємні тілесні або емоційні відчуття протягом дня. Регулярне виконання такого завдання сприяє відновленню контакту з власними переживаннями та підвищує емоційну усвідомленість.

Не менш важливою є робота з ідентичністю, оскільки травматичний досвід війни суттєво змінює уявлення військових про себе. Часто спостерігається фіксація виключно на ролі військового або, навпаки, відчуття втрати сенсу після завершення активної служби. У межах психокорекції використовуються вправи, спрямовані на розширення образу Я, наприклад завдання «Мої ролі», де аналізуються різні життєві ролі особистості поза межами військової діяльності. Це сприяє формуванню більш гнучкої ідентичності та зменшенню внутрішнього конфлікту між минулим і теперішнім.

Важливим напрямом є психоосвіта, яка дозволяє військовим краще зрозуміти природу власних реакцій. Інформування про механізми ПТСР, роль нервової системи, зв’язок між травмою і тілесними симптомами знижує рівень тривоги та стигматизації. У межах психоосвітніх занять доцільно використовувати прості схеми, приклади з повсякденного життя та обговорення, що допомагає інтегрувати знання у власний досвід.

Особливу увагу в психокорекційній роботі слід приділяти плануванню майбутнього та відновленню життєвих перспектив. Травматичний досвід часто формує відчуття безвиході та неможливості прогнозувати майбутнє. Для

подолання цього стану використовуються вправи на постановку цілей, зокрема завдання «Моє життя через рік», де військовому пропонується описати реалістичний образ бажаного майбутнього з урахуванням наявних ресурсів. Така робота сприяє формуванню мотивації та відновленню відчуття сенсу.

Психокорекційна робота з військовими також передбачає залучення сімейного оточення, оскільки саме в родині часто проявляються наслідки ПТСР у вигляді конфліктів, емоційної відстороненості або надмірного контролю. Робота з близькими може включати консультативні зустрічі, спрямовані на формування розуміння особливостей психічного стану військового та навчання ефективним способам підтримки. Це дозволяє зменшити напруження у сімейній системі та створити більш сприятливе середовище для відновлення.

У підсумку психокорекційні стратегії подолання посттравматичного стресового розладу у військових мають бути довготривалими, гнучкими та індивідуалізованими. Їх ефективність зумовлюється не лише використанням окремих технік, а й цілісною логікою роботи, що поєднує стабілізацію, опрацювання травми, відновлення ресурсів, соціальну адаптацію та формування перспектив подальшого життя. Такий підхід дозволяє не лише зменшити симптоматику ПТСР, а й створює умови для особистісного зростання та відновлення психологічної стійкості військових.

Висновки до третього розділу

Узагальнення результатів усіх трьох методик дозволяє зробити висновок, що психологічний стан військових із посттравматичним досвідом характеризується поєднанням високої інтенсивності травматичної симптоматики, знижених ресурсів стресостійкості та значної поширеності депресивних проявів. Така структура психологічних змін зумовлює складність процесу відновлення та потребує цілісного психокорекційного підходу,

спрямованого як на зменшення симптомів ПТСР, так і на відновлення регуляторних і ресурсних механізмів особистості.

Отримані емпіричні дані підтверджують доцільність використання багатокомпонентної моделі психологічної допомоги військовим, у межах якої стабілізація психоемоційного стану, розвиток навичок саморегуляції, робота з травматичними спогадами, корекція негативних когнітивних установок та відновлення життєвих перспектив розглядаються як взаємопов'язані напрями. Проведене дослідження створює емпіричне підґрунтя для розробки та впровадження цілеспрямованих психологічних стратегій подолання посттравматичного стресового розладу у військових і підтверджує необхідність подальших наукових розвідок у цьому напрямі.

Здійснено комплексний аналіз психологічних стратегій подолання проявів посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців з урахуванням специфіки бойового досвіду, умов воєнного стану та особливостей професійної діяльності військових.

Визначено ключові теоретико-методологічні орієнтири психологічної допомоги особам із проявами ПТСР. Обґрунтовано, що ефективне подолання посттравматичних реакцій можливе лише за умови системного, індивідуалізованого та етапного підходу, який враховує рівень психотравматизації, тривалість впливу стресогенних факторів, наявність коморбідних психічних станів і ресурси особистості військового. Особливу увагу приділено значенню відновлення базового почуття безпеки, формування адаптивних копінг-стратегій, розвитку психологічної стійкості та актуалізації внутрішніх ресурсів особистості як передумов успішної реадаптації військовослужбовців до мирного життя.

Визначено основні напрями практичної психокорекційної діяльності, спрямованої на зниження інтенсивності симптомів ПТСР та відновлення психологічного функціонування військових. Доведено доцільність використання інтегративного підходу, який поєднує елементи когнітивно-поведінкової терапії, методів стабілізації емоційного стану, тілесно

орієнтованих технік, психоосвітніх заходів і групових форм роботи. Акцентовано увагу на важливості розвитку навичок саморегуляції, опрацювання травматичного досвіду в безпечному терапевтичному середовищі, відновлення міжособистісних зв'язків і формування позитивного образу майбутнього.

Окремого науково-практичного значення в контексті подолання проявів посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців набуває вплив сімейного оточення як одного з ключових чинників ефективності психокорекційної роботи. Сім'я виступає найближчим соціально-психологічним середовищем військового, яке може як сприяти процесам психологічного відновлення, так і ускладнювати їх у разі наявності напружених, дезадаптивних або дезорганізованих міжособистісних взаємин.

Встановлено, що залучення родини до психокорекційного процесу підвищує ефективність терапевтичних заходів за рахунок формування стабільного підтримувального середовища, зниження рівня емоційної ізоляції військового та посилення відчуття безпеки й прийняття. Психоосвіта членів сім'ї щодо природи посттравматичних реакцій, особливостей перебігу ПТСР і можливих змін у поведінці військовослужбовця сприяє кращому розумінню його стану, зменшенню стигматизації та запобіганню вторинній травматизації.

Важливим аспектом психокорекційної роботи є також відновлення та гармонізація сімейних ролей, комунікативних навичок і емоційних зв'язків, порушених унаслідок бойового досвіду та тривалої розлуки. Робота з родиною дозволяє коригувати деструктивні патерни взаємодії, знижувати рівень конфліктності та формувати спільні стратегії подолання стресу, що позитивно впливає на процес реадаптації військового до мирного життя.

Визначено, що сімейне оточення слід розглядати не лише як зовнішній соціальний ресурс, а як повноцінний компонент системи психологічної допомоги військовослужбовцям із проявами посттравматичного стресового розладу. Інтеграція сімейно орієнтованих підходів у психокорекційну роботу сприяє підвищенню її результативності, стійкості терапевтичних змін і

довготривалому збереженню психічного здоров’я військових та членів їхніх родин.

Констатовано, що психологічні стратегії подолання ПТСР у військових мають бути спрямовані не лише на редукцію симптомів, а й на глибше відновлення цілісності особистості, її адаптаційного потенціалу та життєстійкості. Комплексна психокорекційна робота виступає важливою умовою успішної соціально-психологічної реінтеграції військовослужбовців і збереження їх психічного здоров’я, що набуває особливої значущості в умовах тривалого воєнного протистояння.

ВИСНОВКИ

У поданій роботі здійснено цілісне теоретико-емпіричне дослідження проблеми посттравматичного стресового розладу у військових та психологічних стратегій його подолання.

За результатами дослідження сформульовано низку наступних висновків:

1. У межах реалізації першого завдання систематизовано сучасні вітчизняні та зарубіжні наукові концепції дослідження ПТСР. Узагальнення наукових джерел дозволило розкрити багатовимірну природу ПТСР розладу як складного психічного стану, що формується внаслідок тривалого або інтенсивного впливу психотравматичних чинників. Встановлено, що у сучасних наукових підходах ПТСР розглядається як результат порушення адаптаційних механізмів особистості, що виникає під впливом надмірного стресового навантаження та супроводжується стійкими змінами емоційної регуляції, когнітивних процесів і поведінкових реакцій. Показано, що механізми виникнення посттравматичного стресового розладу зумовлюються взаємодією біологічних, психологічних і соціальних чинників, які визначають індивідуальну вразливість до психотравматичного досвіду та особливості перебігу розладу.

2. У ході виконання другого завдання констатовано, що психологічні наслідки посттравматичного стресового розладу проявляються у вигляді стійких порушень емоційної регуляції, підвищеної тривожності, афективної нестабільності, емоційного оніміння, когнітивних труднощів і змін поведінкових стратегій. Фізіологічні наслідки посттравматичного стресового розладу в умовах бойового досвіду пов’язані з тривалим перенапруженням регуляторних систем організму та проявляються у вигляді порушень сну, соматовегетативних розладів, зниження загальної стресостійкості, психосоматичних реакцій і функціональних змін з боку серцево-судинної,

ендокринної та нервової систем. Наголошено, що фізіологічні прояви ПТСР часто мають латентний характер і потребують комплексної міждисциплінарної оцінки. Соціальні наслідки посттравматичного стресового розладу виявляються у порушенні міжособистісних взаємин, соціальній ізоляції, зниженні рівня соціального функціонування, труднощах професійної та сімейної адаптації, а також зміні ціннісно-смислових орієнтацій особистості.

3. Виконання третього завдання встановило, що провідними психотравматичними чинниками є безпосередня загроза життю, участь у бойових діях, тривалий вплив екстремальних умов служби, хронічна психоемоційна напруга, морально-етичні дилеми та порушення базового відчуття безпеки. Визначення психотравматичних чинників професійної діяльності військових є важливою передумовою для ранньої діагностики посттравматичних розладів та розробки ефективних психокорекційних і профілактичних заходів.

4. Виконання третього завдання дозволило емпірично визначити три взаємодоповнювальні психодіагностичні методики. Аналіз результатів за шкалою PCL-5 показав, що у більшості досліджуваних військових виявлено клінічно значущі прояви посттравматичного стресового розладу. Переважна частина вибірки продемонструвала помірний і високий рівні посттравматичної симптоматики, що свідчить про поширеність і стійкість ПТСР у досліджуваній групі. Структурний аналіз симптомів засвідчив домінування негативних змін у когнітивній та емоційній сферах, а також симптомів надмірної реактивності

Результати, отримані за опитувальником «Самооцінка стійкості до стресу», продемонстрували неоднорідність адаптаційних можливостей військових. Значна частина респондентів виявила середній або низький рівень стресостійкості, що проявляється у високій емоційній напруженості, труднощах самоконтролю, швидкому виснаженні та порушенні організації діяльності в умовах навантаження.

Аналіз результатів за опитувальником депресії Бека показав, що депресивні прояви є поширеним супутнім явищем у структурі психологічного

стану військових. У більшості досліджуваних зафіксовано легкий, помірний або важкий рівень депресії, що проявляється у зниженні настрою, втраті інтересу до діяльності, негативному баченні майбутнього, зниженні самооцінки, порушеннях сну та підвищеній втомлюваності.

5. У процесі реалізації п’ятого, обґрунтовано психологічні стратегії подолання посттравматичного стресового розладу та визначення основних напрямів психокорекційної роботи з військовослужбовцями. Встановлено, що ефективні стратегії подолання ПТСР мають комплексний та поетапний характер і ґрунтуються на поєднанні стабілізаційних, ресурсно орієнтованих і травмофокусованих підходів. Показано, що пріоритетними напрямами психокорекційної роботи є зниження інтенсивності посттравматичної симптоматики, відновлення емоційної регуляції, формування адаптивних копінг-стратегій, розвиток навичок саморегуляції та підтримка процесів соціально-психологічної реадаптації. Обґрунтовані психологічні стратегії та напрями психокорекційної роботи створюють основу для підвищення ефективності психологічної допомоги військовим і сприяють відновленню їх адаптаційних ресурсів.

Таким чином, результати магістерського дослідження підтверджують, що ПТСР є складним багатовимірним психічним явищем, формування і перебіг якого зумовлюються поєднанням психотравматичних чинників, індивідуальних особливостей особистості та умов життєдіяльності. Ефективне подолання його проявів потребує комплексного, системного та науково обґрунтованого підходу, який поєднує різні психологічні стратегії та напрями психокорекційної роботи, спрямовані на відновлення адаптаційних ресурсів і психологічного благополуччя.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Асєєва, Ю. О., Аймедов, К. В., Яцишина, А. М. Визначення поняття ПТСР у військових: теоретичні основи, клінічні прояви та фактори ризику. *Ментальне здоров'я.* 2024. Вип 2. С. 8-17.

2. Бірук Л. М. Особливості використання арт терапії в реабілітації військовослужбовців : робота на здобуття кваліфікаційного ступеня магістра : спец. 053 Психологія; Волинський національний університет імені Лесі Українки. Луцьк, 2024. 55 с.

3. Божко Є.О. Діагностика та біохімічні маркери посттравматичного стресового розладу. *Ukrainian Scientific Medical Youth Journal (SUPPLEMENT).* № 3 (133) 2022. С. 10–11. DOI: https://doi.org/10.32345/USMYJ.SUPPLEMENT.3.2022 (дата звернення: 20.11.2025).

4. Борисова, О. О. Психоедукаційні моделі в процесі психореабілітації учасників бойових дій: поняття та функції, приклад. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія.* 2023. Вип. 3. С. 7-12.

5. Вишньовський В. Система психодіагностики та психокорекції посттравматичних розладів у учасників бойових дій. *Соціально-економічні проблеми і держава.* 2021. Вип. 2 (25). С. 558-563. URL: http://sepd.tntu.edu.ua/images/stories/pdf/2021/21vvvubd.pdf (дата звернення: 15.12.2025).

6. Вінс В.А., Горбенко І.В., Кузьменко Т.М. Психотерапевтичні засади роботи з клієнтами на різних етапах травмування. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*. 2022. Вип. 3. С. 91–96. DOI: https://doi.org/10.51547/ppp.dp.ua/2022.3.15 (дата звернення: 22.11.2025).

7. Вінс В. А., Суворова А. Г. Можливості профілактики та корекції посттравматичного стресового розладу у дорослих. *Науковий вісник*

Ужгородського національного університету. Серія: Психологія. 2023. Вип. 4. С. 10-13. https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2023.4.3 (дата звернення: 04.11.2025).

8. Власенко С. Б. Особливості діагностики посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців Збройних сил України. *Збірник тез II Всеукраїнського міжвідомчого психологічного форуму* (30 травня 2023 року). Київ, 2023. С. 33–36.

9. Волков К. Травматичний досвід: історична експлікація вивчення в психології. *Психологічні перспективи*, 2023. Вип. 41. С. 55–73. DOI: https://doi.org/10.29038/2227-1376-2023-41-vol (дата звернення: 09.11.2025).

10. Галич М. Ю., Литвин В. В. Загальна характеристика посттравматичного стресового розладу в умовах воєнного часу: діагностика та профілактика. *Юридична психологія*. 2022. № 1(30). С. 22–28. DOI: https://doi.org/10.33270/03223001.22 (дата звернення: 07.12.2025).

11. Главацька Н. О. Психологічні особливості переживання посттравматичного стресового розладу військовими: кваліфікаційна (магістерська) робота. Вінниця: Донецький національний університет імені Василя Стуса, 2024. 77 с.

12. Дичко О. О., Гайнутдінов А. В., Карлов О. Ю. Ефективність психологічної підтримки у військових: аналіз впливу на подолання посттравматичного стресового розладу. *Перспективи та інновації науки. Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина».* 2024. Вип. 3(37). С. 812–824. DOI: https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-3(37)-812-824. (дата звернення: 15.12.2025).

13. Довгань Н. Надзвичайні ситуації і психологічне благополуччя: індикатори стану. *Проблеми політичної психології*. 2022. Вип. 12(26). С. 31- 44. DOI: https://doi.org/10.33120/popp-Vol26-Year2022-116 (дата звернення: 17.11.2025).

14. Дяченко В. В. Психологічний супровід суб’єктів загальної освіти в умовах війни : кваліфікаційна робота. Кривий Ріг, 2024. 65 с.

15. Журба А. М., Завацький В. Ю. Полімодальний підхід до проблеми подолання посттравматичного стресового розладу внаслідок дії надзвичайних ситуацій. *Збірник наукових праць*. 2020. С. 170–179.

16. Занора А. С. Особливості соціально-психологічної адаптації військовослужбовців із симптомами посттравматичного стресового розладу до цивільного життя : кваліф. робота магістра зі спеціальності 053 «Психологія». Полтава : Нац. ун-т ім. Юрія Кондратюка, 2024. 123 с.

17. Застосування психотерапевтичних технологій у наданні допомоги постраждалим з проявами посттравматичного стресового розладу: практичний посібник / за ред. Я.М. Омельченко. Київ : Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2023. 256 с.

18. Клочек Л., Щирук І. Психологічна допомога військовослужбовцям із посттравматичним стресовим розладом. *Психологія: реальність і перспективи:* зб. наук. пр. РДГУ. 2024. Вип. 23. С. 71–78. DOI: https://doi.org/10.35619/prap_rv.vi23.413 (дата звернення: 20.11.2025).

19. Кобець О. Психотерапія посттравматичного стресового розладу у зарубіжних дослідженнях: на шляху до каністерапії. *Вісник Національного університету оборони України*. 2024. С. 53-61.

20. Коваленко І. С., Березан О. І., Помогайбо В. М. Посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців: теорія, дослідження та лікування. *Психологія і особистість*. 2023. Вип. 1 (23). С. 263-278.

21. Коваленко І. Е. Інформаційно-аналітичний супровід підтримки ментального здоров’я українських освітян в умовах воєнного стану. *Імідж сучасного педагога.* 2024. Вип. 4 (217). С. 106-110.

22. Костюк Ю. Ф. Теоретико-методологічні засади дослідження ПТСР у психологічній науці. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія».* Острог : Вид-во НаУОА, 2024. № 17. С. 21–27.

23. Котова П. Загальна психологічна специфіка переживання посттравматичного стресового розладу військовослужбовцями. *Прояви*

резилієнтності на різних рівнях системи: сім'я, освіта, суспільство під час війни : зб. наук. матеріалів ІІ Міжнар. наук.-практ. конф. (23–24 травня 2024 р.). Полтава : Нац. ун–т ім. Юрія Кондратюка, 2024. С. 129–133.

24. Крижановська З., Мудрик А. Посттравматичний стресовий розлад як наслідок переживання травматичного досвіду особистості. *Психологічні студії*. 2024. Вип. 3. С. 32-38.

25. Круковська М. С. Психологічні особливості прояву посттравматичного стресового розладу військовослужбовців під час війни в Україні : кваліфікаційна робота магістра спеціальності 053 «Психологія». Запоріжжя : ЗНУ, 2023. 59 с.

26. Малина О. Г. Особливості психологічної допомоги членам сімей загиблих Захисників і Захисниць України. *Psychological patterns of social processes and personalit y development in modern society Riga*: BaltijaPublishing, 2024. С. 103–117. URL: http://www.baltijapublishing.lv/omp/index.php/bp/catalog/view/514/13629/28533-1 (дата звернення: 04.01.2026).

27. Малина О. Г. Особливості фахової підготовки психологів Сил оборони України під час війни. *Psychological patterns of social processes and personalit y development in modern society.Riga*: BaltijaPublishing, 2023. С. 66–82. DOI: https://doi.org/10.30525/978-9934-26-326-2-5. (дата звернення: 04.01.2026).

28. Малиш В. Є. Стрес та стресові розлади особистості: визначення, діагностика та корекція. *Наукові перспективи*. 2024. Вип. 4 (46). С. 1298– 1310. DOI: https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-4(46)-1298-1310 (дата звернення: 24.11.2025).

29. Мельник А. П. Психологія посттравматичного стресового розладу : силабус вибіркової дисципліни циклу професійної підготовки бакалаврів спеціальності 053 Психологія ОПП Практична психологія / Волинський національний університет імені Лесі Українки, факультет психології, кафедра практичної психології та психодіагностики. Луцьк, 2021. 11 с.

30. Міхєєва Л. Емпіричне дослідження психологічних особливостей прояву посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. *Psychology Travelogs*. 2023. Вип. 4. С. 6-15.

31. Назаренко О. В. Діагностичні критерії психічної бойової травми в практиці сімейного лікаря. *Академічні читання імені Володимира Паська в рамках 31-ої Міжнародної медичної виставки «PUBLIC HEALTH 2022»:* Матеріали V науково-практичної конференції з міжнародною участю. 2022. С. 73–75.

32. Немеш О. Психологічне здоров'я особистості під час війни. *Психологія: реальність і перспективи*. 2024. Вип. 23. С. 131–138. DOI: https://doi.org/10.35619/prap_rv.vi23.401 (дата звернення: 26.12.2025).

33. Основні аспекти реабілітації військовослужбовців / А.А. Левков, С.М. Марченко, М.А. Боголюб, Є.В. Вишар. *Сучасні тенденції спрямовані на збереження здоров'я людини* : зб. наук. пр. Харків : НФУ, 2024. Вип. 5. С. 70–76.

34. Отич О. Сучасні психологічні підходи до визначення посттравматичного стресового розладу. *Авіаційна та екстремальна психологія у контексті технологічних досягнень*: збірник наукових праць. Київ. : «Кафедра», 2021. С. 44-47.

35. Петреченко, С. А. Посттравматичний синдром у військовослужбовців: причини, симптоми та методи лікування. *Психологія та соціальна робота.* 2023. Вип. 1. С. 30-36.

36. Психічні розлади воєнного часу: монографія. Київ: Видавничий дім Медкнига, 2023. 232 с.

37. Соколовська Л. І., Мельник А. П. Теоретико-методологічний аналіз проблем посттравматичного стресового розладу. *Держава, регіони, підприємництво: інформаційні, суспільно-правові, соціально-економічні аспекти розвитку*: матеріали IV міжнародної конференції (Київ, 07 грудня 2022 року). Київ: ВНЗ «Університет економіки та права «КРОК», 2022. С. 333–334.

38. Солоненко, О., Розмирська, Ю. Концептуалізація поняття «тривалий травматичний стрес»: від переживання постійного насильства до тривалої травми війни. *Психологія: реальність і перспективи*. 2024. Вип. 23. С. 167-176.

39. Ульянчук З. І., Романовська Л. І. Проективні методи у психодіагностиці та психокорекції наслідків посттравматичного стресового розладу. *Socio-psychological work*: innovations, strategies and opportunities. 2024. С. 79–82.

40. Чорна В.,Серебреннікова О. Посттравматичний стресовий розлад під час повномасштабної війни у військовослужбовців. *Молодий вчений*. 2023. Вип. 12 (124). С. 28-39.

41. Шпортун О. М., Савчук З. С. Психологічні особливості військовослужбовців з проявами ПТСР. *Наукові перспективи*. 2024. Вип. 1 (43). С. 951–970. DOI: https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-1(43)-951-970 (дата звернення: 26.11.2025).

42. Щирук І. А. Психологічні особливості негативних наслідків посттравматичного стресового розладу й травмування у військовослужбовців та осіб, постраждалих на бойовий стрес. *Наукові записки*. *Серія: Психологія*. 2024. Вип. 3. С. 87-93.

43. Яцук Н., Говоруха О. Особливості перебігу посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. *ScientificCollection «InterConf».* 2022. № 132. С. 178–181.

44. Hilman A., Kulesha N. Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD): Theory, Diagnosis, and Practical Aspects of Psycho the rapy. European Science. 2022. Vol. 2(sge14-02). P. 50–66. DOI: 10.30890/2709-2313.2022-14-02-017 (дата звернення: 22.11.2025).

45. Kulaiets V., Kulaiets N. Післятравматичний стресовий розлад як основний симптомокомплекс типових постстресових розладів у практиці лікаря-інтерніста. *Терапевтика*. 2022. Т. 2(4). С. 22–27. DOI: 10.31793/2709-7404.2021.2-4.22 (дата звернення: 25.10.2025).

46. Malyna O. Peculiarities of psychological assistance to service men with comb at mental trauma. *Psychological patterns of social processes and personalit y development in modern society. Riga*: BaltijaPublishing, 2023. P. 283– 297. DOI: 10.30525/978-9934-26-362-0-16 (дата звернення: 26.10.2025).

47. Rybak O. Поняття посттравматичного зростання в позитивній психології. *Psychological Journal*. 2022. Т. 8(4). С. 69–78.

48. Tkachenko N., Aleshchenko O. Основні симптоми посттравматичного стресового розладу. *Journal of Psychology Research*. 2023. Т. 29(12). С. 63–70.