

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Національний університет «Запорізька політехніка»

Факультет соціальних наук
(повне найменування факультету)

Психологія
(повне найменування кафедри)

Пояснювальна записка

до дипломного проєкту (роботи)

бакалавр
(ступінь вищої освіти)

на тему Вплив військових конфліктів на психічне здоров'я особистості
(назва теми)

Виконав(ла): студент(ка) 4 курсу,
групи СНз-112сп

Спеціальності 053 Психологія
(код і найменування спеціальності)

Освітня програма (спеціалізація)
Психологія

БАБАК О.В.

(ПРИЗВИЩЕ та ініціали)

Керівник КУЗЬМІН В.В.
(ПРИЗВИЩЕ та ініціали)

Рецензент ЩЕРБИНА В.В.
(ПРИЗВИЩЕ та ініціали)

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Національний університет «Запорізька політехніка»
 (повне найменування закладу вищої освіти)

Факультет соціальних наук
 Кафедра «Психологія»
 Ступінь вищої освіти бакалавр
 Спеціальність 053 Психологія
 (код і найменування)
 Освітня програма (спеціалізація) Психологія
 (назва освітньої програми (спеціалізації))

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри _____

« 25 » _____ лютого 2025 року

ЗАВДАННЯ

НА ДИПЛОМНИЙ ПРОЄКТ (РОБОТУ) СТУДЕНТА(КИ)

БАБАК Ольга Володимирівна

(ПРИЗВИЩЕ, ім'я, по батькові)

1. Тема проєкту (роботи) Вплив військових конфліктів на психічне здоров'я особистості

керівник проєкту (роботи) к.соц.н., доцент Кузьмін Віктор Володимирович

(науковий ступінь, вчене звання, ПРИЗВИЩЕ, ім'я, по батькові)

затверджені наказом закладу вищої освіти від «25» лютого 2025 року № 64

2. Строк подання студентом проєкту (роботи) 05 червня 2025 року

3. Вихідні дані до проєкту (роботи) 79 сторінок, 89 джерел, 4 рисунок, 4 таблиці, 1 додаток.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) було реалізовано ряд завдань: окреслено теоретичні засади дослідження впливу військових конфліктів на психічне здоров'я особистості; аналіз посттравматичного стресового розладу у військових ветеранів; проведено емпіричне дослідження впливу військових конфліктів на психічне здоров'я особистості; розроблено рекомендації щодо покращення психічного здоров'я військових ветеранів.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень): Рис.1.1 Критерії позитивного психічного здоров'я (М. Яхода); Рис.2.1 Тривалість перебування в зоні активних бойових дій; Таблиця 2.1 Зведені результати спостереження; Таблиця 2.2 Аналіз результатів

діагностики за методикою «Самооцінка психічного стану (Дж. Колкет)»; Рис.2.2 Показники психічного стану військових ветеранів; Таблиця 2.3 Аналіз результатів діагностики ПТСР за методикою «Шкала Девідсона (DTS)»; Рис.2.3 Форма вираженості ПТСР у військових ветеранів, що мають різний термін перебування в зоні бойових дій; Таблиця 2.4 Програма соціально-психологічної реабілітації для військових з ПТСР.

6. Консультанти розділів проєкту (роботи)

Розділ	ПРІЗВИЩЕ, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	прийняв виконане завдання
1	Кузьмін В.В., доцент	18.03.2025	15.04.2025
2	Кузьмін В.В., доцент	16.04.2025	29.04.2025
Нормок-ь	Стадник А.Г., доцент	30.05.2025	03.06.2025

7. Дата видачі завдання «25» лютого 2025 року

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів дипломного проєкту (роботи)	Строк виконання етапів проєкту (роботи)	Примітка
1	Узгодження теми та затвердження завдання на дипломний проєкт(роботу)	25.02.2025	
2	Збір матеріалу та вивчення літературних джерел на дипломний проєкт (роботу)	01.03.2025	
3	Затвердження теми	15.03.2025	
4	Складання змісту	18.03.2025	
5	Виконання першого розділу	15.04.2025	
6	Виконання другого розділу	29.04.2025	
8	Формування висновків	23.05.2025	
9	Перевірка роботи керівником	27.05.2025	
10	Оформлення дипломного проєкту(роботи)	30.05.2025	
11	Нормоконтроль та перевірка на запозичення	03.06.2025	
12	Попередній захист дипломного проєкту(роботи)	05.06.2025	
13	Подання роботи на кафедру	06.06.2025	
14	Одержання відгуку та рецензії	07.06.2025	
15	Захист дипломної роботи	17.06.2025	

Студент(ка) _____
(підпис)

Ольга БАБАК
(Ім'я ПРІЗВИЩЕ)

Керівник проєкту (роботи) _____
(підпис)

Віктор КУЗЬМІН
(Ім'я ПРІЗВИЩЕ)

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 79 сторінок, 89 джерел, 4 рисунка, 4 таблиці, 1 додаток.

Об'єкт дослідження: психічне здоров'я військових ветеранів (у контексті війни в Україні).

Предмет дослідження: особливості розвитку ПТСР у військових ветеранів.

Мета дослідження: вивчення впливу військових конфліктів на психічне здоров'я особистості, зокрема аналіз посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військових ветеранів. Дослідження спрямоване на оцінку рівня ПТСР, а також на визначення ефективних методів психологічної допомоги та реабілітації ветеранів, які пережили бойові дії.

Методи дослідження: теоретичні: аналіз та узагальнення та систематизація наукової літератури з метою визначення стану розробленості проблеми; емпіричні: психодіагностичне тестування за методиками: Самооцінка психічного стану (Дж. Колкет); Шкала Девідсона для самооцінки ПТСР, DTS; методи математичної обробки даних: статистичний аналіз, що передбачає кількісне вивчення емпіричних даних за допомогою інструментів математичної статистики, а також табличний і графічний аналіз, які використовуються для візуалізації інформації та виявлення різноманітних закономірностей у даних.

ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я, ПТСР, ВІЙСЬКОВІ, ВЕТЕРАНИ

ЗМІСТ

ВСТУП.....	10
РОЗДІЛ 1.....	15
ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ВІЙСЬКОВИХ КОНФЛІКТІВ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ: АНАЛІЗ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВИХ ВETERANІВ.....	15
1.1. Психічне здоров'я особистості: розуміння, концепції та ключові аспекти	15
1.2. Фактори стресу та травми в умовах військових дій та їх вплив на психічне здоров'я особистості.....	25
1.3. Поняття і природа ПТСР: визначення, класифікація, специфіка прояву у військових.....	34
Висновки до розділу 1.....	46
РОЗДІЛ 2.....	48
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ВІЙСЬКОВИХ КОНФЛІКТІВ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ.....	48
2.1. Організація та опис методології дослідження	48
2.2. Аналіз результатів дослідження	53
2.3. Рекомендації щодо покращення психічного здоров'я військових ветеранів	64
Висновки до розділу 2.....	69
ВИСНОВКИ	71
ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ.....	74
ДОДАТКИ	82

ВСТУП

Актуальність теми. Військові конфлікти та їх негативні руйнівні впливи на суспільство стали одним з найгостріших питань сучасності. Психічне здоров'я військових ветеранів, які зазнали дії стресових факторів на полі бою, ставить перед наукою виклик створення надійних систем діагностики, профілактики та реабілітації посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

За статистичними даними досліджень організацій, що займаються проблемами ветеранів, близько 30-50% учасників бойових дій страждають від ознак посттравматичного стресового розладу, а щонайменше 15-20% потребують психіатричної допомоги. Зокрема, в ЗСУ число ветеранів, що звертались за допомогою, становить щорічно значну частку спеціалізованих запитів.

У світлі останніх подій, пов'язаних з російсько-українською війною, суспільство зустрілося з новими викликами: розуміння та профілактика психічних розладів ветеранів є ключовими завданнями для забезпечення їх адаптації в мирному житті. Війна в Україні підкреслює необхідність розробки комплексного підходу до роботи з ветеранами. Психологічні наслідки участі у бойових діях мають значний вплив на їхню соціалізацію, сімейне життя та професійну діяльність. Зокрема, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є однією з найпоширеніших і найважчих форм психологічної травматизації, яка вражає військових ветеранів. Поширеність цього розладу серед ветеранів військових конфліктів спонукає до необхідності глибокого вивчення факторів, які його зумовлюють, а також пошуку ефективних підходів до його діагностики, лікування та профілактики.

Таким чином, дослідження впливу військових конфліктів на психічне здоров'я особистості є надзвичайно актуальним для розуміння динаміки ПТСР та створення ефективної системи реабілітації ветеранів.

Проблема полягає у недостатньому розумінні механізмів розвитку ПТСР у військових ветеранів, зокрема взаємозв'язку між індивідуальними, соціальними та біологічними факторами. Хоча існує значна кількість досліджень у цій галузі, питання інтеграції теоретичних підходів та їх практичного застосування залишається відкритим. Особливу увагу слід приділити адаптації західних методик до українського контексту та розробці нових підходів до реабілітації військових.

Теоретичне підґрунтя дослідження: У дослідженні використано теоретичні положення класичних та сучасних наукових підходів до вивчення посттравматичних стресових розладів.

Зокрема, було враховано теорії стресу Г. Сельє, концепцію когнітивної обробки травматичного досвіду А. Бека та Е. Фoa, а також модель подвійного представлення пам'яті К. Бруерса і Д. Спенса. Зарубіжні дослідники, такі як Дж. Шей, Б. ван дер Колк, Р. Тедескі та Л. Калгун, зробили вагомий внесок у розуміння механізмів ПТСР та адаптаційних процесів.

Теоретичну основу дослідження складають праці таких видатних науковців, як Г. Айлен, Д. Гоулман, С. Мадді, Г. Селигман, а також багатьох інших фахівців, які зробили значний внесок у розуміння впливу військових конфліктів на психічне здоров'я особистості. Дослідження Бесселя ван дер Колка значно розширюють розуміння нейробіології ПТСР, а наукові досягнення Р. Девідсона допомогли значно покращити розуміння природи ПТСР і зменшити стигматизацію людей, які страждають від цього розладу.

Вітчизняні науковці також активно долучаються до розробки проблематики розвитку психічних розладів у військових ветеранів.

Наприклад, О. Чуприков досліджує нейрофізіологічні аспекти ПТСР, Л. Кочарян акцентує увагу на психосоціальній адаптації ветеранів, а І. Карабань аналізує індивідуальні особливості перебігу розладу в умовах військового стресу.

У роботах вітчизняних дослідників, таких як О. Блінов, О. Лящ, І. Приходько, С. Сукіасян, акцентується увага на ролі особистісних ресурсів

військовослужбовців у подоланні посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Проблеми розвитку ПТСР у військових ветеранів та його впливу на психоемоційний стан особистості висвітлені в роботах Н. Жигайло, С. Костючкова, К. Кравченка, О. Тімченка, Ю. Широбокова, О. Кудренка, В. Афанасенка та інших.

Аналіз наукової літератури вказує на недостатню увагу до комплексного підходу вивчення цієї теми. Більшість досліджень зосереджені переважно на клінічних та патологічних аспектах ПТСР, залишаючи поза увагою соціально-психологічні та особистісні аспекти проблематики. На сьогодні, існує явна обмеженість у кількості наукових робіт, які присвячені впливу військових конфліктів на психічне здоров'я особистості, в цілому та аналізу посттравматичного стресового розладу у військових ветеранів (ПТСР), зокрема.

Об'єкт дослідження: психічне здоров'я військових ветеранів (у контексті війни в Україні).

Предмет дослідження: особливості розвитку ПТСР у військових ветеранів.

Гіпотеза: чим довше військовий перебуває у бойових умовах, тим вищий ризик розвитку ПТСР.

Метою дослідження є вивчення впливу військових конфліктів на психічне здоров'я особистості, зокрема аналіз посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військових ветеранів. Дослідження спрямоване на оцінку рівня ПТСР, а також на визначення ефективних методів психологічної допомоги та реабілітації ветеранів, які пережили бойові дії.

Завдання дослідження:

1. Охарактеризувати проблему дослідження психічного здоров'я особистості військових ветеранів в умовах війни: розуміння, концепції та ключові аспекти

2. Визначити фактори стресу та травми в умовах військових дій.

3. Окреслити поняття і природу ПТСР: визначення, класифікація, специфіку прояву у військових

4. Провести емпіричне дослідження психічного здоров'я військових ветеранів.

5. Розробити рекомендації щодо покращення психічного здоров'я військових ветеранів.

Методологічною основою дослідження є системний підхід, що дозволяє проаналізувати психічне здоров'я військових ветеранів.

Методи дослідження:

- теоретичні: аналіз та узагальнення та систематизація наукової літератури з метою визначення стану розробленості проблеми;

- емпіричні: психодіагностичне тестування за методиками: Самооцінка психічного стану (Дж. Колкет); Шкала Девідсона для самооцінки ПТСР, DTS;

- методи математичної обробки даних: статистичний аналіз, що передбачає кількісне вивчення емпіричних даних за допомогою інструментів математичної статистики, а також табличний і графічний аналіз, які використовуються для візуалізації інформації та виявлення різноманітних закономірностей у даних.

Математична обробка даних виконувалася за допомогою програм Microsoft Excel та SPSS 24.0 для Windows.

Теоретичне значення дослідження полягає в узагальненні та систематизації знань про психічне здоров'я військових ветеранів, а саме: поглибленні знань про ПТСР.

Наукова новизна: виявлено нові аспекти впливу соціокультурних та індивідуально-психологічних чинників на розвиток перебіг ПТСР у військових ветеранів; запропоновано методи комплексної реабілітації.

Практична значущість: результати дослідження можуть бути використані у роботі центрів психологічної допомоги, реабілітаційних установ, а також у підготовці фахівців у сфері психосоціальної підтримки.

Структура дослідження. Робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ВІЙСЬКОВИХ КОНФЛІКТІВ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ: АНАЛІЗ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВИХ ВЕТЕРАНІВ

1.1. Психічне здоров'я особистості: розуміння, концепції та ключові аспекти

Психічне здоров'я є одним з найважливіших складників загального благополуччя людини, яке визначає її здатність до адаптації, стійкість до стресових ситуацій та можливість взаємодії з навколишнім світом. Воно охоплює не лише відсутність психічних розладів, а й здатність особистості підтримувати баланс між емоційними, психологічними та соціальними аспектами свого життя. Розуміння психічного здоров'я розвивалося протягом століть, і сьогодні ми маємо чіткі концептуальні уявлення, які дозволяють більш глибоко вивчати та підтримувати його [2].

В наукових працях психічне здоров'я зазвичай визначається як стан емоційного, психологічного та соціального благополуччя. Воно є динамічним процесом, що змінюється в залежності від багатьох факторів, таких як генетична спадковість, соціальне середовище, економічний статус та особистісні характеристики. Важливо зазначити, що психічне здоров'я не є статичним станом; воно може коливатися в залежності від обставин і життєвих подій [28].

Здатність регулювати емоції й адаптуватися до різноманітних ситуацій є основним показником психічного здоров'я. Люди з хорошим психічним здоров'ям виявляють здатність контролювати свої емоції, навіть у стресових ситуаціях. Психічне здоров'я також визначається здатністю будувати здорові стосунки з

іншими людьми. Важливими аспектами є здатність до співчуття, розуміння та підтримки близьких, а також наявність позитивних соціальних зв'язків.

Здатність справлятися з труднощами та адаптуватися до змін, що відбуваються в житті, є важливим аспектом психічного здоров'я. Люди, які мають високу стресостійкість, можуть зберігати свою психічну рівновагу навіть у складних ситуаціях. Психічно здорові особистості мають позитивне уявлення про себе, розуміють свої сильні сторони й слабкості, приймають себе такими, якими вони є, і готові працювати над своїм розвитком [33].

Важливою частиною вивчення психічного здоров'я є і розуміння психічних захворювань, таких як депресія, ПТСР та тривожні розлади, шизофренія, що можуть значно впливати на якість життя та працездатність особистості.

Л. В. Котлова характеризує поняття «психічне здоров'я» як стан благополуччя, в якому людина може здійснювати свою діяльність, справлятися з життєвими труднощами, реалізувати свої потенціали, підтримувати гармонійні стосунки з іншими людьми та бути в стані досягати своїх цілей. Важливою частиною цього є здатність управляти своїми емоціями та думками, а також проявляти співчуття до себе й інших [29].

Згідно з концепцією Т. Парсонса, психічне здоров'я визначається як стан, за якого людина ефективно виконує свої соціальні ролі та обов'язки відповідно до свого статусу в суспільстві. Отже, здорова особистість – це та, яка здатна відповідати суспільним очікуванням і справлятися з викликами повсякденного життя [76].

Структура психічного здоров'я охоплює два рівні: особистісний рівень, що відображає внутрішню гармонію, емоційну стійкість та цілісність особистості; психофізіологічний рівень, який характеризується належним функціонуванням нервової системи, врівноваженістю та адаптивністю до стресових ситуацій.

Здоровий психічний стан особистості проявляється у відсутності серйозних нервово-психічних розладів, наявності достатнього внутрішнього

ресурсу для подолання труднощів, а також у стабільному балансі між людиною та її оточенням.

Німецький філософ і психіатр К. Ясперс виокремив чотири ключові ознаки психічного благополуччя: здатність фокусувати увагу на конкретному об'єкті; ефективне запам'ятовування та збереження інформації; логічне мислення та аналіз отриманих даних; правильне сприйняття простору та часу, що забезпечує адекватну орієнтацію у реальності.

Психічне здоров'я проявляється на трьох основних рівнях: емоційному, інтелектуальному та особистісному [78].

Емоційний рівень характеризується здатністю людини адекватно висловлювати свої почуття відповідно до ситуації та ефективно управляти емоціями.

Інтелектуальний рівень визначається вмінням аналізувати, обробляти інформацію та застосовувати її у реальному житті.

Особистісний рівень включає самосприйняття, самооцінку, прагнення до самопізнання та самореалізації, а також здатність усвідомлювати власну індивідуальність у взаємодії зі світом.

Психічна рівновага передбачає гармонійну взаємодію між емоційною, вольовою та когнітивною сферами. Здорова людина прагне до особистісного розвитку, реалізації свого потенціалу та досягнення внутрішньої гармонії. Цю ідею підтримували А. Маслоу та інші дослідники, які наголошували на важливості самоактуалізації для повноцінного життя [35].

Психічне здоров'я є невід'ємною складовою загального благополуччя людини. Це поняття охоплює не лише відсутність психічних розладів, але й здатність особистості адаптуватися до життєвих викликів, підтримувати емоційний баланс і реалізовувати свій потенціал.

Одним із ключових аспектів психічного здоров'я є його інтеграція в загальне здоров'я особистості [41]. Фізичний стан та психічне здоров'я тісно пов'язані між собою: тривалі стреси, депресії чи тривожні розлади можуть призвести до проблем із серцево-судинною системою, а хронічні хвороби

фізичного здоров'я можуть стати основою для розвитку психічних розладів. Зрозуміти цей зв'язок можна лише через комплексний підхід до вивчення здоров'я, що включає і біологічні, і психологічні, і соціальні фактори.

Існує кілька основних концепцій, які допомагають зрозуміти психічне здоров'я особистості.

По-перше, концепція позитивного психічного здоров'я, що акцентує увагу на можливостях особистості, її здатності до самореалізації та розвитку. Ця концепція підкреслює важливість не лише лікування психічних розладів, але й підтримки загального благополуччя.

Психічне здоров'я є не лише відсутністю психічних розладів, а й наявністю позитивних характеристик особистості, що сприяють її гармонійному розвитку. Концепція позитивного психічного здоров'я розкриває аспекти психологічного благополуччя, самореалізації та здатності особистості до подолання життєвих труднощів. Дослідження в цій галузі здійснювали такі вчені, як М. Яхода, К. Ріфф, М. Селігман та інші [50].

М. Яхода у 1958 році запропонувала концепцію позитивного психічного здоров'я, визначаючи його як стан, що включає наступні критерії (рис.1.1):

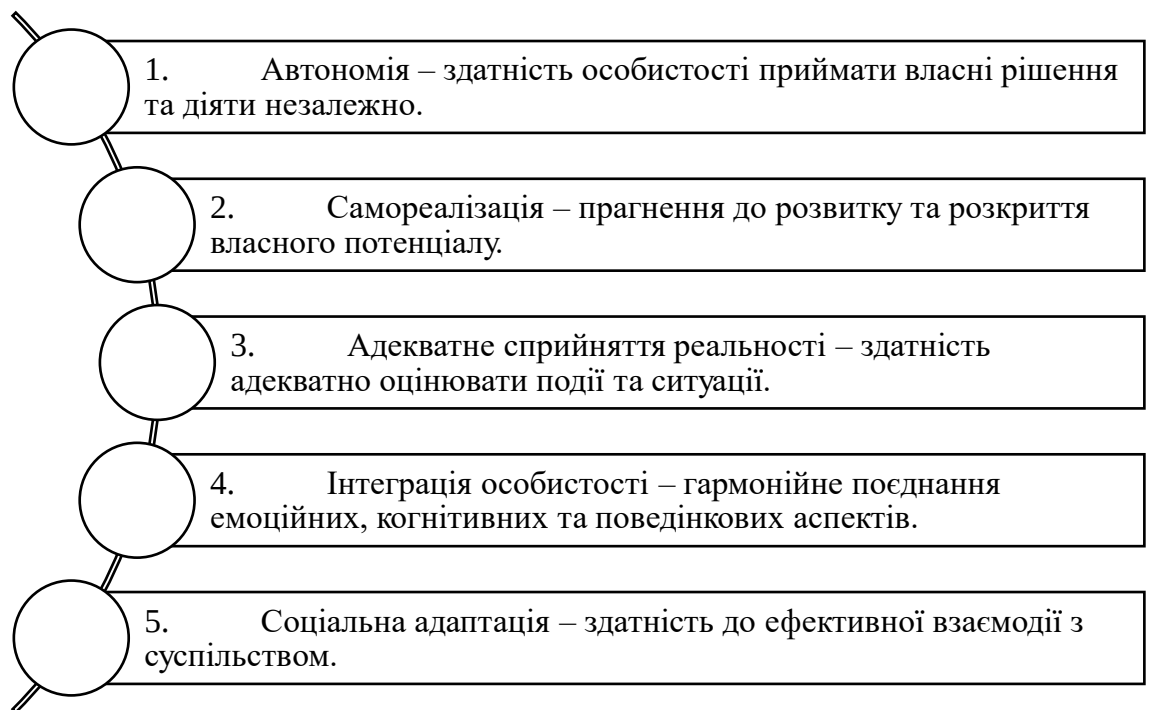


Рис.1.1 Критерії позитивного психічного здоров'я (М. Яхода)

Дослідження наукової літератури свідчать про те, що питання психічного здоров'я вчені розглядають крізь призму різних теоретичних підходів до розуміння особистості. Кожна концепція має власне бачення природи психічного стану людини. До них належать психодинамічна теорія З. Фрейда, індивідуальна теорія А. Адлера, аналітичний підхід К. Юнга, еґо-теорія Е. Еріксона, гуманістична концепція Е. Фромма, соціокультурний підхід К. Хорні, теорія особистісних рис Р. Кеттела, соціально-когнітивна модель А. Бандури, когнітивний підхід Дж. Кілле, гуманістична концепція А. Маслоу та феноменологічна теорія К. Роджерса [49].

К. Ріфф у 1989 році запропонувала багатовимірну модель психологічного благополуччя, яка складається з шести основних компонентів [67]:

- автономія – незалежність і здатність до самостійного ухвалення рішень;
- самоприйняття – позитивне ставлення до себе, усвідомлення своїх сильних і слабких сторін;
- контроль над життям – здатність керувати своїм життям та впливати на обставини;
- особистісний ріст – прагнення до розвитку, навчання нового та вдосконалення;
- позитивні взаємини з іншими – вміння будувати глибокі, підтримуючі зв'язки з людьми;
- ціль у житті – наявність смислу та чітких життєвих орієнтирів.

М. Селігман, один із засновників позитивної психології, розробив концепцію PERMA, яка включає [73]:

1. Р (Positive Emotions) – позитивні емоції та оптимістичний настрій.
2. Е (Engagement) – залученість у діяльність, що приносить задоволення.
3. R (Relationships) – наявність якісних міжособистісних стосунків.
4. М (Meaning) – відчуття сенсу життя та усвідомлення власної місії.

5. А (Achievement) – досягнення поставлених цілей, особистісний ріст.

Серед ключових аспектів психічного здоров'я вченими було виділено кілька основних [19].

Емоційна стабільність: здатність управляти своїми емоціями, справлятися зі стресом і адаптуватися до змін. Люди з високим рівнем емоційної стабільності зазвичай краще справляються з труднощами.

Соціальні зв'язки: наявність підтримуючих стосунків з родиною, друзями та колегами є критично важливою для психічного здоров'я. Соціальна підтримка допомагає знизити рівень стресу і покращити загальне самопочуття.

Самосвідомість: розуміння своїх думок, почуттів і поведінки дозволяє особистості краще справлятися з внутрішніми конфліктами та приймати усвідомлені рішення.

Здоровий спосіб життя: фізичне здоров'я безпосередньо впливає на психічне. Регулярна фізична активність, збалансоване харчування та достатній сон сприяють покращенню психоемоційного стану [5].

Доступ до ресурсів: можливість отримання професійної допомоги у разі потреби є важливим аспектом підтримки психічного здоров'я. Психотерапія, консультації та освітні програми можуть значно покращити якість життя.

В результаті узагальнення наукових набутків маємо зробити висновок про те, що концепція позитивного психічного здоров'я є комплексною та включає різні аспекти самореалізації, особистісного розвитку та соціальної взаємодії. Дослідження М. Яходи, К. Ріфф та М. Селігмана допомагають глибше зрозуміти, що таке психологічне благополуччя і як його досягти. Реалізація цих принципів у житті сприяє підвищенню рівня щастя, стійкості до стресу та загальному покращенню якості життя.

Біопсихосоціальна модель психічного здоров'я враховує взаємодію біологічних, психологічних та соціальних факторів. Згідно з цією моделлю, психічні розлади можуть виникати внаслідок комплексної взаємодії генетичних схильностей, особистісних рис і соціальних умов [28].

Сучасні підходи до розуміння психічного здоров'я враховують не лише біологічні аспекти, а й психологічні та соціальні чинники. Біопсихосоціальна модель, розроблена Дж. Енгелем у 1977 році, є одним із найбільш визнаних підходів у цій сфері. Вона пояснює, що психічне здоров'я формується під впливом взаємодії біологічних, психологічних і соціальних факторів [24].

Біопсихосоціальна модель використовується в: медицині для розробки комплексних підходів до лікування психічних розладів; психотерапії для врахування індивідуальних особливостей клієнта, його соціальних зв'язків та життєвих обставин; соціальній роботі для інтеграції психологічної допомоги з соціальною підтримкою.

Розглянемо більш детально основні положення цієї моделі, її наукове обґрунтування та значення для практичної психології та медицини.

Дж. Енгель запропонував біопсихосоціальний підхід як альтернативу суто медичній моделі, що розглядала психічні розлади виключно через біологічні механізми [56]. Вчений стверджував, що: біологічні чинники включають генетичну схильність, нейрофізіологічні особливості та біохімічні процеси в організмі; психологічні чинники охоплюють емоційні, когнітивні та поведінкові аспекти, які впливають на формування психічного здоров'я, а соціальні чинники включають сімейне середовище, соціальні взаємодії, культурні та економічні умови. На думку дослідника людина має біопсихосоціальну природу, що визначає багатовимірну структуру її здоров'я. Біопсихосоціальна природа людини зумовлює визначення в структурі психічного здоров'я наступних компонентів [72]:

Фізичне (соматичне) здоров'я – це природний стан організму, за якого всі його органи та системи працюють злагоджено, забезпечуючи нормальне функціонування, фізичний розвиток і загальне самопочуття.

Соматичне благополуччя – це сукупність біологічних характеристик людини, які визначають її працездатність, тривалість життя та здатність до відтворення.

Психічне здоров'я – це гармонійний розвиток психічних процесів, що проявляється у внутрішній стабільності, душевному комфорті та відсутності патологічних відхилень. Воно забезпечує адекватну поведінкову реакцію відповідно до соціального середовища.

Соціальне здоров'я – рівень адаптації особистості у суспільстві, здатність приймати й дотримуватись норм і цінностей певної культури. Воно проявляється у позитивній соціальній активності, законослухняності, толерантності та комунікабельності [11].

Духовне здоров'я – прагнення до саморозвитку та самовдосконалення, усвідомлення власної життєвої місії, постійне збагачення внутрішнього світу та моральне вдосконалення.

Роботи Г. Сельє у сфері стресових реакцій підтвердили, що психічне здоров'я формується у відповідь на взаємодію фізіологічних та психологічних чинників, а наукові праці А. Бека у когнітивній терапії довели значення індивідуального сприйняття реальності у розвитку психічних розладів [32].

Багаторівнева модель психічного здоров'я показує, що гармонійний розвиток особистості залежить від балансу між фізичним здоров'ям, емоційною стабільністю, соціальними зв'язками, особистісним розвитком та самореалізацією. Досягнення психологічного благополуччя вимагає комплексного підходу, що включає турботу про своє тіло, свідоме управління емоціями, розвиток інтелектуальних здібностей, побудову здорових стосунків та пошук сенсу життя.

Багаторівнева модель психічного здоров'я включає кілька взаємопов'язаних рівнів, кожен з яких відіграє важливу роль у загальному самопочутті людини [29].

Фізіологічний рівень. На цьому рівні психічне здоров'я пов'язане зі здоров'ям нервової системи, гормональним балансом та загальним фізичним станом організму. Регулярний відпочинок, фізична активність, повноцінне харчування та відсутність шкідливих звичок сприяють підтримці психологічної рівноваги.

Емоційний рівень. Емоційна стабільність є ключовим компонентом психічного здоров'я та психологічного благополуччя особистості. Вона проявляється у здатності людини розпізнавати, виражати та контролювати свої емоції, а також у стійкості до стресу та внутрішньої гармонії [40].

Інтелектуальний рівень. На цьому рівні психічне здоров'я відображається у здатності особистості аналізувати інформацію, розв'язувати проблеми, навчатися новому та розширювати власний світогляд. Інтелектуальний розвиток сприяє впевненості у собі та адаптивності до змін.

Соціальний аспект психічного здоров'я включає міжособистісні стосунки, комунікативні навички та здатність взаємодіяти із суспільством. Позитивні соціальні зв'язки, підтримка близьких людей та відчуття приналежності до певної спільноти сприяють стабільному психологічному стану [8].

Особистісний рівень охоплює самосприйняття, самооцінку, здатність до самопізнання та усвідомлення власної унікальності. Позитивне ставлення до себе та внутрішня гармонія є важливими факторами психічного здоров'я.

Духовний рівень. Духовність відіграє важливу роль у формуванні життєвих цінностей, пошуку сенсу життя та гармонії із самим собою. Це може включати релігійні переконання, моральні принципи, усвідомленість та прагнення до особистісного розвитку [15].

Самореалізаційний рівень – це вищий рівень психічного здоров'я. Він передбачає реалізацію потенціалу особистості, досягнення цілей, творчий розвиток та прагнення до самовдосконалення. Людина, яка відчуває свою значущість та бачить сенс у своїй діяльності, досягає найвищого рівня психологічного комфорту.

Багаторівнева модель психічного здоров'я показує, що гармонійний розвиток особистості залежить від балансу між фізичним здоров'ям, емоційною стабільністю, соціальними зв'язками, особистісним розвитком та самореалізацією [34]. Досягнення психічного здоров'я та психологічного благополуччя вимагає комплексного підходу, що включає турботу про своє

тіло, свідоме управління емоціями, розвиток інтелектуальних здібностей, побудову здорових стосунків та пошук сенсу життя.

Психічне здоров'я є важливою складовою загального благополуччя людини. Воно впливає на те, як ми думаємо, відчуваємо і діємо. Дослідження соціальних психологів, таких як У. Бронфенбреннер, показали, що соціальне середовище відіграє вирішальну роль у психічному благополуччі особистості.

На нашу думку, біопсихосоціальна модель психічного здоров'я є однією з найбільш науково обґрунтованих концепцій у сучасній психології та медицині. Вона підкреслює необхідність комплексного підходу до розуміння психічних розладів, що включає біологічні, психологічні та соціальні чинники. Цей підхід сприяє ефективнішій діагностиці, лікуванню та профілактиці психічних захворювань, що дозволяє значно покращити якість життя людей.

На думку Н.Є. Бачернікова, В.П. Петленка та Є.А. Щербини, психічне здоров'я є відносно стабільним станом організму, який дозволяє людині свідомо оцінювати власні фізичні та психологічні можливості, адаптуватися до природних і соціальних умов, а також реалізовувати як особистісні, так і суспільні потреби. Воно ґрунтується на злагодженій роботі психофізичних систем і гармонійних взаємозв'язках між психічним і соматичним станом людини [4].

Отже, психічне здоров'я це складний і багатогранний феномен, який охоплює багато аспектів життя людини. Його підтримка вимагає уваги до емоційного, соціального і психологічного благополуччя, а також активних дій для забезпечення здорового способу життя. Психічне здоров'я – це не лише відсутність хвороб, але й здатність особистості до гармонійного розвитку та адаптації до змін. Воно визначається не тільки біологічними чинниками, але й психологічними та соціальними аспектами, що разом впливають на стан людини. Сучасне розуміння психічного здоров'я відкриває нові можливості для його підтримки та розвитку, зокрема через психологічну допомогу, соціальну підтримку та впровадження здорових звичок у повсякденне життя.

1.2. Фактори стресу та травми в умовах військових дій та їх вплив на психічне здоров'я особистості

Військові дії є надзвичайно стресогенним середовищем, яке суттєво впливає на психічний стан військовослужбовців та цивільного населення. Постійна небезпека, втрата близьких, фізичне виснаження та психологічні перевантаження можуть призвести до глибоких психотравм. Дослідження у сфері військової психології вказують, що стресові фактори можуть мати як негайний, так і довготривалий вплив на людину, формуючи посттравматичні розлади, депресивні стани та інші психічні порушення.

Основними факторами стресу та травми військовослужбовців в умовах війни є: фізичні загрози та небезпека для життя, постійний ризик поранення чи загибелі, свідчення жорстокості, зокрема насильства та руйнувань, тривала відсутність безпечного місця, емоційні та психологічні навантаження, втрата товаришів, родичів та знайомих, почуття провини за вчинені чи не вчинені дії, вимушеність прийняття складних моральних рішень [17].

В дослідженнях О. Блінова розглянуто чинники розвитку бойового стресу в умовах бойових дій та визначено їх вплив на психічне здоров'я особистості [3]. Так, на думку дослідника травматичний вплив на особистість військовослужбовців в умовах бойових дій надають наступні психологічні, фізіологічні та біологічні чинники: виснаження через нестачу сну та харчування, фізична перевтома внаслідок постійного пересування чи боїв, вплив екстремальних погодних умов та умов середовища, соціальна ізоляція та розрив соціальних зв'язків, віддаленість від родини та близьких та обмежене спілкування з ними через особливості військової служби, втрата довіри до цивільного населення або військового керівництва, тривала невизначеність та відсутність контролю над ситуацією, неможливість передбачити подальший розвиток подій, відчуття безсилля перед ситуацією та відсутність чіткої інформації про результати військових операцій. На думку

вченого, головним впливом бойових дій на психіку особистості є формування стійкої тривожності та підвищеної збудливості.

В дослідженнях В. І. Слободяник, О.М. Марциняк-Дорош та ін. розглянуто питання психічної травматизації особистості внаслідок військових дій та її вплив на життєдіяльність [42]. Як зауважується дослідниками, війна залишає глибокий відбиток не лише на суспільстві в цілому, а й на кожній окремій особистості, яка безпосередньо стикається з її наслідками. Психічна травматизація є однією з найсерйозніших проблем, з якими стикаються як військовослужбовці, так і мирне населення. Вона призводить до значних змін у поведінці, емоційному стані та соціальному функціонуванні особистості.

В дослідженні акцентується увага на те, що одним із найпоширеніших проявів психічної травматизації є посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – стан, що виникає після переживання надзвичайно стресових ситуацій, таких як бойові дії, руйнування, загибель близьких чи загроза власному життю [36]. Симптоми ПТСР можуть включати повторне переживання травматичної події у вигляді флешбеків, нічних кошмарів, емоційної нестабільності, уникнення ситуацій, що нагадують про травму, та підвищену тривожність.

Окрім ПТСР, люди, які пережили війну, можуть страждати від депресії, тривожних розладів, емоційного вигорання та розладів адаптації. Унаслідок цього може знижуватися рівень соціальної взаємодії, погіршуватися працездатність та з'являтися проблеми у спілкуванні з рідними. Деякі люди, щоб впоратися з емоційним болем, вдаються до зловживання алкоголем або наркотиками, що ще більше погіршує їхній стан.

Військові, які повертаються з зони бойових дій, часто стикаються з труднощами адаптації до мирного життя [21]. Вони можуть відчувати відчуженість, розгубленість, агресію або провину перед тими, хто загинув у бою. Такі емоції впливають на їхні стосунки в родині, на роботі та в суспільстві загалом. Подібні прояви також зустрічаються у цивільного населення, яке пережило обстріли, евакуацію або втрату близьких.

Шиделко А. підкреслює на те, що психічна травматизація внаслідок війни є серйозним викликом для суспільства. Її наслідки можуть мати довготривалий характер і впливати на всі аспекти життя людини. Важливо не лише розуміти масштаби цієї проблеми, а й створювати умови для її ефективного подолання, надаючи необхідну підтримку тим, хто пережив війну [55].

Дослідником було розглянуто основні прояви та наслідки бойового стресу для психічного здоров'я особистості. За визначенням вченого, бойовий стрес – це складний психологічний феномен, який виникає в умовах військових дій. Він надає глибокий і тривалий вплив на психіку військовослужбовців, формуючи їхню особистість, емоційний стан і соціальну адаптацію.

Важливо зазначити, що бойовий стрес може викликати різноманітні емоційні реакції. Військовослужбовці часто стикаються з екстремальними ситуаціями, які супроводжуються страхом, тривогою та відчаєм. Ці емоції можуть призвести до розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР), який характеризується повторними спогадами про травматичні події, нічними жахами та емоційною відчуженістю. ПТСР може суттєво ускладнити адаптацію до мирного життя, заважаючи особі налагодити соціальні зв'язки та реалізувати свій потенціал.

Є.В. Пузирьов, В. В. Ізвєков підкреслюють на те, що бойовий стрес та його наслідки для військовослужбовців[48]. Також бойовий стрес може впливати на когнітивні функції військовослужбовців. Часто вони стають менш здатними до концентрації уваги, прийняття рішень та вирішення проблем. Це може призвести до помилок у виконанні службових обов'язків, що, в свою чергу, може загрожувати не лише їхньому життю, але й життю товаришів по службі. Зниження когнітивних функцій також може негативно вплинути на професійну діяльність після повернення з зони бойових дій.

На думку більшості науковців, бойовий стрес може викликати негативні зміни в міжособистісних стосунках. Військовослужбовці, які пережили бойові

дії, можуть відчувати труднощі в спілкуванні з близькими, друзями та колегами. Вони можуть ставати більш замкнутими, уникати соціальних контактів або проявляти агресію. Це часто призводить до ізоляції та самотності, що погіршує загальний психологічний стан [34].

Не менш важливими є фізичні наслідки бойового стресу. Хронічний стрес може призвести до різноманітних соматичних захворювань, таких як серцево-судинні хвороби, порушення сну та проблеми з травленням. Фізичне і психічне здоров'я тісно пов'язані, тому важливо враховувати ці аспекти при лікуванні військовослужбовців [55].

Однак важливо зазначити, що не всі військовослужбовці піддаються негативному впливу бойового стресу в однаковій мірі. Деякі з них можуть розвивати стійкість і адаптивні механізми, які допомагають їм справлятися зі стресом [80]. Соціальна підтримка, професійна допомога психологів і терапевтів, а також участь у групах підтримки можуть значно полегшити процес адаптації. У підсумку, бойовий стрес має серйозні наслідки для психологічного стану військовослужбовців. Він впливає на їхні емоції, когнітивні функції та міжособистісні стосунки, а також може призводити до фізичних захворювань. Однак існують шляхи подолання цих наслідків через підтримку та професійну допомогу. Розуміння і визнання проблеми бойового стресу є першим кроком до забезпечення психічного здоров'я тих, хто захищає нашу країну.

Війна – це надзвичайно стресова ситуація, яка може викликати серйозні психологічні наслідки у військовослужбовців. Серед цих наслідків особливо виразними є деперсоналізація та емоційне притуплення. Ці механізми захисту психіки виникають як реакція на екстремальні умови, в яких опиняються солдати, і виконують роль своєрідного щита, що дозволяє їм справлятися з жахливими переживаннями [27].

Деперсоналізація – це психологічний стан, при якому особа відчуває себе відокремленою від власного «Я», немов спостерігає за собою з боку. Цей стан може виникати внаслідок сильного стресу, травми або тривалого

емоційного напруження. У контексті війни деперсоналізація стає способом захисту від травматичних переживань. Військовослужбовці, які стикаються з насильством, смертю товаришів або цивільних осіб, можуть використовувати цей механізм, щоб зменшити емоційний біль і уникнути глибокого занурення в жахливі події. Цей захисний механізм дозволяє солдатам продовжувати виконувати свої обов'язки, не піддаючись повному емоційному розпаду. Вони можуть діяти більш раціонально, приймати рішення в критичних ситуаціях, не піддаючись паніці чи страху [45]. Однак, незважаючи на свою функцію захисту, деперсоналізація може призвести до довгострокових наслідків, таких як проблеми з ідентичністю, відчуття ізоляції та труднощі у відновленні після війни.

Постійний контакт з насильством і жорстокістю може призвести до десенсибілізації та змін у сприйнятті реальності. Це може викликати проблеми з емоційною регуляцією та побудовою міжособистісних стосунків.

Емоційне притуплення – це ще один важливий захисний механізм, який проявляється у зниженні чутливості до емоційних переживань. Військовослужбовці, які зазнають постійного стресу та напруги на фронті, можуть свідомо або несвідомо блокувати свої емоції, щоб не відчувати глибокий біль і тривогу. Це може проявлятися в зниженні емоційної реакції на події, що відбуваються навколо них, а також у відчутті безтурботності щодо власного життя та життя інших [53].

Емоційне притуплення може служити важливим механізмом виживання в умовах війни, оскільки дозволяє військовослужбовцям залишатися функціональними в складних ситуаціях. Вони можуть виконувати свої обов'язки без надмірного емоційного навантаження, але це також може призвести до відчуження від власних почуттів і переживань [17]. Після повернення з війни багато ветеранів стикаються з труднощами у відновленні емоційної чутливості та налагодженні стосунків з близькими.

Деперсоналізація та емоційне притуплення часто взаємопов'язані і можуть виникати одночасно. Коли військовослужбовець починає відчувати

себе відірваним від власного «Я», він може також зазнавати зниження емоційної чутливості. Ці механізми можуть стати звичними способами реагування на стресові ситуації, що призводить до формування нових патернів поведінки.

Однак важливо зазначити, що ці захисні механізми мають і негативні наслідки. Вони можуть перешкоджати нормальному процесу переживання травматичних подій і заважати адаптації до мирного життя після війни. Військовослужбовці можуть зіткнутися з труднощами у вираженні своїх почуттів, встановленні близьких стосунків та соціальній інтеграції [38].

Деперсоналізація та емоційне притуплення є важливими захисними механізмами психіки військовослужбовців під час війни. Хоча вони допомагають справлятися з екстремальними умовами, їх тривале використання може призвести до серйозних психологічних проблем у майбутньому [51]. Розуміння цих механізмів є важливим для розробки ефективних стратегій підтримки ветеранів і допомоги їм у процесі адаптації до мирного життя.

Хронічний стрес – це стан, який виникає в результаті тривалої або повторюваної напруги, що перевищує можливості адаптації організму. У військовому контексті стресові ситуації можуть бути пов'язані з бойовими діями, втратами товаришів, травмами або навіть тривалим перебуванням у небезпечних умовах [23]. Цей емоційний і фізичний тягар не лише впливає на психічне здоров'я, але й може призводити до зниження когнітивних функцій, що має серйозні довготривалі наслідки.

Когнітивні функції охоплюють широкий спектр психічних процесів, таких як пам'ять, увага, навчання, мовлення та розуміння. Хронічний стрес може негативно впливати на ці функції через різноманітні біологічні механізми. По-перше, тривалий стрес активує симпатичну нервову систему, що призводить до вивільнення гормонів стресу, таких як кортизол [72]. Високі рівні кортизолу можуть викликати зміни в структурі та функціонуванні мозку, зокрема в гіпокампі – області, відповідальній за пам'ять та навчання.

Дослідження показують, що хронічний стрес може призводити до зменшення обсягу гіпокампа, що безпосередньо впливає на здатність до запам'ятовування та обробки нової інформації. Крім того, стрес може погіршувати функцію префронтальної кори – області мозку, відповідальної за вищі когнітивні процеси, такі як прийняття рішень, планування та контроль імпульсів. Це може призвести до труднощів у концентрації уваги і зниження здатності до критичного мислення.

Військові травми часто супроводжуються не лише фізичними ушкодженнями, але й психологічними розладами, такими як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). ПТСР є серйозним наслідком бойових дій і характеризується постійними спогадами про травматичні події, емоційним відчуженням і підвищеною тривожністю. Це захворювання може суттєво погіршити когнітивні функції ветеранів [36].

Дослідження показують, що люди з ПТСР часто стикаються з проблемами пам'яті, зниженням уваги та труднощами в навчанні. Вони можуть відчувати труднощі у виконанні повсякденних завдань, що потребують когнітивної гнучкості та швидкості реакції. Крім того, хронічний стрес і ПТСР можуть призвести до розвитку депресії та тривожних розладів, які також негативно впливають на когнітивні функції [20].

Взаємозв'язок між хронічним стресом і когнітивним здоров'ям є складним і багатогранним. Військовослужбовці, які пережили значний стрес у бойових умовах, можуть зіткнутися з тривалими наслідками для свого розумового здоров'я. Це може включати не лише зниження когнітивних функцій, а й підвищений ризик розвитку деменції в старшому віці [58].

Дослідження також вказують на те, що хронічний стрес може спровокувати запальні процеси в організмі, які пов'язані з нейродегенеративними захворюваннями. Таким чином, ветерани можуть опинитися в ситуації, коли наслідки їхніх військових травм проявляються не лише в короткостроковій перспективі, а й у довгостроковій — через роки після повернення з війни.

Хронічний стрес має значний вплив на когнітивні функції військовослужбовців, що може призвести до серйозних довготривалих наслідків. Важливо усвідомлювати ці ризики і забезпечити необхідну підтримку для ветеранів, щоб допомогти їм відновити своє психічне здоров'я і покращити якість життя [12]. Лише через комплексний підхід до лікування та реабілітації можна мінімізувати негативні наслідки військових травм і забезпечити гідне життя для тих, хто ризикував своїм життям заради інших.

Важливо підкреслити, що існують ефективні методи подолання негативних наслідків хронічного стресу та військових травм. Психотерапія, зокрема когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), може допомогти ветеранам усвідомити та змінити негативні патерни мислення. Також важливими є програми реабілітації, які фокусуються на фізичному здоров'ї та психоемоційній підтримці. Фізична активність, медитація та техніки релаксації також можуть сприяти зменшенню рівня стресу і покращенню когнітивних функцій. Соціальна підтримка від родини та товаришів по службі грає ключову роль у процесі відновлення і адаптації до мирного життя.

В дослідженнях Е. О. Кравченко, О.В. Тімченко та ін. вчених було приділено увагу соціально-психологічним детермінантам виникнення стресу та розвитку травми у військовослужбовців. На думку дослідників, розуміння цих детермінант є важливим для розробки ефективних стратегій профілактики та лікування бойового стресу серед військовослужбовців [39].

Соціальна підтримка є одним із ключових факторів, що впливають на рівень стресу та травматизацію військових під час бойових дій. Військовослужбовці, які мають міцні соціальні зв'язки з родиною, друзями та колегами, зазвичай краще справляються зі стресом. Дослідження показують, що підтримка з боку близьких може зменшити відчуття ізоляції та страху, що виникають під час бойових дій. У той же час, відсутність соціальної підтримки може призводити до підвищення рівня тривожності та депресії.

Групова динаміка також відіграє важливу роль у виникненні бойового стресу. Військовослужбовці часто перебувають у тісному контакті з

товаришами по службі, і їхній психологічний стан може значно залежати від атмосфери в колективі. Позитивна групова динаміка, що включає взаєморозуміння, довіру та підтримку, може знижувати рівень стресу. Натомість конфлікти в групі або відчуття небезпеки можуть посилювати стресові реакції.

Індивідуальні особистісні риси також можуть впливати на сприйняття та реакцію на стресові ситуації [41]. Наприклад, люди з високим рівнем невротизму можуть бути більш схильними до розвитку бойового стресу. У той же час, особи з високою емоційною стійкістю можуть легше справлятися з труднощами та стресом.

Психологічна підготовка перед відправкою в зону бойових дій допомагає військовим у подоланні стресу та травматизації. Військовослужбовці, які проходять спеціальні тренінги з управління стресом та психологічної стійкості, мають більше шансів успішно адаптуватися до екстремальних умов. Відсутність такої підготовки може призвести до збільшення рівня тривожності та паніки під час бойових дій [18].

Соціально-психологічні детермінанти виникнення стресу та розвитку психічної травматизації у військовослужбовців є багатограними і взаємопов'язаними. Соціальна підтримка, групова динаміка, культурні фактори, психологічна підготовка та особистісні характеристики – всі ці аспекти можуть суттєво вплинути на рівень стресу у військовослужбовців.

Отже, військові дії є одним з найскладніших і найнебезпечніших аспектів людського існування, які можуть мати глибокий вплив на психічне здоров'я особистості. Фактори стресу та травми в умовах військових дій мають комплексний вплив на психічне здоров'я військових і цивільного населення. Їх наслідки можуть проявлятися як у короткостроковій, так і в довгостроковій перспективі, що підкреслює необхідність своєчасної психологічної підтримки та реабілітації.

1.3. Поняття і природа ПТСР: визначення, класифікація, специфіка прояву у військових

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є однією з найсерйозніших психічних проблем, що виникають унаслідок впливу екстремальних стресових подій. Особливо вразливою групою є військовослужбовці, які брали участь у бойових діях. Військовий досвід часто супроводжується значними психологічними потрясіннями, що можуть викликати розвиток стійких розладів психіки.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це психічний стан, що виникає після переживання одного чи кількох серйозних стресових інцидентів, які загрожували життю або спричинили значний психологічний тиск, і залишають тривалий емоційний слід, що веде до значних страждань. Люди, які страждають від цього розладу, зазвичай мають проблеми з концентрацією, емоційною регуляцією (наприклад, депресія та тривожність), розладами сну та психосоматичними симптомами [26]. Раніше ПТСР називали синдромом бойової втоми. Цей серйозний психічний розлад зазвичай виникає після переживання травмуючих подій або фізичних чи психологічних пошкоджень, що завдали людині сильного стресу.

ПТСР є одним із найпоширеніших наслідків військових дій. Цей розлад може розвиватися після переживання або свідчення травматичних подій. Основні симптоми ПТСР включають [15]:

1. Нав'язливі спогади: військовослужбовці можуть переживати повторні спогади про травматичні події, що викликає сильний дискомфорт.
2. Уникнення: люди з ПТСР часто намагаються уникати ситуацій, які нагадують їм про травму, що може призвести до соціальної ізоляції.
3. Зміни в настрої: депресія, тривога та емоційна нестабільність є частими супутниками ПТСР. Люди можуть відчувати безнадійність, втрату інтересу до життя та проблеми з концентрацією.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є серйозною психічною патологією, яка може виникнути у людей, які пережили або стали свідками травматичних подій. У військових, які беруть участь у активних бойових діях, ймовірність розвитку ПТСР значно зростає через специфіку їхнього досвіду [33].

Посттравматичний стресовий розлад – це психічний розлад, що виникає внаслідок пережитої травми, яка перевищує адаптаційні можливості людини. Вперше ПТСР був офіційно визнаний у 1980 році Американською психіатричною асоціацією та включений до DSM-III. Основними діагностичними критеріями ПТСР є: наявність травматичної події, що становила загрозу життю або безпеці; нав'язливі спогади, кошмари, флешбеки; емоційна та соціальна відчуженість; гіперактивність та підвищена тривожність; уникання ситуацій, що нагадують про травму [19].

За Міжнародною класифікацією хвороб (МКХ-11, 2018), ПТСР визначається як психічний розлад, що розвивається після пережиття екстремальної загрози або катастрофи, характеризується трьома основними симптомами: повторне переживання травматичної події, уникання та стан підвищеного збудження [57].

Є.Г. Волков розглядає ПТСР як стійку психічну реакцію на стрес, що характеризується тривалими емоційними і когнітивними порушеннями [5].

Дж. Херман визначає ПТСР як порушення, що впливає на емоційну регуляцію, самоідентичність і міжособистісні стосунки, особливо після тривалого впливу травматичних факторів [76].

Залежно від характеру та тривалості проявів ПТСР може поділятися на:

- гострий ПТСР – симптоми тривають менше трьох місяців.
- хронічний ПТСР – симптоматика спостерігається понад три місяці.
- відстрочений ПТСР – прояви розладу виникають через кілька місяців або років після травматичної події.
- комплексний ПТСР – розвивається внаслідок тривалого впливу травматичних факторів (наприклад, постійне перебування у зоні бойових дій).

– дисоціативний ПТСР – супроводжується порушеннями пам'яті, деперсоналізацією та дереалізацією.

Різні психологічні аспекти та механізми розвитку посттравматичного стресового розладу досліджували такі вітчизняні вчені, як: М. Горовіц, Л. Китаєв-Смик, І. Котєнєв, В. Лисенко, О. Морозов, В. Омелянович, Н. Тарабріна, О. Тімченко та С. Яковенко. Незважаючи на те, що багато науковців звертали увагу на проблеми формування та перебігу цього розладу, питання його діагностики та профілактики в умовах воєнного стану залишається недостатньо дослідженим [11].

Розвиток ПТСР у військових пояснюється декількома психологічними концепціями.

Теорія когнітивного дисонансу (Л. Фестінгер) – військові можуть переживати внутрішній конфлікт між власними цінностями та реальністю бойових дій [39].

Теорія когнітивного дисонансу була вперше запропонована американським психологом Леоном Фестінгером у 1957 році. Вона стосується психологічного дискомфорту, який виникає, коли особа стикається з суперечливими або несумісними когнітивними елементами – такими як переконання, думки, цінності чи поведінка. Коли людина відчуває когнітивний дисонанс, вона прагне зменшити цей дискомфорт, змінюючи одне з несумісних переконань або поведінку, або ж знаходячи нові когнітивні елементи, які допомагають знизити напруження [54].

Когнітивний дисонанс – це стан психологічного дискомфорту, що виникає, коли людина має два або більше несумісних когнітивних елементів.

Люди зазвичай прагнуть зменшити когнітивний дисонанс трьома основними способами: зміна однієї з суперечливих думок або поведінки; додавання нових когнітивних елементів, які підтримують одну з існуючих думок; мінімізація важливості дисонансних елементів [16]. Дисонанс може бути посилений в ситуаціях, коли особа відчуває відповідальність за свої дії або коли дії суперечать глибоким переконанням.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є серйозним психічним захворюванням, яке може виникати у військовослужбовців після переживання травматичних подій під час бойових дій [21]. Теорія когнітивного дисонансу може бути корисною для розуміння того, як військові справляються з травматичним досвідом і як це впливає на їхнє психічне здоров'я.

Військовослужбовці можуть відчувати когнітивний дисонанс через [54]:

1. Суперечність між переконаннями та досвідом: багато військових вступають у службу з ідеалами про героїзм і захист батьківщини. Однак переживання війни, насильства і смерті можуть викликати у них сумніви в цих ідеалах.

2. Відчуття провини: військові можуть відчувати провину за те, що вижили під час бойових дій (синдром «вижившого»), що створює конфлікт між їхнім бажанням жити і почуттям провини за втрату товаришів.

3. Соціальний тиск: суспільство часто має певні очікування щодо поведінки військових, що може призводити до дисонансу, якщо їхні переживання не відповідають цим очікуванням.

Військовослужбовці можуть намагатися зменшити когнітивний дисонанс різними способами [32]: раціоналізація: вони можуть виправдовувати свої дії або переживання, стверджуючи, що їхня поведінка була необхідною для виживання; зміна переконань: деякі військові можуть змінити свої погляди на війну і насильство, щоб уникнути дисонансу (наприклад, вони можуть почати вірити, що війна є справедливою і необхідною); пошук підтримки: військові можуть шукати підтримку у товаришів по службі або в групах ветеранів, що допомагає їм знайти спільність у переживаннях і зменшити почуття ізоляції.

Когнітивний дисонанс може мати значний вплив на психічне здоров'я військовослужбовців, а саме розвиток ПТСР. Якщо військові не можуть ефективно зменшити дисонанс, це може призвести до розвитку ПТСР. Постійний стрес і негативні емоції можуть закріплюватися в їхній свідомості.

Невміння впоратися з когнітивним дисонансом може призвести до депресії та тривожних розладів, оскільки військові борються зі своїми внутрішніми конфліктами. Відчуття провини та стигма можуть призвести до соціальної ізоляції, що ще більше погіршує психічний стан.

Теорія когнітивного дисонансу є важливим інструментом для розуміння психологічних процесів, які відбуваються у військовослужбовців після переживання травматичних подій. Вона дозволяє зрозуміти, як внутрішні конфлікти і суперечності можуть впливати на психічне здоров'я та поведінку військових. Розуміння цих механізмів може допомогти в розробці ефективних стратегій лікування та підтримки для тих, хто страждає від ПТСР[14].

Модель емоційного перероблення травми наголошує на те, що спогади про травму залишаються «незавершеними», що призводить до повторного переживання болісного досвіду.

Модель емоційного перероблення травми була розроблена психологами Едною Фоа та Елізабет Ротбаум у 1998 році. Ця модель пояснює, як люди обробляють травматичний досвід і чому деякі особи розвивають посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), тоді як інші можуть адаптуватися до пережитого[77].

Згідно моделі, травматичний досвід викликає сильні емоційні реакції, такі як страх, гнів, провини або сором. Ці емоції можуть бути настільки інтенсивними, що особа намагається уникнути їх, що призводить до проблем у переробці травми. Люди, які пережили травму, можуть намагатися уникати спогадів про подію або ситуацій, які нагадують їм про травму. Це уникнення може бути як фізичним (уникання місць або людей), так і психологічним (ігнорування думок про травму) [59].

На думку дослідників, для того щоб ефективно переробити травму, важливо усвідомити і зрозуміти, що сталося. Це включає в себе переосмислення події, формування нових переконань про себе та світ, а також інтеграцію травматичного досвіду в загальну картину життя[40].

Модель підкреслює важливість емоційної експозиції – процесу, коли особа знову стикається з травматичними спогадами та емоціями в безпечному середовищі. Це дозволяє зменшити інтенсивність негативних емоцій і допомагає в їхньому переробленні. Після успішної обробки травми особа може розвивати нові способи впоратися з емоціями і стресом, що сприяє покращенню психічного здоров'я.

Модель емоційного перероблення травми має важливе значення для розуміння та лікування ПТСР у військовослужбовців[46]:

1. Пояснення механізмів ПТСР: модель допомагає пояснити, чому деякі військові після повернення з бойових дій стикаються з ПТСР. Уникнення травматичних спогадів і емоцій може призвести до закріплення негативних переживань і посилення симптомів ПТСР.

2. Розробка терапевтичних підходів: на основі цієї моделі були розроблені різні терапевтичні методи, такі як когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) та експозиційна терапія, які допомагають військовим працювати з їхніми травматичними спогадами і емоціями.

3. Підтримка адаптації: модель підкреслює важливість розвитку адаптивних стратегій для подолання стресу. Це може включати навчання технік релаксації, управління стресом і підтримку соціальних зв'язків, що є критично важливим для військових, які повертаються до цивільного життя.

4. Дослідження факторів ризику: дослідження, засновані на цій моделі, можуть допомогти виявити фактори ризику для розвитку ПТСР серед військових, такі як інтенсивність бойового досвіду, підтримка з боку родини і товаришів по службі, а також індивідуальні особистісні характеристики.

5. Оцінка ефективності лікування: модель емоційного перероблення може слугувати основою для оцінки ефективності різних методів лікування ПТСР у військових, дозволяючи дослідникам і клініцистам виявляти найбільш ефективні підходи для полегшення симптомів.

Отже, модель емоційного перероблення травми є важливим інструментом для розуміння механізмів розвитку ПТСР у

військовослужбовців. Вона не лише пояснює процеси, які відбуваються під час обробки травматичного досвіду, але й надає основи для розробки ефективних терапевтичних стратегій. Це робить модель незамінною у дослідженні та лікуванні психічного здоров'я військових, які пережили травматичні події.

Теорія умовних рефлексів, розроблена Іваном Павловим, також може бути корисною в дослідженні та лікуванні посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військових. ПТСР часто виникає внаслідок травматичних подій, таких як бойові дії, і може бути пов'язаний із специфічними умовними рефlekсами, які формуються в процесі переживання цих подій[50].

У військових, які пережили бойові дії, певні звуки, запахи або ситуації можуть асоціюватися з травматичними подіями. Наприклад, звук вибуху може викликати спогади про бойові дії, що призводить до сильного стресу або паніки. Цей процес асоціації між нейтральними стимулами (наприклад, звук автомобіля) і травматичними подіями може призводити до виникнення умовних рефлексів, які проявляються у вигляді тривоги або страху[19].

Психотерапевтичні підходи, такі як експозиційна терапія, можуть використовувати принципи згасання умовних рефлексів. Під час терапії військові можуть бути поступово піддані умовним стимулам (наприклад, звукам або ситуаціям), які викликають тривогу, але в безпечному середовищі без загрози. Повторне навчання дозволяє пацієнтам переосмислити свої реакції на ці стимули, зменшуючи їхній страх і тривогу.

Теорія умовних рефлексів надає цінний інструмент для розуміння механізмів розвитку та прояву ПТСР у військових. Використовуючи цю теорію в терапевтичних контекстах, можна розробити ефективні методи лікування, які допоможуть військовим впоратися з наслідками травматичних переживань і покращити їхнє психічне здоров'я.

Р. Девідсон є видатним дослідником у сфері посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та його впливу на психічне здоров'я. Його дослідження внесли значний вклад у розуміння різних форм ПТСР, включаючи субклінічний, клінічний та тяжкий ПТСР[67].

Більш детальніше пояснення кожного з аспектів, на які звертав увагу Девідсон наведене далі.

Субклінічний ПТСР: це форма ПТСР, яка характеризується присутністю деяких симптомів, але не в повному обсязі або не настільки виражених, щоб задовольняти критерії для діагнозу ПТСР за стандартами DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). У дослідженнях Девідсона було показано, що навіть субклінічний ПТСР може мати серйозний вплив на життя людей, оскільки ці симптоми можуть прогресувати у повноцінний ПТСР без належного втручання[41].

Клінічний ПТСР: Р. Девідсон детально досліджував клінічну форму ПТСР, яка проявляється в результаті серйозних травматичних подій, таких як бойові дії, насильство, катастрофи тощо. Клінічний ПТСР зазвичай має три основні категорії симптомів: повторне переживання травми (флешбеки, кошмари), уникання (порушення зв'язку з людьми або місцями, які нагадують про травму) та підвищену збудливість (тривога, безсоння, дратівливість).

Тяжкий ПТСР: це більш важка форма ПТСР, коли симптоми настільки виражені, що можуть призводити до значних порушень у функціонуванні людини в повсякденному житті, роботі, взаєминах тощо. Девідсон вказує на необхідність комплексного лікування, що включає психотерапію, медикаментозне лікування та підтримку соціальних мереж.

Важка форма ПТСР: важка форма ПТСР характеризується хронічними, дуже сильними симптомами, що можуть викликати значну дистресію і порушення функціонування. Це може включати серйозні психічні розлади, такі як депресія, тривожні розлади, порушення особистісної ідентичності. Девідсон також наголошує на важливості ранньої діагностики та інтервенції для зменшення шансу розвитку такої важкої форми ПТСР.

У своїх роботах Р. Девідсон досліджує вплив різних типів травм на психічне здоров'я, а також розробляє нові підходи до лікування ПТСР, зокрема когнітивно-поведінкову терапію, що дозволяє пацієнтам адаптуватися до пережитого досвіду, а також застосування методів релаксації і

психофармакотерапії. Він підкреслює важливість індивідуалізованого підходу до лікування залежно від ступеня тяжкості ПТСР.

Ці наукові досягнення допомогли значно покращити розуміння природи ПТСР і зменшити стигматизацію людей, які страждають від цього розладу.

Бессель ван дер Колк є одним із провідних вчених у галузі психіатрії та нейропсихології, і його дослідження зосереджені на нейробіологічних аспектах посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Ван дер Колк досліджував, як травматичний досвід впливає на структури мозку та як ці зміни можуть обумовлювати тривалий емоційний і психологічний дистрес у людей, що пережили травму.

У своїх роботах, зокрема в книзі «The Body Keeps the Score» (Тіло пам'ятає все), вчений фокусується на тому, як травматичні переживання змінюють фізіологічну структуру мозку [80]. Він наголошує на тому, що травма може мати глибокий вплив на наступні аспекти нейробіології. Так, амігдала, яка відповідає за обробку емоцій і реакції на страх, зазнає змін у людей із ПТСР. Вона стає гіперактивною, що призводить до посиленого страху, тривоги та готовності до «битви чи втечі». Це може пояснювати постійну настороженість і переживання стресу.

Гіпокамп, який бере участь у зберіганні пам'яті та контролює емоції, зазнає зменшення об'єму у людей із ПТСР. Це призводить до труднощів у формуванні нових спогадів, а також може погіршувати здатність обробляти й адаптуватися до нових стресових ситуацій[74].

Префронтальна кора, що відповідає за прийняття рішень, контроль емоцій і саморегуляцію, також зазнає змін. Вона стає менш активною, що ускладнює здатність контролювати емоційні реакції та регулювати стрес.

Ван дер Колк також звертає увагу на фізіологічні реакції на травму. Зміни в мозкових структурах можуть впливати на автономну нервову систему, що спричиняє хронічну активацію механізмів стресу, таких як підвищений рівень кортизолу, що може вести до фізичних захворювань.

Висновком вченого стало те, що травматичний досвід змінює спосіб, яким мозок обробляє емоції. Це призводить до активації страху – постійного стану настороженості, що є характерним для ПТСР. Активація амігдали та зниження активності префронтальної кори не дозволяють ефективно управляти страхом і стресом.

Ван дер Колк підкреслює, що ПТСР не є лише психологічним розладом, а й фізіологічним. Він вважає, що традиційні методи лікування, орієнтовані на когнітивну терапію або медикаментозне лікування, повинні бути доповнені методами, які враховують тілесний аспект травми, такими як йога, тілесно орієнтовані техніки терапії та медитація.

Важливим відкриттям вченого є те, що мозок має здатність до нейропластичності – здатність змінюватися навіть після серйозних травм. Це дає надію на те, що люди, які пережили травму, можуть відновити свою функціональність через спеціалізовані терапії, спрямовані на відновлення нормальних функцій мозку.

Дослідження Бесселя ван дер Колка значно розширюють розуміння нейробиології ПТСР. Вчений зосереджує увагу на важливості інтеграції психотерапевтичних і тілесних підходів до лікування, що є інноваційним і важливим напрямом у лікуванні психічних розладів, зокрема ПТСР.

У вітчизняній та зарубіжній науці, посттравматичний стресовий розлад є одним з найбільш суперечливих психіатричних діагнозів. Суперечності виникають у питаннях того, які події вважаються достатньо травматичними для виникнення ПТСР, які симптоми є типовими після пережитої травми, а також в аспектах лікування, запобігання і компенсації для людей з цим розладом[51].

Однак, на сьогоднішній день, було досягнуто значного прогресу в розумінні різних аспектів ПТСР. Визначення, запропоновані Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) та Американською психіатричною асоціацією (АРА), охоплюють широкий спектр симптомів, таких як повторне переживання травмуючого досвіду, уникнення або емоційне відчуження, а

також гіперзбудженість. Вони наголошують на тому, що переживання інтенсивного стресу може викликати суттєві зміни у свідомості, емоціях і поведінці, що можуть тривати довгі роки, навіть усе життя. ПТСР передбачає чотири основні групи симптомів: уникання, гіперзбудженість (включаючи проблеми зі сном, ризиковану поведінку, почуття всесильної непереможності), повторне переживання травмуючого досвіду та труднощі в пам'яті й емоційній сфері (наприклад, почуття ізольованості) [43]. Ці симптоми можуть посилюватися з часом, і ПТСР ставлять діагноз, коли симптоми тривають більше місяця після травмуючого інциденту і значно впливають на нормальне функціонування людини.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це серйозний негативний психічний стан, який може виникати після переживання або свідчення травматичних подій. У військових ПТСР часто пов'язаний із бойовими діями, але також може бути результатом інших стресових ситуацій, таких як втрати товаришів, насильство, катастрофи чи тривалі умови стресу[29].

Основною причиною розвитку ПТСР у військових є травматичний досвід, пов'язаний із бойовими діями. Військові особи стикаються з різноманітними стресорами, такими як: безпосередня загроза життю (участь у бойових діях супроводжується постійною загрозою загибелі або серйозних травм), цей постійний стрес може призвести до емоційного виснаження та розвитку ПТСР; спостереження за насильством: свідчення загибелі товаришів по службі або цивільних осіб може мати глибокий емоційний вплив на військових, а втрата близьких може викликати почуття провини та безпорадності; тривалий стрес (тривалі військові кампанії та відсутність ротацій можуть призводити до накопичення стресу) – постійна напруга та відсутність відпочинку збільшують ризик розвитку ПТСР; індивідуальні фактори (генетична схильність, попередній досвід травми або наявність психічних розладів в анамнезі можуть підвищувати ймовірність розвитку ПТСР у військових).

Розвиток ПТСР у військових можна пояснити через кілька психологічних і нейробіологічних механізмів[35]:

1. Когнітивні процеси: після травматичних подій військові можуть почати сприймати світ як небезпечний і ворожий. Це може призводити до негативних думок і переконань, які посилюють симптоми ПТСР.

2. Фізіологічні реакції: травма активує симпатичну нервову систему, що призводить до реакцій «бийся або тікай». Якщо ці реакції залишаються активними навіть після завершення стресової ситуації, це може викликати хронічний стан тривоги.

3. Емоційна регуляція: військові часто навчаються контролювати свої емоції для виконання службових обов'язків. Проте, після повернення з зони бойових дій, це може призводити до труднощів у вираженні і обробці емоцій, що сприяє розвитку ПТСР.

Прояви ПТСР можуть варіюватися у різних військових осіб по різному. Деякі військові можуть відчувати сильні емоції, такі як гнів, страх або смуток. Вони можуть мати труднощі з контролем своїх емоцій і реагувати на стресори агресивно або нестабільно. ПТСР може призвести до труднощів у стосунках із родиною та друзями. Військові можуть відчувати незрозумілість з боку оточуючих або боятися відкритись про свої переживання[44].

ПТСР має значні наслідки не лише для військових, але й для їхніх родин та суспільства в цілому. Військові з ПТСР можуть відчувати труднощі у встановленні та підтриманні соціальних зв'язків. Це може призвести до ізоляції та відчуженості.

Повернення до цивільного життя може бути складним для військових, які пережили травму. Вони можуть мати труднощі з адаптацією до нових умов життя, що може погіршити їхнє психічне здоров'я.

Стрес може посилити існуючі медичні проблеми. ПТСР може супроводжуватися фізичними симптомами, такими як головні болі, проблеми зі сном та серцево-судинні захворювання. Стрес може також погіршити існуючі медичні проблеми. Військові з ПТСР мають підвищений ризик

суїцидальних думок і спроб. Це є серйозною проблемою, яка потребує термінового втручання.

Отже, ПТСР є серйозною проблемою для багатьох військових, які пережили травматичні події під час служби. Розуміння специфіки розвитку та прояву цього розладу є важливим для забезпечення належної підтримки та лікування для тих, хто його переживає. Своєчасна і адекватна допомога може значно покращити якість життя військових і їхніх родин.

Висновки до розділу 1

Психічне здоров'я особистості – це складний і багатогранний феномен, який потребує уваги та розуміння. Важливо усвідомлювати, що психічне здоров'я не є лише відсутністю хвороб, але й активним процесом підтримки власного благополуччя. Підтримка емоційної стабільності, розвиток соціальних зв'язків, самосвідомість і доступ до ресурсів є ключовими аспектами, які можуть допомогти людині досягти гармонії у житті та реалізувати свій потенціал.

Військові дії є одним з найскладніших і найнебезпечніших аспектів людського існування, які можуть мати глибокий вплив на психічне здоров'я особистості. Стрес і травма, що виникають внаслідок бойових дій, можуть призвести до серйозних психологічних розладів, таких як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресія, тривожні розлади та інші.

Посттравматичний стресовий розлад є серйозною проблемою серед військових, що потребує комплексного підходу до діагностики, лікування та реабілітації. Успішне подолання ПТСР можливе завдяки ефективному поєднанню психотерапевтичних методів, соціальної підтримки та медикаментозного лікування. Подальші дослідження мають бути спрямовані на вдосконалення методів ранньої діагностики та індивідуалізацію терапевтичних підходів для військовослужбовців.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ВІЙСЬКОВИХ КОНФЛІКТІВ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ

2.1. Організація та опис методології дослідження

Актуальність емпіричного дослідження впливу військових конфліктів на психічне здоров'я особистості.

Військові конфлікти мають глибокий і тривалий вплив на психічне здоров'я особистості, спричиняючи розвиток посттравматичного стресового розладу (ПТСР), депресії, тривожних розладів та інших психічних станів. В умовах зростання глобальної військової нестабільності, проблема психічного здоров'я військових ветеранів, цивільного населення та вимушених переселенців стає дедалі актуальнішою.

Війна в Україні, що триває з 2022 року, має руйнівний вплив не лише на фізичне, а й на психічне здоров'я військових, які беруть участь у бойових діях. Після повернення з фронту багато ветеранів стикаються з серйозними психологічними проблемами, зокрема з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР). Це порушення може суттєво впливати на їхню здатність до соціальної адаптації, особистісного розвитку та загальної якості життя.

ПТСР є одним із найпоширеніших психічних розладів серед військовослужбовців, які зазнали впливу бойових дій. Симптоми цього стану включають нав'язливі спогади про травматичні події, підвищену тривожність, проблеми зі сном, емоційну нестабільність та соціальну ізоляцію. Досвід інших країн, що брали участь у збройних конфліктах (наприклад, США, Великої Британії, Ізраїлю), свідчить про те, що без належного втручання наслідки ПТСР можуть бути тривалими та призводити до погіршення фізичного здоров'я, втрати соціальних зв'язків, професійної дезадаптації та навіть суїцидальних думок.

В Україні проблема ПТСР серед військових набуває критичних масштабів. За оцінками МОЗ, після двох років повномасштабної війни понад 1 мільйон українців потребують психологічної допомоги, зокрема й ветерани. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, кожен п'ятий військовий, який брав участь у бойових діях, може зіткнутися з проявами ПТСР або інших розладів психічного здоров'я. Водночас багато ветеранів не звертаються по допомогу через стигматизацію психічних розладів та брак спеціалізованих програм реабілітації.

З огляду на масштаб і тривалість війни в Україні, наукове дослідження психічного здоров'я особистості, а саме розвитку ПТСР у військових ветеранів є надзвичайно актуальним. Аналіз отриманих даних допоможе удосконалити програми психологічної підтримки, адаптації та соціальної інтеграції військовослужбовців після повернення до мирного життя.

Таким чином, емпіричне дослідження впливу військових конфліктів на психічне здоров'я особистості є не лише актуальним, а й необхідним для розробки ефективних стратегій підтримки та реабілітації, що сприятиме покращенню психологічного стану постраждалих та їх успішній адаптації до мирного життя. Дослідження ПТСР серед військових ветеранів в умовах війни в Україні важливе практичне значення для забезпечення психологічного благополуччя тих, хто захищає країну.

Об'єкт дослідження: психічне здоров'я військових ветеранів (у контексті війни в Україні).

Предмет дослідження: особливості розвитку ПТСР у військових ветеранів.

Гіпотеза: чим довше військовий перебуває у бойових умовах, тим вищий ризик розвитку ПТСР.

Метою дослідження є вивчення впливу військових конфліктів на психічне здоров'я особистості, зокрема аналіз посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військових ветеранів. Дослідження спрямоване на оцінку

рівня ПТСР, а також на визначення ефективних методів психологічної допомоги та реабілітації ветеранів, які пережили бойові дії.

Завдання дослідження:

6. Проаналізувати теоретичні аспекти дослідження психічного здоров'я особистості військових ветеранів в умовах війни.

7. Провести емпіричне дослідження психічного здоров'я військових ветеранів.

8. Розробити рекомендації щодо покращення психічного здоров'я військових ветеранів.

Емпіричне дослідження впливу військових конфліктів на психічне здоров'я особистості, зокрема розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військових ветеранів, передбачає кілька ключових етапів.

1. Концептуальний етап (підготовка дослідження)

Мета: визначення цілей, гіпотез та методологічного підходу дослідження.

Формулювання основних питань: Наскільки поширені симптоми ПТСР серед ветеранів? Які фактори впливають на вираженість симптомів? Як військовий досвід корелює із тяжкістю психічного стану?

Вибір інструментів дослідження: психодіагностичних тестових методик.

Визначення вибірки: військові ветерани, які брали участь у бойових діях.

2. Організаційний етап (підбір вибірки та збір емпіричних даних)

Мета: сформувати репрезентативну вибірку та провести опитування респондентів.

Визначення критеріїв участі: ветерани, які повернулися з війни та мають досвід участі у бойових діях.

Проведення тестування: анкетування за методиками Колкета, Девідсона та PSS-SR.

3. Аналітичний етап (обробка та інтерпретація даних)

Мета: виявлення закономірностей впливу військових конфліктів на психічне здоров'я особистості, аналіз зв'язків між бойовим досвідом і рівнем ПТСР.

Статистичний аналіз отриманих даних (кореляційний, факторний аналіз).

Виявлення критичних рівнів симптомів ПТСР для ранньої діагностики та профілактики.

4. Інтерпретаційний етап (висновки та розробка рекомендацій)

Мета: формулювання наукових висновків та пропозицій щодо підтримки ветеранів.

Опис основних закономірностей:

Рівень ПТСР у ветеранів.

Вплив бойового досвіду на психічний стан.

Фактори, що підвищують ризик розвитку ПТСР.

Розробка рекомендацій для психологічної реабілітації та соціальної адаптації.

Пропозиції щодо вдосконалення програм психологічної допомоги для ветеранів.

Методологічною основою дослідження є системний підхід, що дозволяє проаналізувати психічне здоров'я військових ветеранів та враховувати комплексний характер ПТСР.

Методи дослідження:

- теоретичні: аналіз та узагальнення та систематизація наукової літератури з метою визначення стану розробленості проблеми;

- емпіричні: спостереження, психодіагностичне тестування за методиками: Самооцінка психічного стану (Дж. Колкет); Шкала Девідсона для самооцінки ПТСР;

- методи математичної обробки даних: статистичний аналіз, що передбачає кількісне вивчення емпіричних даних за допомогою інструментів математичної статистики, а також табличний і графічний аналіз, які

використовуються для візуалізації інформації та виявлення різноманітних закономірностей у даних.

Емпіричне дослідження розвитку ПТСР у військових ветеранів дозволяє отримати глибше розуміння проблеми, оцінити поширеність та тяжкість розладу, а також знайти ефективні підходи до його подолання. Використання валідних методик, таких як: Самооцінка психічного стану (Дж. Колкет), Шкала Девідсона (DTS), Шкала симптомів ПТСР (PSS-SR), дозволяє точно оцінити психічний стан ветеранів та сприяти розробці ефективних реабілітаційних заходів. Математична обробка даних виконувалася за допомогою програм Microsoft Excel та SPSS 24.0 для Windows.

Експериментальна база та вибірка. Дослідження проводилось протягом січня-квітня 2025 року в м. Запоріжжя.

Експериментальною базою дослідження став «Запорізький Центр ветеранського розвитку», що діє на базі КЗ «Хортицька національна навчально-реабілітаційна академія».

Емпіричне дослідження впливу військових конфліктів на психічне здоров'я особистості, зокрема розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військових ветеранів, базується на аналізі вибірки з 50 осіб, які брали участь у бойових діях.

Критерії відбору респондентів. Для забезпечення надійності та валідності результатів дослідження були визначені чіткі критерії відбору учасників. Вік: респонденти віком від 25 до 52 років.

Участь у бойових діях: усі респонденти є ветеранами, які безпосередньо брали участь у військових операціях.

Тривалість перебування в зоні бойових дій – короткострокові (до 6 місяців), середньо тривалі (6-12 місяців) та довготривалі (понад 1 рік) ротації.

У дослідження не включалися особи, що мали лише досвід військової служби без участі у бойових діях, оскільки їхній рівень психологічного стресу та ризику розвитку ПТСР суттєво відрізняються.

Стать: 46 осіб – чоловіки; 4 особи – жінки.

Переважає більшість вибірки – чоловіки, оскільки серед військових, які беруть участь у бойових діях, чоловіки складають більшість.

Соціальний статус: частина ветеранів після повернення до цивільного життя продовжили військову службу в тилу, частина змінила професійну діяльність, а деякі стикаються з труднощами соціальної адаптації.

Психічний стан на момент дослідження: до вибірки включали як ветеранів, які самостійно звернулися за психологічною допомогою, так і тих, хто не мав офіційно діагностованого ПТСР, але має його симптоми.

Репрезентативність вибірки:

Дослідження має навчально-діагностичний характер: обрана вибірка дозволяє отримати комплексні дані щодо особливостей перебігу ПТСР у військових ветеранів, оскільки охоплює осіб із різним військовим досвідом.

2.2. Аналіз результатів дослідження

У ході емпіричного дослідження нами було проведено спостереження за військовими ветеранами, які брали участь у бойових діях з різною тривалістю перебування в зоні конфлікту. Вибірка складалася з 50 осіб, розподілених за тривалістю перебування на фронті (рис.2.1):

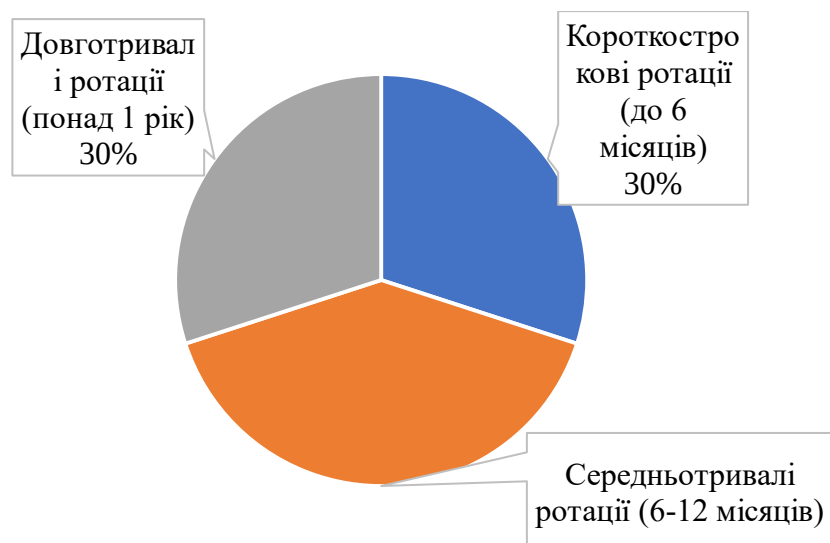


Рис.2.1 Тривалість перебування в зоні активних бойових дій

На основі спостережень за групою з 50 військових ветеранів, які брали участь у бойових діях, нами було виявлено чотири основні психоемоційні проблеми: високий рівень тривожності, симптоми ПТСР, депресивні симптоми та соціальна дезадаптація. Усі ці розлади взаємопов'язані та можуть значно впливати на якість життя ветеранів.

В результаті включеного спостереження нами були виявлені прояви високої тривожності у військових ветеранів: постійне відчуття напруги, очікування небезпеки навіть у безпечних умовах; посилена реакція на гучні звуки (гримкий стук, гуркіт дверей); дратівливість, спалахування гніву через незначні причини та ін.

Ветерани наголошують на існуючі проблеми зі сном, часті пробудження від кошмарів або постійний поверхневий сон.

Висока тривожність суттєво впливає на якість життя ветеранів, обмежуючи їх можливості соціальної інтеграції та знижуючи загальний рівень задоволеності життям. Наприклад, В.О., який повернувся з бойової зони після року служби, повідомляв, що у громадському транспорті завжди вибирає місце біля виходу, стежить за людьми та не може розслабитися, побоюючись раптової атаки. Він уникає людних місць, бо там відчувається уразливим.

Спостереження підтвердило наявність високого рівня тривожності у військових ветеранів, що може бути наслідком пережитих бойових дій, травматичних подій та постійного стресу, пов'язаного з адаптацією до цивільного життя.

Серед проявів симптомів ПТСР нами була виділена емоційна відстороненість ветеранів. Військовослужбовці наголошують на постійні флешбеки – мимовільне «повернення» у минулі бойові ситуації, коли людина переживає їх наново та нічні кошмари, пов'язані з війною.

Ветерани уникають новин, фільмів про війну, а також будь-яких розмов про бойові дії.

Наприклад, один із ветеранів (І.О.) розповідав, що йому важко проходити повз будівельні майданчики через гучні звуки роботи інструментів,

що нагадують йому вибухи, і в ці моменти він починає панікувати, відчуває запаморочення, серце сильно б'ється, а тіло напружується, ніби готується до атаки.

В результаті спостереження було виявлено наявність депресивних симптомів серед військових ветеранів, проявами яких є: постійне відчуття смутку, втрати сенсу життя; відсутність мотивації, небажання повертатися до роботи чи навчання; проблеми з апетитом – або його втрата, або навпаки, надмірне вживання їжі; песимізм, відчуття втрати майбутнього; суїцидальні думки.

Так, військовий-ветеран Л.Д., який повернувся після 8 місяців бойових дій, втратив інтерес до всіх своїх попередніх хобі. Раніше він любив грати на гітарі, а тепер каже, що музика його не радує. Зараз він уникає друзів, не хоче говорити про майбутнє і часто скаржиться на втому, хоча фізично здоровий.

Найбільш типовими проявами соціальної дезадаптації військових є проблеми в родині та складнощі з роботою. Так, більшість опитаних ветеранів можуть поводитися холодно з дружинами, дітьми, не вміють відкрито висловлювати емоції. Також, після демобілізації ветерани не можуть довго працювати в одному місці, конфліктують із керівництвом, їм важко знаходити спільну мову з цивільними людьми.

Наприклад: один із ветеранів у вибірці (О.К.) спробував влаштуватися на роботу після демобілізації, але через місяць звільнився. Він не міг витримати повільний темп роботи, відчував, що завдання, які йому дають, не мають сенсу, і постійно конфліктував із колегами.

Отже, результати спостереження показали, що прояви розладів у військових ветеранів носять різний характер: від тривожності та безсоння до глибокої депресії та суїцидальних думок.

Психічні наслідки війни впливають на всі сфери життя ветеранів – від стосунків у родині до здатності працювати та адаптуватися в мирному середовищі. Прояви розладів носять різний характер: від тривожності та безсоння до глибокої депресії та суїцидальних думок.

Зведені результати спостереження наведено в табл.2.1.

Таблиця 2.1

Зведені результати спостереження

Тривалість перебування в зоні бойових дій	Кількість осіб	Високий рівень тривожності (%)	Симптоми ПТСР (DTS, високий рівень) (%)	Депресивні симптоми (%)	Соціальна дезадаптація (%)
Короткострокові (до 6 міс.)	15 осіб	47%	33%	27%	20%
Середньо тривалі (6-12 міс.)	20 осіб	60%	50%	45%	40%
Довготривалі (понад 1 рік)	15 осіб	80%	73%	67%	60%

Як видно з результатів спостереження узагальнених в табл.2.1, військові ветерани, які перебували у бойовій зоні до 6 місяців, мали менш виражені ознаки тривожності (47%), що може свідчити про менший кумулятивний ефект стресу. Учасники бойових дій від 6 до 12 місяців демонстрували підвищену тривожність (60%), що може пояснюватися більш тривалим впливом стресових чинників. Довготривалі ротації (понад 1 рік) супроводжувалися високим рівнем тривожності (80%), що вказує на значний психологічний тиск і виснаження.

Серед ветеранів, які перебували в бойових умовах до 6 місяців, 33% мали високий рівень симптомів ПТСР. Ветерани з середньотривалими ротаціями (6-12 місяців) мали 50% випадків високої вираженості ПТСР. Найвищий рівень розладу був серед тих, хто перебував у зоні конфлікту понад 1 рік – 73% ветеранів мали важкі прояви ПТСР.

Ветерани, що перебували в зоні активних бойових дій до 6 місяців демонстрували 27% депресивних симптомів. Середньотривалі учасники мали 45% випадків депресії, що свідчить про наростання психоемоційного виснаження. Довготривалі ветерани (понад 1 рік в зоні активних бойових дій) мали 67% проявів депресії, що значно ускладнює їхню соціальну адаптацію.

Серед військових, які перебували в зоні бойових дій до 6 місяців, лише 20% мали труднощі із соціальною адаптацією після повернення.

У ветеранів, які брали участь у бойових діях від 6 до 12 місяців, цей показник зріс до 40%. Найвищий рівень соціальної дезадаптації спостерігався у довготривалих ветеранів (60%), що підтверджує негативний вплив бойового досвіду на інтеграцію в цивільне життя.

Результати спостереження свідчать про те, що тривалість перебування у бойових діях сприяє розвитку ПТСР. Найвищий рівень посттравматичного стресового розладу виявлено серед ветеранів, які перебували у зоні бойових дій понад 1 рік (73%). Довготривала участь у війні призводить до вираженої соціальної дезадаптації: 60% військових із довгими ротаціями мають труднощі в соціалізації, порівняно з 20% серед тих, хто перебував на війні до 6 місяців.

Симптоми депресії зростають із тривалістю військової служби: від 27% серед короткострокових ветеранів до 67% серед тих, хто воював понад рік.

Результати спостереження підтверджують, що проблема психічного здоров'я ветеранів потребує комплексного вирішення на державному рівні, а також підтримки з боку суспільства та медичних фахівців.

Наступним етапом дослідження стала психодіагностика психічного стану військових ветеранів (табл.2.2).

Таблиця 2.2

Аналіз результатів діагностики за методикою «Самооцінка психічного стану (Дж. Колкет)»

Критерії		Тривожність	Фрустрація	Агресивність	Ригідність
довготривале перебування в ЗБД	Середнє	16.2000	13.8000	15.9333	11.2667
	N	15	15	15	15
	Стд. відхил.	1.37321	2.42605	1.86956	2.12020
короткострокове перебування в ЗБД	Середнє	9.3333	7.0667	10.4000	7.4667
	N	15	15	15	15
	Стд. відхил.	1.39728	.79881	.91026	.91548
середньотривале перебування в ЗБД	Середнє	13.9000	11.0500	14.6000	9.1000
	N	20	20	20	20
	Стд. відхил.	2.42574	2.16370	1.78885	1.51831
Ітого	Середнє	13.2200	10.6800	13.7400	9.2600
	N	50	50	50	50
	Стд. відхил.	3.30300	3.27289	2.76870	2.15530

Аналіз результатів діагностики за методикою «Самооцінка психічного стану» представлений в табл.2.2 надав можливість виявити головні тенденції стану психічного здоров'я військових ветеранів.

Найвищий рівень тривожності спостерігається у групи військових ветеранів з довготривалим перебуванням у зоні бойових дій (ЗБД) – 16,2. Найнижчий – у групи з короткостроковим перебуванням у ЗБД – 9,33. У осіб із середньотривалим перебуванням рівень тривожності становить 13,9, що значно вище, ніж у короткострокової групи, але нижче, ніж у довготривалої.

Загальний середній рівень тривожності по вибірці – 13,22, що вказує на помірний рівень тривоги у більшості респондентів загалом у вибірці.

Найвищий рівень фрустрації також спостерігається у довготривалої групи – 13,8. Найнижчий – у короткострокової групи – 7,07. У середньотривалій групі рівень фрустрації – 11,05, що є проміжним значенням між двома іншими групами.

Загальний середній рівень фрустрації – 10,68, що вказує на помірний рівень переживань, але з тенденцією до підвищення залежно від тривалості перебування в ЗБД.

Найвищий рівень агресивності демонструє довготривала група – 15,93. Найнижчий рівень – у короткострокової групи – 10,4. У середньотривалій групі рівень агресивності – 14,6, що також є наближеним до показників довготривалої групи.

Загальний середній рівень агресивності – 13,74, що вказує на тенденцію до підвищеної дратівливості та можливої ворожості у людей, які тривалий час перебували в умовах бойових дій.

Найвищий рівень ригідності спостерігається у довготривалої групи – 11,27. Найнижчий – у короткострокової групи – 7,47. У середньотривалій групі рівень ригідності – 9,1.

Загальний середній рівень ригідності – 9,26, що вказує на зниження гнучкості у мисленні та адаптаційних стратегіях у досліджуваних, особливо у тих, хто перебував у ЗБД тривалий час (рис.2.2).

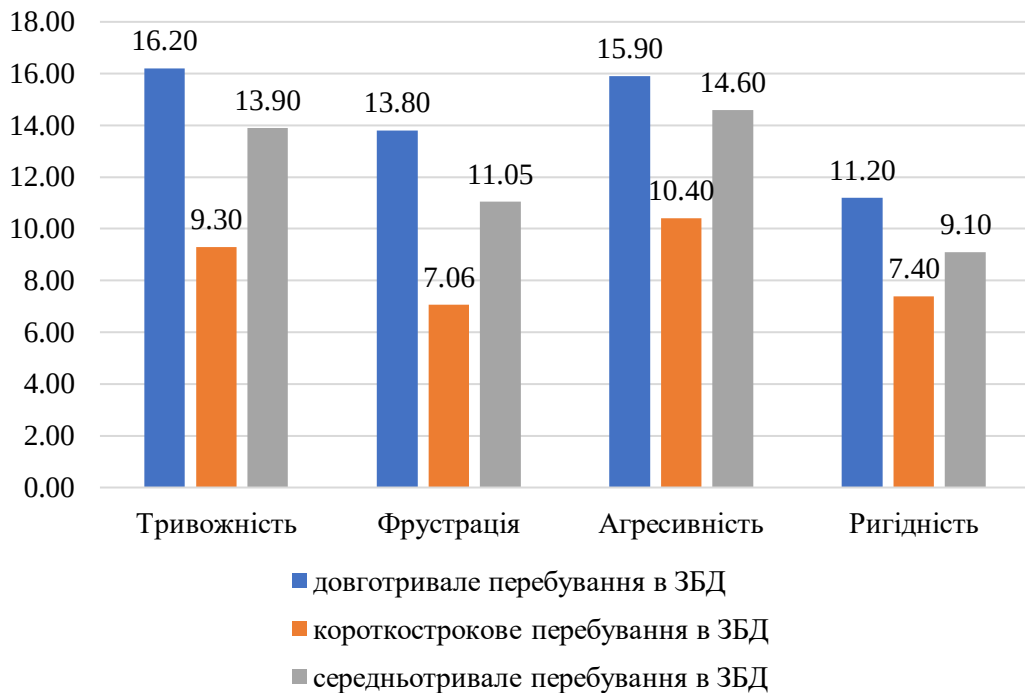


Рис.2.2 Показники психічного стану військових ветеранів

Графічний вираз результатів діагностики за методикою Дж. Колкета представлений на рис.2.2 показує, що тривалість перебування у зоні бойових дій має істотний вплив на психічний стан та здоров'я особистості.

Зростання рівня тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності прямо корелює з тривалістю перебування у зоні бойових дій.

Особи, які перебували в умовах бойових дій протягом тривалого часу, демонструють найвищі рівні всіх досліджуваних показників. Це свідчить про значний психологічний тиск, знижену адаптивність та схильність до негативних емоційних станів. У короткостроковій групі показники значно нижчі, що говорить про меншу емоційну напруженість та кращу адаптацію.

Особливо виражені відмінності спостерігаються у рівнях тривожності, агресивності та фрустрації. Підвищена агресивність у довготривалій групі може бути наслідком постійного перебування в стані психологічної напруги

та загрози. Високий рівень фрустрації вказує на незадоволеність, внутрішню напругу та труднощі у досягненні цілей через зовнішні обмеження.

Висока тривожність є показником стресового перевантаження, що може призводити до емоційного виснаження та порушень психічного здоров'я.

Середньотривале перебування в ЗБД є проміжним станом, але ближче до довготривалого впливу. Показники цієї групи значно відрізняються від короткострокової та наближені до довготривалої групи, що свідчить про швидку кумуляцію негативного психологічного впливу.

Підвищений рівень ригідності у довготривалій групі вказує на труднощі в адаптації та сприйнятті нової інформації, що може свідчити про зростаючу консервативність у сприйнятті реальності, що ускладнює інтеграцію в мирне життя після перебування в умовах бойових дій.

Таким чином, тривале перебування у зоні бойових дій призводить до підвищення рівня тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності, що вказує на високе психологічне навантаження. Чим довше людина знаходиться в умовах бойових дій, тим більший вплив на її психоемоційний стан. Це вимагає розробки ефективних програм психологічної підтримки, спрямованих на стабілізацію емоційного стану, зниження рівня агресивності та підвищення адаптивності до мирного життя.

Наступним етапом дослідження стала оцінка ступеня ПТСР у військових ветеранів за методикою «Шкала Девідсона (DTS)» (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Аналіз результатів діагностики ПТСР за методикою «Шкала Девідсона (DTS)»

Підгрупа військових ветеранів	N	Середнє	Стд. відхилення	Форма ПТСР
довготривале перебування в ЗБД	15	100.7333	8.81125	тяжка
короткострокове перебування в ЗБД	15	44.4000	12.83299	субклінічна
середньотривале перебування в ЗБД	20	71.7500	17.57952	клінічна
Ітого	50	72.2400	25.98002	клінічна

Як видно в табл.2.3, рівень посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військових ветеранів прямо корелює з тривалістю перебування в зоні бойових дій (ЗБД). Найвищі показники ПТСР спостерігаються у групи військових, які довготривало перебували в ЗБД – середнє значення 100,73, що відповідає тяжкій формі ПТСР.

Ветерани, які перебували в ЗБД короткостроково, мають значно нижчий рівень ПТСР – 44,4, що відповідає субклінічній формі.

У осіб із середньотривалим перебуванням середній бал ПТСР становить 71,75, що свідчить про клінічну форму ПТСР, але значно нижчу за показники довготривалої групи.

Загальний середній показник по вибірці – 72,24 (клінічна форма ПТСР), що вказує на виражений травматичний вплив у більшості досліджуваних.

Спостерігається висока варіативність рівнів розвитку ПТСР у всіх групах військових ветеранів. Стандартне відхилення є найвищим у групи середньотривалого перебування – 17,58, що свідчить про значну індивідуальну варіативність рівня стресової симптоматики в цій підгрупі. Високе відхилення у групи короткострокового перебування – 12,83 вказує на різні рівні стресової реакції навіть серед тих, хто провів у ЗБД відносно небагато часу.

Найменше відхилення (найбільш стабільні високі показники) спостерігається у групи довготривалого перебування – 8,81 свідчать про стійко високий рівень ПТСР у цій категорії ветеранів.

Результати статистичного аналізу свідчать про те, що тривале перебування у ЗБД значно підвищує ризик розвитку тяжкої форми ПТСР. Усі ветерани, які перебували у бойових умовах протягом тривалого періоду, мають важку форму ПТСР, що вказує на серйозні психоемоційні наслідки бойового досвіду.

Особи з середньотривалим перебуванням демонструють клінічну форму ПТСР, тобто мають виражену симптоматику, що потребує професійного психологічного втручання.

Найкращі показники у тих, хто перебував у ЗБД короткочасно, хоча навіть у цій групі рівень стресу не є нульовим – симптоми залишаються, але не досягають клінічного рівня (рис.2.3).

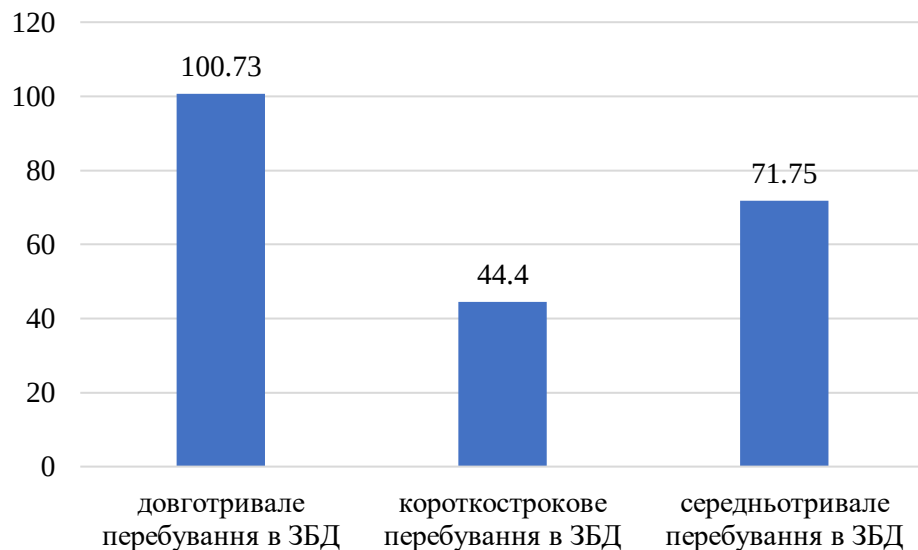


Рис.2.3 Форма вираженості ПТСР у військових ветеранів, що мають різний термін перебування в зоні бойових дій

Як можна побачити на рис.2.3, аналіз результатів дослідження за шкалою Девідсона (DTS) демонструє чітку залежність між тривалістю перебування у зоні бойових дій та тяжкістю ПТСР у військових ветеранів.

Довготривале перебування у ЗБД призводить до тяжкої форми ПТСР. Ветерани, які провели тривалий час у бойових умовах, мають найвищі середні показники ПТСР (100,73 балів), що свідчить про глибоку психологічну травматизацію. Стандартне відхилення у цій групі найнижче (8,81), що вказує

на стабільно високий рівень ПТСР у всіх її представників та вказує на необоротні наслідки для психічного здоров'я значної частини військових ветеранів з цієї підгрупи, що потребує довготривалого спеціалізованого лікування.

Середньотривале перебування у ЗБД також призводить до клінічної форми ПТСР, але з більшою варіативністю проявів.

Середній бал – 71,75, що вказує на виражену стресову симптоматику, яка потребує втручання. Висока варіативність (17,58) свідчить про різні ступені тяжкості ПТСР у представників цієї підгрупи: деякі ветерани мають тяжкі прояви, інші – менш виражені. Ця група має високий ризик прогресування ПТСР за відсутності психологічної допомоги.

Короткотривале перебування в ЗБД також має наслідки, але вони значно менш виражені. Середній бал – 44,4 відповідає субклінічному рівню (тобто, симптоми є, але не досягають рівня клінічного діагнозу). Проте навіть у цій групі є значна варіативність реакцій (12,83), що вказує на індивідуальні відмінності в стресовій стійкості.

Отримані результати підкреслюють, що навіть короткостроковий вплив бойових умов може викликати психічні порушення, хоча вони менш виражені, ніж у інших групах.

Загальний рівень ПТСР серед ветеранів є клінічним та вимагає спеціалізованої допомоги. Середній бал по всій вибірці – 72,24 свідчить про клінічну форму ПТСР у більшості досліджуваних військових ветеранів.

Це означає, що значна частина ветеранів потребує психологічної та психіатричної допомоги, оскільки їхній стан може впливати на соціальну адаптацію, працездатність та загальну якість життя.

Тривалість перебування у зоні бойових дій суттєво впливає на рівень ПТСР у ветеранів. Найбільше постраждали ті, хто довготривало перебував у ЗБД – у них тяжка форма ПТСР. Ветерани із середньотривалим досвідом також мають клінічний рівень ПТСР, але з більшою індивідуальною варіативністю. Навіть короткострокове перебування в бойових умовах не проходить

безслідно. Загалом, військові ветерани потребують комплексної психологічної реабілітації та підтримки для запобігання хронічним наслідкам ПТСР.

Таким чином, результати дослідження підтверджують необхідність посиленої психосоціальної підтримки для військових, особливо тих, хто мав тривалий бойовий досвід, щоб мінімізувати наслідки ПТСР та соціальної ізоляції. Необхідна рання психологічна допомога для ветеранів із середньо- та довготривалими ротаціями, оскільки вони перебувають у групі високого ризику психічних розладів. Важливим є впровадження спеціальних реабілітаційних програм для ветеранів із довготривалим перебуванням у бойових умовах, оскільки їхні проблеми мають найбільш виражений і хронічний характер.

2.3. Рекомендації щодо покращення психічного здоров'я військових ветеранів

Військові ветерани стикаються з численними психологічними викликами після повернення з зони бойових дій. Досвід війни, травматичні події та соціальна реадaptaція можуть спричиняти розвиток психічних розладів, зокрема посттравматичного стресового розладу (ПТСР), депресії та тривожних розладів. Покращення психічного здоров'я цієї категорії населення є пріоритетним завданням держави, медичних установ та громадських організацій.

Для покращення психічного здоров'я ветеранів важливо застосовувати комплексний підхід, що включає психологічну підтримку, соціальну реабілітацію та освітні програми.

Одним із найважливіших шляхів покращення психічного здоров'я ветеранів є надання психологічної допомоги. Це може бути реалізовано через індивідуальну або групову терапію, де ветерани можуть поділитися своїм досвідом і отримати професійну підтримку. Терапія може включати методи когнітивно-поведінкової терапії, арт-терапії або терапії, орієнтованої на

травму. Важливо також забезпечити доступ до кризових центрів, де ветерани можуть отримати термінову психологічну допомогу.

Соціальна реабілітація є ще одним ключовим аспектом у покращенні психічного здоров'я ветеранів. Військові часто відчують ізоляцію після повернення до цивільного життя, що може призводити до депресії та тривожності. Програми підтримки, які сприяють інтеграції ветеранів у суспільство, можуть включати організацію груп за інтересами, спортивних заходів або волонтерських проектів. Такі активності допомагають ветеранам знайти нових друзів, розвинути соціальні навички та відчувати себе частиною спільноти.

Освіта є важливим елементом у процесі відновлення ветеранів. Програми навчання можуть допомогти їм отримати нові навички, які відкривають двері до нових професійних можливостей. Це може бути як професійна підготовка, так і курси з особистісного розвитку. Освітні програми також можуть включати інформацію про управління стресом, фінансову грамотність та навички комунікації. Здобуття нових знань і навичок підвищує самооцінку ветеранів і допомагає їм впевненіше почуватися в новому житті.

Фізична активність має значний вплив на психічне здоров'я. Регулярні заняття спортом сприяють виробленню ендорфінів – гормонів щастя, які знижують рівень стресу і тривоги. Ветерани можуть брати участь у спортивних секціях, групових тренуваннях або просто займатися фізичною активністю на свіжому повітрі. Спільні заняття спортом також сприяють формуванню соціальних зв'язків і підтримують командний дух.

Сімейна підтримка є важливим чинником у процесі відновлення ветеранів. Освітні програми для родичів можуть допомогти їм зрозуміти потреби ветеранів і навчитися правильно підтримувати їх у складних ситуаціях. Організація сімейних заходів та зустрічей дозволяє зміцнити зв'язки між ветеранами та їхніми близькими, що позитивно впливає на їхнє психічне здоров'я.

На основані аналізу теоретико-методологічних наукових джерел нами було систематизовано сучасні методологічні підходи до реабілітації військових ветеранів з акцентом на ефективні психотерапевтичні, соціальні та медичні стратегії.

Охарактеризуємо основні методологічні підходи до покращення психічного здоров'я ветеранів.

Психотерапевтичні методи.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ): довела свою ефективність у зменшенні симптомів ПТСР та депресії, оскільки допомагає ветеранам змінювати негативні мисленнєві моделі та покращувати емоційну регуляцію.

Експозиційна терапія: передбачає поступове занурення ветерана у травматичні спогади під контролем фахівця, що сприяє зниженню емоційної реактивності.

EMDR (десенсибілізація та репроцесуалізація за допомогою руху очей): допомагає зменшити емоційний вплив травматичних спогадів через специфічні техніки фокусування уваги.

Медикаментозна підтримка

Використання селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (SSRIs) та анксіолітиків може бути ефективним для зниження тривоги та депресивних проявів у ветеранів. Призначення препаратів повинно відбуватися виключно під наглядом лікаря, з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта.

Соціальна адаптація та підтримка

Групова терапія та підтримка побратимів: допомагає ветеранам ділитися досвідом, відчувати підтримку та краще адаптуватися до мирного життя.

Професійна реабілітація та перекваліфікація: дозволяє ветеранам знайти нові професійні можливості та уникнути соціальної ізоляції.

Сімейне консультування: сприяє налагодженню комунікації між ветеранами та їхніми рідними, допомагаючи подолати кризові ситуації в сімейних відносинах.

Фізична активність та альтернативні методи терапії

Регулярні фізичні вправи (йога, бойові мистецтва, біг) покращують загальний стан психіки та сприяють виробленню ендорфінів.

Арт-терапія, музикотерапія та медитація допомагають ветеранам виражати емоції та розвивати внутрішню гармонію.

Покращення психічного здоров'я військових ветеранів вимагає комплексного підходу, що поєднує психотерапевтичну допомогу, медикаментозну підтримку, соціальну інтеграцію та фізичну активність. Реалізація ефективних програм реабілітації сприятиме підвищенню якості життя ветеранів, їхній успішній адаптації до мирного життя та зниженню рівня психічних розладів. Подальші наукові дослідження у цій сфері є важливими для вдосконалення існуючих методів допомоги та розробки нових стратегій підтримки ветеранів.

Нами було розроблено та запропоновано до розгляду програму соціально-психологічної реабілітації військових ветеранів з клінічними формами ПТСР.

Мета: Розробка та впровадження комплексної програми соціально-психологічної реабілітації військових ветеранів, спрямованої на зниження рівня ПТСР, покращення емоційного стану, соціальної адаптації та підвищення якості життя учасників.

Завдання програми

1. Діагностика психологічного стану ветеранів та визначення рівня ПТСР.
2. Надання кваліфікованої психотерапевтичної допомоги.
3. Реалізація соціальної підтримки та сприяння професійній адаптації.
4. Впровадження фізичних та альтернативних методів терапії.
5. Моніторинг ефективності програми та корекція методів реабілітації.

Цільова аудиторія (учасники програми): Військові ветерани з діагностованим ПТСР. Члени сімей ветеранів, які потребують психологічної

підтримки. Фахівці, що працюють з ветеранами (психологи, психотерапевти, соціальні працівники).

Строки реалізації програми: Програма розрахована на 12 місяців із можливістю пролонгації залежно від ефективності та потреб учасників.

Методи, що будуть реалізовані: Психодіагностика (тестування, інтерв'ю, психометричні методики). Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) для корекції мислення та поведінки.

Групова психотерапія та підтримка ветеранів-наставників.

Медикаментозна терапія під контролем психіатра. Фізична реабілітація (йога, спортивні тренування, масаж). Арт-терапія та музикотерапія для розкриття емоційного потенціалу.

Сімейна терапія для покращення взаємодії у сім'ї. Професійна адаптація через тренінги та курси перекваліфікації.

Таблиця 2.4

Програма соціально-психологічної реабілітації для військових з ПТСР

Етап	Зміст роботи	Відповідальні особи	Тривалість
1. Первинна діагностика	Оцінка рівня ПТСР, психологічного стану, соціальної адаптації	Психологи, психіатри	2 тижні
2. Індивідуальна терапія	КПТ, EMDR, медикаментозна підтримка	Психотерапевти, лікарі	3-6 місяців
3. Групова підтримка	Терапевтичні групи, підтримка побратимів	Психологи, ветерани-наставники	Постійно
4. Соціальна адаптація	Перекваліфікація, професійна орієнтація	Соціальні працівники, кар'єрні консультанти	6 місяців
5. Родинна терапія	Навчання сімей ефективної комунікації	Сімейні психологи	3-4 місяці
6. Фізична та арт-терапія	Медитація, йога, творчі заняття	Інструктори, арт-терапевти	Постійно
7. Моніторинг і корекція	Оцінка прогресу, коригування програми	Лікарі, психологи	Щоквартально

Оцінка прогнозованої ефективності від реалізації програми. Очікується, що комплексний підхід дозволить: зменшити рівень ПТСР у ветеранів на 50-70%

через ефективні методи психотерапії; підвищити соціальну інтеграцію, забезпечивши ветеранам можливість професійної діяльності; зміцнити сімейні стосунки, знизивши рівень конфліктності та покращивши комунікацію; покращити фізичний та емоційний стан через залучення до фізичної активності та творчих методів реабілітації.

Покращення психічного здоров'я військових ветеранів є складним, але важливим завданням для суспільства. Забезпечення доступу до психологічної підтримки, соціальної реабілітації, освітніх програм, фізичної активності та сімейної підтримки може суттєво поліпшити якість життя ветеранів і допомогти їм успішно адаптуватися до цивільного життя.

Важливо пам'ятати, що кожен ветеран є унікальним, тому підходи до їхньої реабілітації повинні бути індивідуалізованими та враховувати специфіку їхнього досвіду.

Висновки до розділу 2

Результати спостереження показали, що прояви розладів у військових ветеранів носять різний характер: від тривожності та безсоння до глибокої депресії та суїцидальних думок. Психічні наслідки війни впливають на всі сфери життя ветеранів – від стосунків у родині до здатності працювати та адаптуватися в мирному середовищі. Прояви розладів носять різний характер: від тривожності та безсоння до глибокої депресії та суїцидальних думок.

Тривалість перебування у зоні бойових дій суттєво впливає на рівень ПТСР у ветеранів. Найбільше постраждали ті, хто довготривало перебував у ЗБД – у них тяжка форма ПТСР. Ветерани із середньотривалим досвідом також мають клінічний рівень ПТСР, але з більшою індивідуальною варіативністю. Навіть короткострокове перебування в бойових умовах не проходить безслідно.

Результати діагностики підтверджують необхідність посиленої психосоціальної підтримки для військових, особливо тих, хто мав тривалий

бойовий досвід, щоб мінімізувати наслідки ПТСР та соціальної ізоляції. Необхідна рання психологічна допомога для ветеранів із середньо- та довготривалими ротаціями, оскільки вони перебувають у групі високого ризику психічних розладів. Важливим є впровадження спеціальних реабілітаційних програм для ветеранів із довготривалим перебуванням у бойових умовах, оскільки їхні проблеми мають найбільш виражений і хронічний характер.

Психологічна підтримка військових ветеранів, які довго перебували в зоні бойових дій, має бути спрямована на зниження рівня тривожності, агресивності та фрустрації. Ветеранам із тяжкою формою ПТСР необхідні комплексні програми лікування, що включають психотерапію (CBT, EMDR), медикаментозне лікування та соціальну підтримку. Важливо розробити профілактичні заходи для зниження рівня травматизації у військових ще під час бойових дій.

ВИСНОВКИ

Психічне здоров'я особистості – це складний і багатогранний феномен, який потребує уваги та розуміння. Важливо усвідомлювати, що психічне здоров'я не є лише відсутністю хвороб, але й активним процесом підтримки власного благополуччя. Підтримка емоційної стабільності, розвиток соціальних зв'язків, самосвідомість і доступ до ресурсів є ключовими аспектами, які можуть допомогти людині досягти гармонії у житті та реалізувати свій потенціал.

Однією з провідних концепцій є модель позитивного психічного здоров'я, що зосереджена не лише на відсутності психічних хвороб, але й на досягненні гармонії та задоволення в житті. Цей підхід акцентує увагу на розвитку сильних сторін особистості, таких як емоційна стійкість, здатність до самовираження та самореалізації.

Ще однією важливою концепцією є біопсихосоціальна модель, яка підкреслює, що психічне здоров'я залежить від взаємодії біологічних, психологічних та соціальних чинників. Згідно з цією концепцією, психічні розлади можуть бути наслідком генетичних факторів, порушень у розвитку мозку, а також результатом стресових подій чи соціальних факторів, таких як ізоляція чи насильство.

Військові дії є одним з найскладніших і найнебезпечніших аспектів людського існування, які можуть мати глибокий вплив на психічне здоров'я особистості. Стрес і травма, що виникають внаслідок бойових дій, можуть призвести до серйозних психологічних розладів, таких як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресія, тривожні розлади та інші.

Посттравматичний стресовий розлад є серйозною проблемою серед військових, що потребує комплексного підходу до діагностики, лікування та реабілітації. Успішне подолання ПТСР можливе завдяки ефективному поєднанню психотерапевтичних методів, соціальної підтримки та

медикаментозного лікування. Подальші дослідження мають бути спрямовані на вдосконалення методів ранньої діагностики та індивідуалізацію терапевтичних підходів для військовослужбовців.

Результати спостереження показали, що прояви розладів у військових ветеранів носять різний характер: від тривожності та безсоння до глибокої депресії та суїцидальних думок.

Психічні наслідки війни впливають на всі сфери життя ветеранів – від стосунків у родині до здатності працювати та адаптуватися в мирному середовищі. Прояви розладів носять різний характер: від тривожності та безсоння до глибокої депресії та суїцидальних думок.

Результати емпіричного дослідження свідчать про те, що тривалість перебування у зоні бойових дій суттєво впливає на рівень ПТСР у ветеранів. Найбільше постраждали ті, хто довготривало перебував у ЗБД – у них тяжка форма ПТСР. Ветерани із середньотривалим досвідом також мають клінічний рівень ПТСР, але з більшою індивідуальною варіативністю. Навіть короткострокове перебування в бойових умовах не проходить безслідно.

Результати діагностики підтверджують необхідність посиленої психосоціальної підтримки для військових, особливо тих, хто мав тривалий бойовий досвід, щоб мінімізувати наслідки ПТСР та соціальної ізоляції. Необхідна рання психологічна допомога для ветеранів із середньо- та довготривалими ротаціями, оскільки вони перебувають у групі високого ризику психічних розладів. Важливим є впровадження спеціальних реабілітаційних програм для ветеранів із довготривалим перебуванням у бойових умовах, оскільки їхні проблеми мають найбільш виражений і хронічний характер.

Психологічна підтримка військових ветеранів, які довго перебували в зоні бойових дій, має бути спрямована на зниження рівня тривожності, агресивності та фрустрації. Ветеранам із тяжкою формою ПТСР необхідні комплексні програми лікування, що включають психотерапію (CBT, EMDR), медикаментозне лікування та соціальну підтримку. Важливо розробити

профілактичні заходи для зниження рівня травматизації у військових ще під час бойових дій. Програми адаптації для демобілізованих військових та цивільних, які тривалий час знаходилися в умовах бойових дій, повинні включати методи емоційної регуляції та психотерапевтичні інтервенції. Робота з ригідністю мислення через когнітивно-поведінкову терапію може допомогти зменшити негнучкість і підвищити адаптивні можливості.

Покращення психічного здоров'я військових ветеранів є складним, але важливим завданням для суспільства. Забезпечення доступу до психологічної підтримки, соціальної реабілітації, освітніх програм, фізичної активності та сімейної підтримки може суттєво поліпшити якість життя ветеранів і допомогти їм успішно адаптуватися до цивільного життя. Важливо пам'ятати, що кожен ветеран є унікальним, тому підходи до їхньої реабілітації повинні бути індивідуалізованими та враховувати специфіку їхнього досвіду.

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Адлер Е., Гутієррез Я. Гостра стресова реакція в умовах бойових дій: нові дані та інтервенції. *Міжнародний центр підготовки тренерів*. 2023. С. 5–15.
2. Афузова Н. М. Психічне здоров'я в умовах війни. *Вісник Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова*. Серія 5: Педагогічні науки: реалії та перспективи. 2023. Вип. 50. С. 5–8.
3. Блінов О. Наслідки впливу бойового стресу на психологічний стан особистості військовослужбовця. *Вісник Національного університету оборони України*. 2023. Вип. 1. С. 78–85.
4. Блінова О. Наслідки впливу бойового стресу на психологічний стан особистості військовослужбовця. *Вісник Національного університету оборони України*. 2023. Вип. 1. С. 78–85.
5. Бойко О. М. Психологічні аспекти реабілітації військовослужбовців з ПТСР. Київ: Ніка-Центр, 2016. 240 с.
6. Бондарев Г. В., Круть П. П. Основи військової психології : навч. посіб. Харків. нац. ун-т внутр. справ. Харків, 2020. 272 с
7. Брайант Р. А., Харві А. М. Психологічні наслідки травми. Київ: Основи, 2000. 320 с.
8. Василенко І. В. Посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців: діагностика та корекція. Харків: ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2015. 256 с.
9. Військова психологія: навчальний посібник / за ред. О. М. Ткаченка. Львів: ЛДУ БЖД, 2019. 320 с.
10. Волков В. М. Психологія травми: навчальний посібник. Харків: Фоліо, 2007. 304 с.

11. Вороніна А. В. Багаторівнева модель психологічного благополуччя особистості. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія: Психологія*, 2017. Вип. 1, с. 24-29.
12. Гарбузов В. І. Психологія стресу та методи його корекції. Харків: Фабула, 2018. 176 с.
13. Глазунов Г. Є. Психологія стресу: навчальний посібник. Київ: Центр учбової літератури, 2012. 256 с.
14. Гончарук Н. В. Вплив війни на людину. Зміни психіки та характеру в умовах воєнного стану. *Український медичний часопис*. 2023. № 4. С. 24–28.
15. Грінберг Н., Джонс Н. Психологічна підтримка військових: міжнародний досвід. Львів: Психологічна думка, 2018. 198 с.
16. Губачов О. І., Ковальчук Н. В. Психологічна реабілітація учасників бойових дій з ПТСР. *Вісник психології і педагогіки*. 2018. Вип. 22. С. 45–52.
17. Дідковська Г. В. Психотерапія посттравматичного стресового розладу у ветеранів. Одеса: ОНМедУ, 2017. 256 с.
18. Ерготерапія військовослужбовців та ветеранів із посттравматичним стресовим розладом. *Здоров'я, спорт, реабілітація*. 2021. Т. 7, № 3. С. 19–25.
19. Ємець О. В. Психологічна допомога учасникам бойових дій: теорія і практика. Харків: ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2019. 312 с.
20. Журавльов А. Л. Психологічні наслідки бойового стресу та їх корекція. Дніпро: ДНУ, 2015. 278 с.
21. Завгородня Т. М. Психологічна реабілітація військовослужбовців: методичні рекомендації. Запоріжжя: ЗНУ, 2020. 150 с.
22. Зінченко Ю. П., Морозов О. В. Психологічні особливості посттравматичного стресового розладу у ветеранів війни. *Психологічний журнал*. 2017. Т. 38, № 5. С. 60–72.

23. Іванов С. П. Психологічні травми війни: діагностика та терапія. Вінниця: Нова Книга, 2018. 220 с.
24. Калініна Л. В. Психологічна підтримка ветеранів з ПТСР: посібник для практиків. Полтава: ПНПУ, 2017. 200 с.
25. Караяни А. С. Психологія посттравматичного стресового розладу. Київ: МАУП, 2004. 200 с.
26. Ковальчук Н. В. Психологічні особливості адаптації військовослужбовців після повернення з зони бойових дій. Чернівці: ЧНУ, 2016. 230 с.
27. Ковальчук О. В. Вплив воєнного конфлікту на психічне здоров'я українців. *Вісник Національного технічного університету України «КПІ»*. Серія: Філософія. Психологія. Педагогіка. 2023. № 1. С. 45–50.
28. Котлова Л. О. Психологічне благополуччя: до проблеми дефініції. *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна*. Серія: Психологія, 2016. Вип. 60, с. 45-49.
29. Кочарян Л. А. Психосоціальна адаптація ветеранів з ПТСР. *Соціальна психологія*. 2016. № 1. С. 89–97.
30. Кравченко К.О., Тімченко О.В., Широбоков Ю.М. Соціально-психологічні детермінанти виникнення бойового стресу у військовослужбовців – учасників антитерористичної операції . *Наукові праці НУЦЗУ*. 2023. 200 с.
31. Ле Дуар Ж. Ф. Психологія травми: теорія та практика. Харків: Віват, 2020. 272 с.
32. Лисенко І. М. Психологічні механізми подолання бойового стресу. Суми: СумДПУ, 2019. 210 с.
33. Марзеєва О. М., Коваль І. В. Посттравматичний стресовий розлад під час повномасштабної війни у військовослужбовців. *Молодий вчений*. 2023. № 2. С. 15–20.
34. Мельник О. А. Психологічна допомога військовим з ПТСР: сучасні підходи. Тернопіль: ТНПУ, 2020. 180 с.

35. Мітчелл Дж. Т., Еверлі Г. С. Критичний інцидентний стрес: навчальний посібник. Львів: Видавництво старого лева, 2021. 256 с.
36. Назаренко В. Г. Психологічні аспекти посттравматичного стресового розладу у військових. Рівне: РДГУ, 2018. 250 с.
37. Олійник М. С. Психологічна реабілітація учасників АТО: методичний посібник. Житомир: ЖДУ, 2017. 190 с.
38. Ольховий О. М. Психологія стресу: навчальний посібник. Харків: ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2010. 180 с.
39. Основи військової психології: навчальний посібник / за ред. В. С. Кузнєцова. Харків: ХНУВС, 2018. 276 с.
40. Петренко А. В. Психологічні наслідки війни: ПТСР у ветеранів. Ужгород: УжНУ, 2016. 270 с.
41. Посттравматичний стресовий розлад в умовах військового стану. Academia.edu. URL: <https://www.academia.edu/106031993/>
42. Посттравматичний стресовий розлад у військових: як виявити та допомогти. АРПП. URL: <https://arpp.com.ua/articles/ptsd-in-the-military/>
43. Пузирьов Є.В., Ізвєков В.В. Бойовий стрес та його наслідки для військовослужбовців. *Психологія і суспільство*. 2023. № 1. С. 33–40.
44. Ратников В. П. Психологія стресу та методи його подолання. Хавків: Віват, 2016. 192 с.
45. Рожнов В. Є. Психологічне благополуччя особистості: структура та детермінанти. *Психологічний журнал*, 2021. Т. 22, №4, с. 5-16.
46. Романенко О. Ю. Психологічна підтримка військовослужбовців: теорія і практика. Луцьк: ВНУ, 2019. 240 с.
47. Савченко П. М. Психологічні особливості ПТСР у військових: монографія. Кропивницький: КДПУ, 2018. 260 с.
48. Сельє Г. Стрес без дистресу. Київ: Наукова думка, 1979. 123 с.
49. Сердюк Л. З. Структура та функція психологічного благополуччя особистості. *Проблеми сучасної психології*, 2017. Вип. 35, с. 123-134.

50. Симонов П. В. Психологія стресу: навчальний посібник. Харків: Фоліо, 2021. 150 с.
51. Слободяник В. І., Марциняк-Дорош О. М., Васильєва О. А., Березяк К. М., Пасько К. М. Психічна травматизація особистості внаслідок військових дій та її вплив на життєдіяльність. *Наукові перспективи*. 2023. № 5(35). С. 835–845.
52. Слободяник В. І., Марциняк-Дорош О. М., Васильєва О. А., Березяк К. М., Пасько К. М. Психічна травматизація особистості внаслідок військових дій та її вплив на життєдіяльність. *Наукові перспективи*. 2023. № 5(35). С. 835–845.
53. Тарабріна Н. В. Психологія посттравматичного стресу. Харків: Точка, 2020. 368 с.
54. Тарасенко Ю. О. Психологічна допомога ветеранам з посттравматичним стресовим розладом. Миколаїв: ЧНУ імені Петра Могили, 2020. 230 с.
55. Тедескі Р. Г., Калгун Л. Г. Посттравматичне зростання: теорія, дослідження та наслідки для практики. *Психологія травми*. 2004. Т. 5, № 3. С. 1–22.
56. Тімченко О.В., Осьодло В.І., Потапчук Є.М. Засади бойової психологічної травматизації військовослужбовців : монографія. Харків : ФОП Бровін О.В., 2018. 488 с.
57. Усик В. І. Психологічні аспекти реабілітації військовослужбовців. Херсон: ХДУ, 2017. 210 с.
58. Федоренко О. П. Психологічна підтримка учасників бойових дій: посібник. Івано-Франківськ: ПНУ, 2016. 220 с.
59. Федоренко О. П. Психологія травми: навчальний посібник. Київ: Либідь, 2015. 240 с.
60. Хоменко С. В. Психологічні наслідки бойового стресу у військових. Черкаси: ЧНУ імені Богдана Хмельницького, 2019. 240 с.
61. Циганчук Т. В. Психологія стресу. Київ: Кафедра, 2016. 215 с.

62. Чуприков А. П., Карабань І. В. Нейрофізіологічні аспекти посттравматичного стресового розладу. *Український медичний часопис*. 2015. № 4. С. 50–55.
63. Шевченко О. В. Психологічне благополуччя як показник особистісного розвитку. *Актуальні проблеми психології*, 2020. Т. 12, Вип. 1, С. 98-104.
64. Шиделко А. Наслідки впливу бойового стресу на психологічний стан особистості військовослужбовця. *Вісник Національного університету оборони України*. 2023. Вип. 1. С. 78–85.
65. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Arlington: APA, 2013. 947 p.
66. Bonanno G. A. Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? // *American Psychologist*. 2004. Vol. 59, No. 1. P. 20–28.
67. Brewin C. R., Andrews B., Valentine J. D. Meta-Analysis of Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder in Trauma-Exposed Adults // *Psychological Bulletin*. 2000. Vol. 129, No. 5. P. 52–73.
68. Briere J., Scott C. Principles of Trauma Therapy: A Guide to Symptoms, Evaluation, and Treatment. Los Angeles: Sage, 2014. 384 p.
69. Cloitre M., Courtois C. A. The Treatment of PTSD and Trauma-Related Disorders. New York: Guilford Press, 2020. 558 p.
70. Ehlers A., Clark D. M. A Cognitive Model of Posttraumatic Stress Disorder // *Behaviour Research and Therapy*. 2000. Vol. 38, No. 4. P. 319–345.
71. Friedman M. J. Posttraumatic Stress Disorder: The Latest Assessment and Treatment Strategies. Kansas City: Compact Clinicals, 2015. 240 p.
72. Herman J. L. Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence – From Domestic Abuse to Political Terror. New York: Basic Books, 1997. 330 p.
73. Hoge C. W. Once a Warrior Always a Warrior: Navigating the Transition from Combat to Home. Guilford: Globe Pequot Press, 2010. 288 p.

74. Kar N. Cognitive Behavioral Therapy for the Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder: A Review // *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2011. Vol. 7. P. 167–181.
75. Kessler R. C., Chiu W. T., Demler O., Walters E. E. Prevalence, Severity, and Comorbidity of Twelve-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication // *Archives of General Psychiatry*. 2005. Vol. 62, No. 6. P. 617–627.
76. King L. A., King D. W. Deployment Risk and Resilience Inventory: A Collection of Measures for Studying Deployment-Related Experiences of Military Personnel and Veterans // *Military Psychology*. 2006. Vol. 18. P. 89–120.
77. Levin P., Levine H. *Trauma, Touch, and Healing: A Guide to Somatic Experiencing Therapy*. Berkeley: North Atlantic Books, 1997. 230 p.
78. Litz B. T., Schlenger W. E. PTSD in Service Members and New Veterans of the Iraq and Afghanistan Wars: A Bibliography and Critique // *Journal of Traumatic Stress*. 2009. Vol. 22. P. 74–82.
79. McFarlane A. C., Yehuda R. Resilience, Vulnerability, and PTSD: Empirical Directions // *Journal of Traumatic Stress*. 1996. Vol. 9, No. 2. P. 103–113.
80. Nash W. P., Litz B. T. Moral Injury: A Mechanism for War-Related Psychological Trauma in Military Veterans // *Clinical Psychology Review*. 2013. Vol. 33, No. 8. P. 695–706.
81. Pennebaker J. W. *The Secret Life of Pronouns: What Our Words Say About Us*. New York: Bloomsbury Press, 2011. 304 p.
82. Resick P. A., Monson C. M., Chard K. M. *Cognitive Processing Therapy for PTSD: A Comprehensive Manual*. New York: Guilford Press, 2016. 312 p.
83. Rothbaum B. O., Foa E. B., Hembree E. A. *Prolonged Exposure Therapy for PTSD: Emotional Processing of Traumatic Experiences*. New York: Oxford University Press, 2007. 240 p.
84. Shalev A. Y. Posttraumatic Stress Disorder: Diagnosis, Risk and Prevention // *CMAJ*. 2009. Vol. 181, No. 9. P. 689–695.

85. Tedeschi R. G., Calhoun L. G. The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the Positive Legacy of Trauma // *Journal of Traumatic Stress*. 1996. Vol. 9. P. 455–471.
86. Van der Kolk B. A. *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*. New York: Viking, 2014. 464 p.
87. Weathers F. W., Litz B. T., Herman D. S. The PTSD Checklist (PCL): Reliability, Validity, and Diagnostic Utility // *Psychological Assessment*. 1993. Vol. 15. P. 84–94.
88. Yehuda R. Post-Traumatic Stress Disorder // *New England Journal of Medicine*. 2002. Vol. 346. P. 108–114.
89. Zlotnick C., Franklin C. L., Zimmerman M. Does PTSD Cause Problems in Social Functioning? // *Comprehensive Psychiatry*. 2002. Vol. 43, No. 5. P. 234–239.

ДОДАТКИ

Додаток А

Результати діагностики за методиками: Самооцінка психічного стану
(Дж. Колкет); Шкала Девідсона для самооцінки ПТСР, DTS (первинні дані)

Зведення спостережень ^а								
				Тривожність	Фрустрація	Агресивність	Ригідність	ПТСР
довготривале перебування в ЗБД	Ітого	N		15	15	15	15	15
	1			16.00	14.00	16.00	11.00	106.00
	2			18.00	12.00	18.00	10.00	112.00
	3			17.00	12.00	16.00	12.00	108.00
	4			16.00	14.00	16.00	10.00	96.00
	5			16.00	12.00	16.00	10.00	102.00
	6			15.00	11.00	12.00	9.00	94.00
	7			18.00	20.00	20.00	10.00	110.00
	8			14.00	14.00	14.00	10.00	85.00
	9			18.00	12.00	14.00	10.00	103.00
	10			16.00	15.00	16.00	12.00	96.00
	11			16.00	17.00	16.00	10.00	100.00
	12			15.00	12.00	15.00	10.00	97.00
	13			18.00	16.00	16.00	14.00	106.00
	14			14.00	14.00	18.00	15.00	84.00
	15			16.00	12.00	16.00	16.00	112.00
короткостроков е перебування в ЗБД	Ітого	N		15	15	15	15	15
	1			8.00	7.00	10.00	7.00	37.00
	2			9.00	6.00	11.00	9.00	40.00
	3			11.00	7.00	11.00	8.00	57.00
	4			10.00	6.00	10.00	7.00	38.00
	5			8.00	8.00	9.00	8.00	33.00
	6			7.00	7.00	10.00	7.00	31.00
	7			8.00	8.00	10.00	6.00	32.00
	8			8.00	8.00	11.00	6.00	33.00
	9			12.00	6.00	12.00	7.00	60.00
	10			10.00	7.00	11.00	8.00	54.00
	11			9.00	6.00	10.00	8.00	33.00
	12			9.00	8.00	9.00	7.00	36.00
	13			10.00	7.00	10.00	8.00	55.00
	14			10.00	8.00	10.00	7.00	58.00
	15			11.00	7.00	12.00	9.00	69.00
середньотривал е перебування в ЗБД	Ітого	N		20	20	20	20	20
	1			10.00	9.00	14.00	8.00	42.00
	2			12.00	10.00	11.00	9.00	50.00
	3			15.00	11.00	14.00	11.00	65.00

		4	11.00	10.00	16.00	10.00	70.00
		5	14.00	9.00	14.00	8.00	83.00
		6	15.00	8.00	15.00	7.00	69.00
		7	17.00	10.00	18.00	8.00	76.00
		8	16.00	11.00	16.00	8.00	63.00
		9	14.00	12.00	14.00	12.00	52.00
		10	12.00	11.00	14.00	10.00	47.00
		11	18.00	10.00	16.00	9.00	72.00
		12	14.00	9.00	14.00	9.00	108.00
		13	10.00	10.00	12.00	10.00	65.00
		14	12.00	10.00	12.00	10.00	70.00
		15	15.00	12.00	15.00	12.00	88.00
		16	11.00	15.00	14.00	9.00	65.00
		17	14.00	10.00	14.00	10.00	72.00
		18	15.00	14.00	15.00	7.00	80.00
		19	18.00	16.00	16.00	8.00	97.00
		20	15.00	14.00	18.00	7.00	101.00
	Итого	N	50	50	50	50	50