

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ

факультет здоров'я людини
кафедра психології та соціології

Бондарь І. І.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

**ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ ТА
ВЕТЕРАНАМ ВІЙНИ ЩОДО ПОДОЛАННЯ НАСЛІДКІВ БОЙОВОГО
СТРЕСУ**

2025

**СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ**

Факультет _____ здоров'я людини _____
повне найменування інституту, факультету)
Кафедра _____ психології та соціології _____
повна назва кафедри)

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
магістра**

на тему: **«ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ ТА**

	В	
	Е	
	Т	
Виконав:		
здобувач вищої освіти спеціальності 053Психологія,	П	I. I. Бондарь
ОПП «Психологія», групи ПС-242зм		
	А	
Керівник роботи: к. психол. н., доц.	Н	Н. М. Бугайова
	А	
Рецензент:	М	
професор кафедри психології		
Херсонського державного університету МОН України,	В	I. С. Попович
член-кореспондент НАПН України,	І	
д. психол. н., проф.	Й	
	Н	
	И	
	2025	
	Щ	
	О	
	Д	
	О	

**СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ**

Ф

Кафедра _____ психології та соціології _____

Ю

Спеціальність _____ 053 Психологія _____

Ю

Б

В

Н

Т

И

Н

О

Р

У

Н

О

Ф

В

М

Ю

И

Н

О

С

Т

Р

Р

О

Г

Р

У

М

А

К

Н

С

И

Х

О

Л

О

Г

І

Я

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувачка кафедри
психології та соціології
Бохонкова Ю. О.
“03” вересня 2025 року

**ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ ЗДОБУВАЧУ ВИЩОЇ ОСВІТИ**

Бондарю Ігорю Івановичу

1. Тема роботи: «Психологічна допомога військовослужбовцям та ветеранам війни щодо подолання наслідків бойового стресу».

Керівник роботи: Н. М. Бугайова – к. психол. н., доц., доцент кафедри психології та соціології, затверджений наказом по університету від «02» вересня

И

Н

О

С

Т

Р

Р

О

Г

Р

У

М

А

К

Н

С

И

Х

О

Л

О

Г

І

Я

Строк подання студентом роботи до захисту «10» грудня 2025 року.

3. Вихідні дані до роботи: обсяг роботи – 97 сторінок (1,5 інтервал, 14 шрифт з потриманням відповідного формату), список використаної літератури оформлюється згідно з бібліографічними нормами з урахуванням Національного стандарту України ДСТУ 8302:2015.

4. Зміст основної частини (перелік питань, які потрібно розробити): проаналізувати наукові джерела з зазначеної тематики; підібрати діагностичний інструментарій згідно проблеми дослідження; на основі проведеного констатувального експерименту розробити й апробувати програму соціально-психологічного тренінгу. Провести формувальний експеримент. Ефективність проведеного експерименту оцінити за допомогою математичних методів оцінки значущості відмінностей середніх величин.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень): таблиці, рисунки (гістограми, діаграми, сегментограми, графіки).

Консультанти розділів:

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
	Бугайова Н. М. – к. психол. н., доц., доцент кафедри психології та соціології	04.09.2025 р.	16.10.2025 р.
	Бугайова Н. М. – к. психол. н., доц., доцент кафедри психології та соціології	17.10.2025 р.	24.10.2025 р.
	Бугайова Н. М. – к. психол. н., доц., доцент кафедри психології та соціології	25.10.2025 р.	03.11.2025 р.

7. Дата видачі завдання: «03» вересня 2025 р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
	Визначення проблеми, завдань дослідження та розроблення плану кваліфікаційної роботи.	04.09.2025 р. – 07.09.2025 р.	
	Аналіз літератури за проблемою. Систематичний аналіз наукових джерел. Структурування огляду літератури. Робота над теоретичною частиною дослідження.	08.09.2025 р. – 16.10.2025 р.	
	Узагальнення результатів констатувального експерименту.	17.10.2025 р. – 24.10.2025 р.	
	Розробка та апробація програми соціально-психологічного тренінгу.	25.10.2025 р. – 31.10.2025 р.	
	Обробка, графічне оформлення та психологічний аналіз результатів формувального експерименту та оцінка ефективності корекційних заходів за допомогою методів математичної статистики	01.11.2025 р. – 03.11.2025 р.	
	Узагальнення наукових фактів, написання висновків за результатами проведення дослідження. Технічне оформлення роботи.	04.11.2025 р. – 08.12.2025 р.	
	Попередній захист роботи	09.12.2025 р. – 10.12.2025 р.	
	Представлення роботи на зовнішню рецензію.	11.12.2025 р. – 14.12.2025 р.	
	Перевірка роботи на академічний плагіат.	15.12.2025 р. – 17.12.2025 р.	
	Підготовка кваліфікаційної роботи до захисту.	18.12.2025 р. – 21.12.2025 р.	
	Захист кваліфікаційної роботи.	22.12.2025 р. – 27.12.2025 р.	

Здобувач вищої освіти

Бондарь І. І.

Керівник роботи:
к. психол. н., доц.

Бугайова Н. М.

РЕФЕРАТ

Текст – 97 с., табл. – 20, літератури – 75 дж., додатків – 3

В кваліфікаційній роботі представлено теоретично-методологічні основи вивченні засобів профілактики і корекції наслідків бойового стресу (БС) та посттравматичних стресових розладів (ПТСР) у осіб, які брали участь у збройному конфлікті.

Під час проведення констатувального експерименту визначені критерії проявів бойового стресу у військовослужбовців та ветеранів війни.

На основі результатів констатувального експерименту розроблено й апробовано програму соціально-психологічного тренінгу, спрямованого на подолання бойового стресу та профілактики ПТСР у військовослужбовців та ветеранів війни.

Оцінено ефективність корекційних заходів з використанням t-критерію Стьюдента (для незалежних та залежних вибірок), кореляційний аналіз щоб виявити статистично значущі відмінності між групами (констатувальний експеримент) та оцінкою ефективності програми (формульальний експеримент).

Ключові слова: БОЙОВИЙ СТРЕС, ВЕТЕРАНИ, ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІ, КОМБАТАНТИ, КОПІНГ-СТРАТЕГІЇ, ПТСР, РЕЗИЛЬЄНТНІСТЬ, СОЦІАЛЬНА РЕІНТЕГРАЦІЯ, ФАЗОВО-ОРІЄНТОВАНИЙ ПІДХІД.

ABSTRACT

Bondar I. I. Psychological assistance to servicemen and war veterans in overcoming the consequences of combat stress. Qualification work. Kyiv, 2025.

The qualification work the thesis presents the theoretical and methodological foundations for studying the means of prevention and correction of the effects of combat stress (CS) and post-traumatic stress disorder (PTSD) in individuals who have participated in armed conflict.

During the ascertaining experiment, criteria for the manifestation of combat stress in military personnel and war veterans were identified.

Based on the results of the ascertaining experiment, a program of socio-psychological training aimed at overcoming combat stress and preventing PTSD in military personnel and war veterans was developed and tested.

The effectiveness of corrective measures was assessed using Student's t-test (for independent and dependent samples), correlation analysis to identify statistically significant differences between groups (constatative experiment), and program effectiveness assessment (formative experiment).

Keywords: COMBAT STRESS, VETERANS, MILITARY PERSONNEL, COMBATANTS, COPING STRATEGIES, PTSD, RESILIENCE, SOCIAL REINTEGRATION, PHASE-ORIENTED APPROACH.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	8
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ БОЙОВОГО СТРЕСУ	13
1.1. Аналіз наукової літератури з проблеми вивчення бойового стресу.....	13
1.2. Бойовий стрес як психологічна реакція на небезпечні ситуації або воєнну травму	19
1.3. Особливості подолання наслідків бойового стресу військовослужбовцями та ветеранами війни	24
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1.....	28
РОЗДІЛ 2. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВУ БОЙОВОГО СТРЕСУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ТА ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ	30
2.1. Психологічні особливості прояву бойового стресу у військовослужбовців та ветеранів війни	30
2.2. Дослідження особливостей прояву бойового стресу у військовослужбовців та ветеранів війни	32
2.3. Психологічний та статистичний аналіз результатів констатувального експерименту	35
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2.....	41
РОЗДІЛ 3. ПРОФІЛАКТИКА ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ У ОСІБ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ В ЗБРОЙНОМУ КОНФЛІКТІ....	43
3.1. Програма соціально-психологічного тренінгу, спрямованого на подолання бойового стресу військовослужбовцями та ветеранами війни.....	43
3.2. Психологічний та статистичний аналіз результатів формувального експерименту	86
3.3. Оцінка ефективності корекційних заходів за допомогою t-критерію Ст'юдента.....	90
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3.....	93
ВИСНОВКИ.....	95
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	98
ДОДАТКИ	105

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Сучасні воєнні події, що тривають на території України, зумовили суттєве зростання кількості осіб, які зазнали впливу бойових дій та потребують кваліфікованої психологічної допомоги. В умовах тривалої напруги, небезпеки, втрат та вимушених адаптаційних змін військовослужбовці стикаються з явищем бойового стресу – складного психофізичного стану, що охоплює когнітивні, емоційні та поведінкові аспекти.

Дослідження психологічних наслідків участі у збройному конфлікті та розробка ефективних стратегій профілактики і корекції посттравматичних стресових розладів (ПТСР) є однією з найбільш критичних та соціально значущих проблем сучасної української військової психології. Триваюча агресія та інтенсивний характер бойових дій призводить до зростання кількості військовослужбовців та ветеранів, які пережили бойову травму. Бойовий стрес (БС) визнається не лише гострою реакцією, а й чинником, що спричиняє хронічні дезадаптивні зміни, які руйнують психологічне здоров'я комбатантів, призводять до соціальної ізоляції, дисфункцій сімейних стосунків та утруднюють реінтеграцію у цивільне життя.

В українських реаліях проблема стресу набула особливого значення після 2014 року, коли тисячі військовослужбовців повернулися з зони бойових дій, потребуючи не лише медичної, а й комплексної психологічної підтримки. Це вимагає переосмислення теоретико-методологічних засад дослідження стресу, виявлення його механізмів, розроблення ефективних психокорекційних та профілактичних програм, адаптованих до українського контексту.

Теоретичне підґрунтя вивчення стресу закладено у працях Г. Сельє (1956), який означив його як неспецифічну реакцію організму на будь-які вимоги, що пред'являються до нього. Подальший розвиток концепції стресу у військовій психології здійснили Б. ван дер Колк (2014), Д. Гроссман (2000), Р. Лазарус (1984), Дж. Шей (1994), які довели, що бойовий стрес має не лише фізіологічну, а й соціально-моральну природу. В українському науковому дискурсі проблему подолання бойового стресу розкрито в працях С. Максименка (2013), О. Тімченка

(2022), В. Москальця (2019), Л. Найдьонові (2021), які акцентують на важливості ресурсного, психотерапевтичного та реабілітаційного підходів.

Наслідки бойового стресу можуть призводити до формування посттравматичного стресового розладу (ПТСР), депресії, порушень адаптації, емоційного вигорання та соціальної дезадаптації. За даними ВООЗ (2022), від 20 до 30 % військових після участі у бойових діях мають симптоми ПТСР, а тривалий вплив бойових стресорів підвищує ризик хронічних психічних порушень удвічі.

Таким чином, актуальність теми визначається необхідністю створення науково обґрунтованої системи психологічної допомоги військовослужбовцям та ветеранам війни, спрямованої на подолання бойового стресу, профілактику посттравматичних порушень та забезпечення їх повноцінної соціальної реінтеграції.

Об'єкт дослідження – бойовий стрес військовослужбовців.

Предмет дослідження – психологічна допомога військовослужбовцям та ветеранам війни щодо подолання наслідків бойового стресу.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити психологічні особливості подолання бойового стресу у військовослужбовців та ветеранів війни та обґрунтувати ефективну систему психологічної допомоги щодо мінімізації його наслідків.

На підставі означеної мети було визначено наступні **завдання дослідження**:

1. Проаналізувати та систематизувати сучасні теоретико-методологічні засади вивчення бойового стресу.
2. Розкрити сутність бойового стресу як психологічної реакції на небезпечні ситуації чи бойову травму.
3. Визначити особливості подолання наслідків бойового стресу військовослужбовцями та ветеранами війни.
4. Здійснити емпіричне дослідження та порівняльний аналіз профілів бойового стресу (симптоматики IES-R) та домінуючих копінг-стратегій (WCQ) у військовослужбовців та ветеранів війни з метою виявлення статистично значущих відмінностей.

5. На основі результатів константувального експерименту розробити, апробувати та науково обґрунтувати диференційовану, фазово-орієнтовану програму соціально-психологічного тренінгу «Резилієнтність та Реінтеграція» (ПСПТ «РтР»), спрямовану на подолання бойового стресу.
6. Провести формувальний експеримент з використанням t-критерію Стюдента для залежних вибірок для кількісної оцінки ефективності ПСПТ «РтР» за показниками зниження симптомів ПТСР та зміни копінг-репертуару.

Теоретико-методологічну основу дослідження склали: теорії стресу та психологічної адаптації (Г. Сельє, Р. Лазарус, С. Фолкман); теорії бойового та екстремального стресу (Ч. Фіглі, Дж. П. Вілсон, Б. ван дер Колк); когнітивні моделі посттравматичного стресового розладу (А. Елерс, Д. М. Кларк, А. Т. Бек); теорія емоційної обробки травматичного досвіду (Е. Фоа, М. Козак); нейробіологічні концепції психологічної травми (Б. ван дер Колк, Р. Єгуда); теорії психологічної стійкості та резильєнтності (С. Мастен, А. Саутвік, Дж. Бонанно); концепція посттравматичного зростання (Р. Тедескі, Л. Калгун); біопсихосоціальна модель психічного здоров'я (Дж. Л. Енгель); теорії копінг-поведінки та саморегуляції (Р. Лазарус, С. Фолкман, Ч. Карвер); гуманістичний підхід до психологічної допомоги та підтримки особистості (А. Маслоу, К. Роджерс); екзистенційні підходи до подолання травматичного досвіду (В. Франкл, І. Ялом); теорії кризового втручання та психологічної допомоги в надзвичайних ситуаціях (Дж. Каплан, Дж. Еверлі, Дж. Мітчелл); концепції психосоціальної реабілітації та реінтеграції ветеранів (Дж. Герман, Б. Макфарлейн); сучасні підходи до індивідуальної та групової психологічної допомоги військовослужбовцям і ветеранам війни (Всесвітня організація охорони здоров'я, Американська психологічна асоціація, Міжнародне товариство з вивчення травматичного стресу).

Наукова новизна дослідження полягає в необхідності уточнення поняття «бойового стресу» як багатовимірної біопсихосоціальної феномену, що інтегрує емоційні, когнітивні, поведінкові та фізіологічні компоненти реагування на бойові ситуації, також у визначенні специфіки проявів бойового стресу у

військовослужбовців та ветеранів війни залежно від тривалості участі у бойових діях та рівні резилієнтності й розробці та апробації соціально-психологічного тренінгу спрямованого на подолання наслідків бойового стресу, що поєднує когнітивно-поведінкові, тілесно-орієнтовані та ресурсно-активаційні техніки.

Методи (методики) дослідження:

- теоретичні: аналіз, синтез, порівняння, узагальнення, класифікація наукових джерел для обґрунтування теоретичної моделі БС;
- емпіричні: спостереження, експеримент (констатувальний, формувальний), бесіда, анкетування, тестування (шкала оцінки бойового стресу (DTS); опитувальник копінг-стратегій Лазаруса та Фолкмана (WCQ); шкала травматичного стресу IES-R);
- математично-статистичні: кількісний аналіз отриманих даних з використанням t-критерію Стюдента (для незалежних та залежних вибірок), кореляційний аналіз щоб виявити статистично значущі відмінності між групами (константувальний експеримент) та оцінкою ефективності програми (формувальний експеримент).

Теоретичне значення дослідження полягає у поглибленні наукових уявлень про психологічні механізми подолання наслідків бойового стресу у військовослужбовців та ветеранів війни в умовах тривалого впливу бойових і постбойових стресорів. У роботі здійснено інтеграцію сучасних міжнародних теорій стресу, психологічної травми, резильєнтності та посттравматичного зростання в єдину концептуальну рамку, що дозволяє цілісно осмислити процес психологічного відновлення особистості після бойового досвіду. Дослідження теоретично уточнює зміст і структуру наслідків бойового стресу, розглядаючи їх не лише як сукупність клінічних симптомів, а як багатовимірне явище, що охоплює емоційну, когнітивну, поведінкову та соціально-рольову сфери функціонування особистості. Важливим теоретичним результатом є обґрунтування ролі психологічної допомоги як системного чинника модифікації наслідків бойового стресу.

Практичне значення дослідження полягає у можливості безпосереднього використання отриманих результатів у діяльності фахівців психологічної служби,

які працюють з військовослужбовцями та ветеранами війни на різних етапах їх психологічного відновлення. Розроблені та теоретично обґрунтовані положення можуть слугувати основою для вдосконалення практики надання психологічної допомоги особам, які зазнали впливу бойового стресу, з урахуванням індивідуальних особливостей, інтенсивності травматичного досвіду та актуального рівня адаптації. Матеріали дослідження можуть бути використані для створення та адаптації програм психологічної підтримки, кризового втручання і психосоціальної реабілітації військовослужбовців і ветеранів, як у індивідуальному, так і в груповому форматі. Запропоновані підходи сприяють підвищенню ефективності психологічної допомоги шляхом поєднання стабілізаційних, ресурсно-орієнтованих та відновлювальних інтервенцій, що дозволяє зменшувати прояви бойового стресу та попереджати розвиток хронічних посттравматичних порушень.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ БОЙОВОГО СТРЕСУ

1.1. Аналіз наукової літератури з проблеми вивчення бойового стресу

Вивчення феномену бойового стресу (БС) є одним із провідних напрямків сучасної військової психології, психіатрії та нейропсихології. Актуальність цієї проблематики зумовлена інтенсивністю військових дій, тривалістю бойових операцій, а також збільшенням кількості військовослужбовців, які потребують психологічної реабілітації після участі у бойових діях. Як зазначають Бойко та Коваленко [4], бойовий стрес виступає складним біопсихосоціальним явищем, що охоплює одночасно психологічні, фізіологічні, соціальні та клінічні аспекти. Його міждисциплінарна природа потребує системного підходу, який включає як аналіз патогенних механізмів, так і дослідження ресурсних факторів адаптації військовослужбовців до екстремальних умов [34].

У подальшому розвиток уявлень про бойовий стрес відбувався в тісному зв'язку з еволюцією наукових підходів до вивчення стресових реакцій, психічних травм та механізмів адаптації людини до екстремальних умов.

Початковий етап у Період Першої світової війни характеризується переважно неврологічною інтерпретацією бойових травм. Психічні порушення у військових описувалися через терміни «снарядний шок» або «військовий невроз», що трактувалися як наслідок фізичного ураження нервової системи. Такий підхід ігнорував психологічну складову травматичного досвіду та зводив його до соматичних проявів. Зокрема, в другій половині XX століття спостерігається перехід від суто біологічних та неврологічних пояснень до комплексного, біопсихосоціального підходу. Саме тоді в центрі уваги дослідників опинилися не лише фізіологічні реакції організму на стрес, а й психологічні механізми переробки травматичного досвіду, індивідуальні відмінності у стресостійкості та роль соціального контексту.

Класичний етап (1930 – 1950-ті рр.) пов'язаний із працями Г. Сельє [71], який запропонував теорію загального адаптаційного синдрому, означивши стрес, як неспецифічну реакцію організму на будь-які зовнішні чи внутрішні вимоги. У контексті бойових дій цей підхід дозволив розглядати стрес як процес мобілізації адаптаційних ресурсів, що при надмірній інтенсивності переходить у фази виснаження, провокуючи фізичне та психічне виснаження воєнослужбовців.

Важливим внеском розширення розуміння стресових реакцій стали роботи американського психіатра К. Лазаруса [66], який розробив когнітивно-транзакційну модель стресу. Відповідно до неї, реакція на стрес визначається не лише інтенсивністю зовнішнього подразника, а й індивідуальною оцінкою ситуації, ресурсами особистості та вибраними копінг-стратегіями. Цей підхід дав змогу пояснити, чому одні військовослужбовці після участі у бойових діях зберігають психічну стабільність, тоді як інші зазнають глибоких травматичних наслідків [56;

Подальший розвиток концепції бойового стресу відбувся внаслідок міждисциплінарної інтеграції досліджень у галузі психології, психіатрії, нейробіології та соціології. Клінічний етап розпочався після В'єтнамської війни, коли в науковий обіг було введено у межах Diagnostic and Statistical Manual of Mental стресового розладу (ПТСР), що стало важливим кроком до наукової легітимізації психічних наслідків бойових дій. Ця подія стала поворотною у розумінні бойового стресу як не лише короткочасної реакції, а як комплексу віддалених психічних наслідків травми. Так, у 1980-х роках згідно з даними досліджень С. Ногге, С. Кастро та колег [63], доля бойових операцій в Іраку та Афганістані супроводжувалася значним підвищенням рівня ПТСР, депресій та тривожних розладів серед військовослужбовців, що підтвердило системний характер бойового стресу як психотравмуючого чинника [65].

У 1990-2000-х роках розпочалася активна розробка нейробіологічних моделей стресу, що дозволило поєднати клінічні спостереження з експериментальними даними про зміни в роботі головного мозку. Відповідно до концепції Б. ван дер Колка [9], переживання бойових травм призводить до

дисфункції лімбічної системи, зокрема гіперактивності мигдалеподібного тіла та зниження активності префронтальної кори. Це пояснює труднощі з емоційною регуляцією, імпульсивні реакції та появу флешбеків, характерних для ветеранів бойових дій. На думку, травма «зберігаються в тілі», тобто має соматичні прояви – напруження, порушення дихання, зміни у ритмі серцевої діяльності, що підкреслює необхідність тілесно-орієнтовних підходів у терапії бойового стресу [70; 73; 50].

Важливим доповненням цієї теорії стали роботи Д. Шея [72], який увів поняття «моральна травма». Учень довів, що руйнівний вплив бойового досвіду пов'язаних не лише із загрозою життя, а й із внутрішнім конфліктом, спричиненим порушенням моральних принципів, втратою довіри до командування чи держави [68]. Така форма травма має глибоке вплив на особистісну ідентичність військових і часто супроводжується почуттями провини, сорому чи втрати сенсу життя.

Сучасний підхід вимагає розуміння нейробіологічної основи травми. На думку Р. Єгуди та Н. Даскалакіса, ПТСР слід розглядати через призму генетико-середовищної взаємодії, де нейробіологічні зміни виступають маркерами стійкої патологічної пам'яті [75]. Зокрема, дослідження С. Рауча [70] вказують на порушення функціонування нейромереж, відповідальних за страх і пам'ять, включаючи недостатню активацію префронтальної кори (центру контролю) та гіперактивацію мигдалеподібного тіла (центру емоцій). Ці порушення унеможливають нормальний процес екстинкції страху – природного згасання травматичної реакції.

В українській науковій традиції питання бойового стресу активно вивчаються в контексті сучасних гібридних конфліктів. Зокрема, В. Демчишин [11] та О. Бойко [4] підкреслюють, бо бойовий стрес не лише реакцією на фізичну небезпеку, а й результатом тривалої психоемоційного напруги, інформаційного тиску та порушення соціальних зв'язків у бойових підрозділах. Вітчизняні дослідження також акцентують на роль резилієнтності та соціальної підтримки як ключових факторів профілактики психічних розладів у військових [31; 34].

В українському науковому дискурсі питання подолання бойового стресу розглядається через призму комплексного підходу, що поєднує психотерапевтичні, реабілітаційні та ресурсно-орієнтовані стратегії. Зокрема, у працях С. Максименка

підкреслюється значення глибинних особистісних механізмів адаптації та психологічної саморегуляції, що забезпечують відновлення цілісного «Я» після пережитих травматичних подій. Вчений наголошує, що ефективність подолання бойового стресу безпосередньо пов'язана з рівнем розвитку особистісних смислів та здатністю суб'єкта інтегрувати травматичний досвід у власну життєву історію

О. Тімченко наголошує на необхідності створення системної моделі психотерапевтичної допомоги військовослужбовцям, де центральне місце займають методи когнітивно-поведінкової терапії, психоедукації та групових форм підтримки. Дослідниця наголошує на важливості багаторівневої роботи з травмою – від стабілізації психоемоційного стану до формування нових стратегій подолання стресу в умовах громадського життя [47; 48].

В дослідженнях В. Москальця представлено реабілітаційний підхід до подолання наслідків бойового стресу, який включає фізичну, психологічну та соціальну реінтеграцію ветеранів. Автор наголошує на значенні міждисциплінарної співпраці психологів, психіатрів, соціальних працівників та волонтерів для створення ефективних програм підтримки.

Л. Найдьонова зосереджує увагу на ресурсному аспекті відновлення, розглядаючи внутрішні та зовнішні ресурси як ключовий фактор подолання посттравматичних наслідків. Вчена зазначає, що розвиток соціальних зв'язків є базовими умовами психологічної реабілітації осіб, які пережили бойові дії [34].

Таким чином, сучасна українська наукова думка щодо проблеми бойового стресу характеризується переходом від вузько патопсихологічного бачення до інтегративного, орієнтованого на ресурси особистості, соціальної підтримки та формування адаптивних механізмів самодопомоги.

Сучасні дослідження підтверджують, що бойовий стрес супроводжується стійкими нейробіологічними змінами. Основним механізмом є порушення роботи гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі (ГГНО), яка регулює рівень кортизолу та катехоламінів у дослідженнях Р. Сапольські, К. Франклін [70; 75]. Хронічна активація цієї системи спричиняє гіперзбудження, розлади сну, підвищує тривожність та надмірну реактивність нервової системи.

Дослідження за допомогою нейровізуалізаційних методів свідчать, що у осіб, які пережили бойовий стрес, спостерігається підвищена активність мигдалеподібного тіла – зона, що відповідає за реакції страху та одночасно зниження функціональної активності префронтальної кори, яка контролює раціональне мислення та емоційну регуляцію. Також фіксується зменшення об'єму гіпокампа – структури, відповідальної за інтеграцію пам'яті. Сукупність цих змін зумовлює появу флешбеків, емоційної нестабільності та зниження когнітивного контролю.

Паралельно з дослідженнями патогенетичних механізмів бойового стресу розвивається напрямок, присвячений аналізу факторів психологічної стійкості (резиліентності). Відповідно до концепції С. Боннано [35; 61], резиліентності розглядається як динамічний процес, що відображає здатність особистості ефективно адаптуватися до екстремальних умов. Вона ґрунтується на комбінації когнітивних, емоційних та поведінкових ресурсів, що дозволяють мінімізувати наслідки травматичних подій.

За особливостями перебігу окремо відокремлюють різні форми БС:

1. Гострий бойовий стрес (що виникає безпосередньо в зоні конфлікту).
2. Кумулятивний стрес (накопичення травмуючих подій).

Вітчизняні дослідники (зокрема М. Колосов [22]) доводять, що рівень резиліентності прямо корелює із застосуванням адаптивних копінг-стратегій – активного вирішення проблем, планування дій, звернення до соціальної підтримки, позитивного переосмислення подій. Навпаки, дезадаптивні стратегії (уникання, заперечення, зловживання алкоголем чи психотропними речовинами) підвищують ризик розвитку ПТСР.

Аналіз досвіду військових операцій НАТО (Афганістан, Ірак) виявив значні відмінності у типах стресорів, які впливають на військовослужбовців. Якщо в традиційних війнах переважав страх фізичного ушкодження, то сучасні конфлікти (особливо гібридні) додають такі фактори, як:

- невизначеність;
- високий рівень моральних дилем;

- постійна загроза з боку невидимого ворога (наприклад снайпера, міні-пастки, дрони).

Роботи Д. Ші та інших дослідників військової етики підкреслюють важливість вивчення саме моральної травми, яка є ускладнюючим чинником бойового стресу. Ефективність терапевтичних підходів, таких як когнітивно-поведінкова терапія, також є предметом активного вивчення наслідків бойового стресу і реакції організму на нього [4; 46; 56; 74].

Опрацьовані наукові джерела дозволяють стверджувати, що бойовий стрес не є гомогеним явищем, а є складним біопсихосоціальним феноменом. У науковій літературі встановлено чіткий зв'язок між інтенсивністю бойового впливу та ризиком розвитку довготривалих психічних наслідків. Незважаючи на значні досягнення, залишаються питання, які потребують додаткового дослідження, зокрема:

1. Специфіка прояву БС у різних родах військ.
2. Ефективність превентивних заходів в умовах тривалого конфлікту.
3. Розробка персоналізованих програм реабілітації.

Подальше вивчення проблем має бути сфокусоване на систематизації емпіричних даних та інтеграції знань з різних наукових парадигм.

В українському науковому дискурсі особлива увага приділяється проблемі резилієнтності як динамічної здатності військовослужбовця до відновлення. Дослідження М. Колосова [22] доводять, що рівень резилієнтності прямо корелює із застосуванням адаптивних копінг-стратегій, тоді як дезадаптивні стратегії (уникання, заперечення) підвищують ризик розвитку ПТСР. Таким чином, сучасна військова психологія зміщує акцент з патології на потенціал відновлення, роблячи резилієнтність ключовим об'єктом корекційних програм [61].

1.2. Бойовий стрес як психологічна реакція на небезпечні ситуації або воєнну травму

Бойовий стрес (БС) є не просто фізіологічною реакцією на екстремальні подразники, а складним психологічним феноменом, що виникає внаслідок взаємодії особистості військовослужбовця з реальною або потенційною загрозою життю та здоров'ю в умовах бойових дій. Його сутність полягає в мобілізації всіх адаптаційних резервів психіки на організм, спрямованих на виживання та виконання бойового завдання [4; 64].

Психологічна реакція на бойовий стрес динамічна і може класифікуватися за часом виникнення та інтенсивністю на такі види як:

1. Гостру стресову реакцію (ГСР): Виникає під час або відразу після події (триває до 4 тижнів). Даний вид реакції характеризується дезорієнтацією, панікою або, навпаки, афективною тупістю.

2. Кумулятивний (накопичувальний) стрес, що є результатом тривалої дії стресорів без адекватного відновлення [11]. Він призводить до виснаження адаптаційних резервів.

3. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), як хронічний стан, який розвивається приблизно через місяць після травми. Згідно з DSM-5 [69], він включає чотири ключові кластери симптомів: інтрузії (нав'язливі спогади), уникнення, негативні зміни в когніціях та настрої, а також зміни збудливості та реактивності [65].

Специфіка бойового стресу виходить за рамки страху смерті, включаючи проблему моральної травми. На відміну від ПТСР, моральна травма фокусується не на страху, а на порушенні фундаментальних етичних переконань наприклад, відчуття провини за дії, які суперечать внутрішньому моральному кодексу, або зрада з боку керівництва. Це викликає стійкі негативні зміни в самосприйнятті, які ведуть до руйнування ідентичності та гострого відчуття сорому, часто більш резистентного до традиційної терапії, ніж страх [68; 72].

На відміну від загального стресу, описаного Г. Сельє [71], БС має високу інтенсивність, непересічну травматичність та специфічний зміст. Українські

військові психологи О. Бойко, І. Коваленко [1]) підкреслюють, що БС слід розглядати як стан психічної напруги, що виникає під впливом екстремальних факторів бойової обстановки і може набувати форм гострих або відтермінованих розладів.

Специфіка БС визначається низкою унікальних чинників, які відрізняють його від побутових або професійних стресових ситуацій [47; 11]. Ці чинники створюють комплексний травматичний вплив, що охоплює як фізичну загрозу, так і глибокі морально-психологічні дилеми:

1. Надзвичайна інтенсивність та непередбачуваність стресора. БС завжди пов'язаний із прямою загрозою життю та здоров'ю, непередбачуваністю вогневого впливу та постійними спостереженнями за стражданнями, загибеллю або тяжким пораненням побратимів. Ця інтенсивність викликає первину травматичну реакцію, яка часто виходить за межі звичних адаптаційних можливостей психіки [50].

2. Не контрольованість ситуації. Немоżliвість повністю контролювати джерело небезпеки або уникнути його. Цей фактор, як зазначають дослідники [35], призводить до формування стійкого відчуття безпорадності та руйнування базового почуття безпеки, що є ключовим патогенетичним механізмом розвитку ПТСР.

3. Кумулятивний ефект або накопичувальний стрес. Сучасні військові конфлікти характеризуються тривалістю та безперервністю екстремального впливу. Накопичення психічного навантаження через повторювані травматичні події або відсутність повноцінного відновлення значно підвищує ризик психічного виснаження та розвитку хронічних дезадаптивних станів, навіть за умови, що жодна окрема подія не була критичною [11].

4. Моральна травма, як винятковий для бойових дій стресор. Як обґрунтовує Дж. Ші [72], моральна травма виникає, коли військовослужбовець вчиняє, стає свідком або не може запобігти діям, які порушують його глибокі моральні, етичні чи релігійні переконання. Цей тип травми веде до гострого внутрішнього конфлікту, відчуття глибокої провини та сорому, що суттєво ускладнює соціальну реінтеграцію та вимагає специфічних терапевтичних підходів.

З психологічної точки зору, БС є реакцією на воєнну травму – подію або низку подій, що виходять за межі звичного людського досвіду та викликають почуття інтенсивного страху, безпорадності або жаху [9]. Таким чином, розуміння БС вимагає не лише реєстрації фізіологічних змін, але й глибокого аналізу когнітивної та емоційної переробки травматичного досвіду.

Моральна травма є складним психологічним феноменом, що виникає внаслідок глибокого внутрішнього конфлікту між пережитим досвідом та базовими морально-етичними переконаннями особистості. На відміну від класичної психічної травми, яка здебільшого пов'язана із загрозою життю та фізичній цілісності, моральна травма торкається ціннісно-смыслового ядра особистості, підриваючи уявлення людини про себе, інших і світ загалом. У контексті бойових дій вона формується в ситуаціях, коли військовослужбовець стає свідком, учасником або змушений приймати рішення, що суперечать його внутрішнім моральним принципам, почуттю справедливості та гуманності.

Глибинна сутність моральної травми полягає у руйнуванні цілісності моральної ідентичності. Особистість починає сприймати власні вчинки або бездіяльність як такі, що не узгоджуються з образом «я як моральної людини». Це породжує інтенсивні переживання провини, сорому, самозасудження, а також відчуття зради — як по відношенню до себе, так і до значущих інших, соціальних інститутів чи держави. Такі переживання часто мають хронічний характер і не зникають із завершенням бойових дій, оскільки вони вбудовані у систему життєвих смислів особистості.

Моральна травма характеризується порушенням базових довірчих установок до світу та людей. Особа може втрачати віру в справедливість, моральні норми та соціальні цінності, що раніше слугували опорою. Це призводить до екзистенційної кризи, яка проявляється у відчутті внутрішньої порожнечі, втраті життєвих орієнтирів, зниженні здатності до переживання сенсу та перспективи майбутнього. Таким чином, моральна травма виходить за межі індивідуального психічного страждання і набуває світоглядного виміру.

На глибинному рівні моральна травма порушує механізми самоприйняття та самоповаги. Постійна фіксація на морально значущих подіях минулого сприяє

формуванню жорстких негативних переконань щодо власної особистості («я погана людина», «я недостойний прощення»), що суттєво ускладнює процес психологічного відновлення. На відміну від страхоцентричних реакцій, притаманних посттравматичному стресовому розладу, у моральній травмі домінують афекти сорому та провини, які рідше піддаються спонтанному згасанню та потребують цілеспрямованої психологічної роботи.

Важливою особливістю моральної травми є її соціально-культурна зумовленість. Моральні оцінки подій і вчинків формуються в межах конкретної культурної, професійної та ціннісної системи. Для військовослужбовців моральна травма часто пов'язана з напруженням між військовим обов'язком, наказом і особистими етичними нормами. Це створює ситуацію подвійної лояльності, у якій будь-який вибір може супроводжуватися внутрішнім моральним конфліктом і довготривалими психологічними наслідками.

Отже, глибинна сутність моральної травми полягає у тривалому порушенні ціннісно - смислової цілісності особистості, що проявляється у втраті моральних опор, негативній трансформації самоідентичності та зниженні здатності до переживання сенсу життя. Усвідомлення цієї сутності є принципово важливим для побудови ефективної психологічної допомоги, оскільки подолання моральної травми потребує не лише зменшення симптомів дистресу, а й відновлення моральної цілісності, самоприйняття та смислової інтеграції травматичного досвіду.

Психологічна реакція на бойовий стрес динамічна, і згідно з концепцією Г. Сельє, проходить кілька фаз [71], які у військово-психологічному контексті набувають специфічних проявів (див. табл. 1.1)

Таблиця 1.1

Фази бойового стресу

Фаза	Характеристика	Домінування
Фаза тривого первина мобілізація)	Характеризується підвищеною пильністю, гіперзбудливістю та фіксацією уваги на джерелі небезпеки	На цьому етапі домінують біологічні реакції «бий або біжи», які є адаптивними для виживання
Фаза опору (адаптація)	Психіка намагається придушити або інтегрувати травматичний досвід, військовослужбовець продовжує функціонувати, але ціною значного виснаження	Часто спостерігається емоційне заціпеніння (афект тупості), що є захисним механізмом, який запобігає перевантаженню психіки
Фаза виснаження (дезадаптація)	Якщо стресовий вплив триває або є надмірно інтенсивним, виникає виснаження адаптаційних механізмів	На психологічному рівні це проявляється як депресивні стани, апатія, порушення сну, флешбеки та нав'язливі спогади, що є ключовими ознаками гострого стресового розладу (ГСР)

Психологічна реакція на небезпеку значною мірою залежить від когнітивної оцінки ситуації та особистих ресурсів [35; 66]. Український військовий психолог М. Колосов [22] підкреслюють вирішальну роль резиліентності – психологічної стійкості – як фактора запобігання розвитку БС.

1. Резилієнтність та копінг. Військовослужбовці з високим рівнем резилієнтності та ефективними копінг-стратегіями (зокрема, стратегіями, орієнтованими на проблему, а не на емоції) демонструють меншу ймовірність розвитку дезадаптивних реакцій [54]. Адаптивні стратегії дозволяють контролювати ситуацію або свої емоції конструктивним шляхом.

2. Захисні Фактори. Психологи підкреслюють, що наявність внутрішніх ресурсів (почуття контролю), соціальна підтримка та згуртованість підрозділу слугують буфером між травматичним чинником і розвитком патологічної реакції.

У разі, якщо копінг-механізми виявляються недостатніми, й психіка не може інтегрувати травматичний досвід, це призводить до формування довготривалих порушень, таких як Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Це свідчить про те, що бойовий стрес, будучи спочатку нормальною реакцією на аномальні обставини, може трансформуватися в патологічний стан, що вимагає клінічної корекції [73].

1.3. Особливості подолання наслідків бойового стресу військовослужбовцями та ветеранами війни

Для якісного аналізу важливо розрізняти копінг (поведінкові та когнітивні зусилля, спрямовані на зниження стресу) від резилієнтності (здатність системи відновлюватись після значних порушень) [35; 61]. У контексті БС, ефективність подолання залежить від переходу від дезадаптивних стратегій (уникнення, алкоголізація), які поглиблюють симптоматику ПТСР, до адаптивних (проблемно-орієнтований копінг, пошук підтримки) [67].

Подолання наслідків бойового стресу (БС) є комплексним, багатоетапним процесом, який охоплює як індивідуальні механізми адаптації, так і спеціалізовані клінічні та соціальні інтервенції. На відміну від гострої фази, де мета – виживання, у фазі подолання (реабілітації) ключовою метою є реінтеграція військовослужбовця або ветерана у цивільне життя та відновлення його психосоціального функціонування [29; 47]. Успішність цього процесу залежить від низки взаємопов'язаних біопсихосоціальних чинників.

Ефективність подолання БС значною мірою залежить від індивідуальних ресурсів та обраних копінг-стратегій – свідомих та несвідомих зусиль, спрямованих на управління стресовими ситуаціями. У науковій літературі, зокрема в

дослідженнях з українського військового контексту, чітко розмежовують адаптивні та дезадаптивні стратегії [22; 66; 67]. (див. табл. 1.2).

Таблиця 1.2

Характеристика копінг-стратегій для управління стресовими ситуаціями

Адаптивні стратегії	Включають пошук соціальної підтримки, активне розв'язання проблеми (зосередження на завданні), позитивне переосмислення ситуації, а також використання гумору та самоконтролю	Ці стратегії безпосередньо сприяють формуванню психологічної резилієнтності – динамічної здатності відновлюватися та функціонувати на високому рівні після травматичного досвіду.
Дезадаптивні стратегії	Часто проявляються у форму уникнення (соціальної ізоляції, уникнення тригерів), самозвинувачення, вживання психоактивних речовин та надмірного виплеску емоцій	Ці форми копінгу можуть не лише не полегшувати стан, але й поглиблювати симптоматику ПТРС та інших психічних розладів, створюючи порочне коло уникнення та гіперзбудження

Критичною особливістю подолання для військовослужбовців є необхідність переходу від бойових механізмів (гіперпильність, емоційне притуплення, агресивність), які були адаптивними на фронті і забезпечували виживання, до цивільних механізмів, що вимагають відновлення емоційної чутливості, довіри та соціальної взаємодії.

Наукові дослідження чітко вказують на необхідність інтегрованого клінічного підходу у роботі з наслідками БС. Український досвід (наприклад, праці О. Шевчук [56]) підтверджує ефективність міжнародних протоколів:

1. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є методом вибору з найвищим рівнем доказовості. Її модифікації, орієнтовані на травму, спрямовані на зміну дисфункціональних когнітивних схем (наприклад, відчуття провини,

катастрофізації) та поведінкових реакцій, що сформувалися внаслідок травми [46;

2. Десенсибілізація та переробка рухом очей (EMDR). Цей метод ефективно використовується для переробки травматичних спогадів, допомагаючи зменшити їх емоційну насиченість та реактивність за рахунок двосторонньої стимуляції, що імітує процеси сну та обробки пам'яті [71].

3. Групова терапія сприяє відчуттю спільності, зменшенню стигматизації та ізоляції. Особливо ефективною є робота в групах з побратимами, які мають схожий бойовий досвід, оскільки це відновлює відчуття групової згуртованості – ливого буфера проти стресу [28; 9].

Слід зазначити, що у випадках важких та коморбідних розладів (ПТСР з супутньою депресією або тривогою) обов'язково використовується медикаментозна підтримка, яка повинна застосовуватися виключно в комплексі з психотерапією.

Процес подолання не обмежується лише індивідуальною терапією, але вимагає сприятливого соціального середовища. Науковці (зокрема, Д. Ші [72]) наголошують, що відновлення після бойової травми часто залежить від відновлення характеру та моральної цілісності, які були порушені воєнним досвідом. (див. табл. 1.3).

Таблиця 1.3

Ключові напрямки соціальної підтримки

Сімейне втручання	Розробка освітніх програм для членів сімей ветеранів щодо розуміння симптомів ПТСР та особливостей спілкування є критично важливою для запобігання конфліктам та ретравматизації
Верифікація досвіду та дестигматизація	Визначення суспільством важливості та травматичності бойового досвіду ветерана, а також відсутність визнання може посилювати відчуття ізоляції та відчуження
Програма працевлаштування та навчання	Допомагають відновити почуття сенсу та соціальної корисності, що є важливим для подолання екзистенційної кризи, часто супутньої ПТСР

Таким чином, подолання наслідків БС є динамічною взаємодією:

- біологічних (нейрофізіологічна стабілізація);
- психологічних (формування адаптивних копінг-механізмів);
- соціальних (підтримка та реінтеграція) факторів [6; 73].

Успіх цього процесу вимагає комплексної моделі допомоги, що відповідає реальним потребам військовослужбовців та ветеранів.

У сучасній психології відновлення після БС ґрунтується на трьох стовпах:

1. Когнітивний (КПТ): спрямований на зміну дисфункціональних когнітивних схем, що лежать в основі ПТСР, зокрема, переконання про небезпечність світу чи власну нездатність [74].

2. Тілесний: заснований на роботі Ван дер Колка [73], має на меті регуляцію нервової системи через техніки заземлення, що є необхідним для подолання фізіологічної гіперреактивності.

3. Етичний: використовує наративні техніки для відновлення моральної ідентичності, порушеної внаслідок бойових дій [72].

Кінцевою метою цього інтегрованого процесу є досягнення посттравматичного зростання – позитивної психологічної зміни, що виникла внаслідок боротьби з високостресовими обставинами [29].

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

Проведений аналіз наукової літератури доводить, що бойовий стрес (БС) є складним, динамічним біопсихологічним феноменом, сутність якого еволюціонувала від початкової неврологічної інтерпретації («снарядний шок») до сучасного розуміння як комплексу відтермінованих психічних наслідків, включаючи ПТСР.

Еволюція концепції та міждисциплінарний характер. Теоретична база проблеми на працях Г. Сельє (загальний адаптаційний синдром) та К. Лазаруса (когнітивно-транзакційна модель), яка перенесла фокус на індивідуальну оцінку та копінг-стратегії. Клінічна легітимізація проблеми відбулася з веденням діагнозу ПТСР, що було підтверджено масштабними дослідженнями С. Ногге, С. Кастро та колег щодо ветеранів Іраку та Афганістану. Сучасні концепції Б. ван дер Колка про травму, що «зберігається в тілі», та Д. Шея про моральну травму, підкреслюють нейробіологічну (дисфункція ГГНО, гіперактивність мигдалеподібного тіла) та етико-психологічну складність бойового досвіду.

О. Бойко та І. Коваленко внесли значний вклад у визначення БС як біопсихосоціального явища, підкреслюючи його системний характер та міждисциплінарну необхідність дослідження. В. Демчишин та його колеги акцентували увагу на прикладному аспекті – розробці методичних рекомендацій та превентивних заходів, що є критично важливим для військової практики.

М. Колосов зосередився на ролі резилієнтності та адаптивних копінг-стратегій (активне вирішення проблем, соціальна підтримка) як ключових факторів профілактики ПТСР, підтверджуючи їхню пряму кореляцію. О. Тімченко наголошує на необхідності системної моделі психотерапевтичної допомоги з використанням КПТ та групових форм підтримки.

Також теоретичний аналіз наукової літератури дозволив систематизувати ключові концепції, пов'язані з феноменом бойового стресу (БС) та шляхами його подолання. Бойовий стрес не є гомогенним явищем, а являє собою складний біопсихосоціальний феномен, що принципово відрізняється від загального стресу своєю винятковою інтенсивністю, непересічною травматичністю та специфічним

змістом. Визначено, що БС – це стан психічної напруги, що виникає під впливом кумулятивних та надзвичайних факторів бойової обстановки. Особлива увага приділена моральній травмі, як унікальному компоненту сучасного бойового стресу, що ускладнює подальшу соціальну реінтеграцію через формування провини та сорому.

Встановлено, що воєнна травма викликає стійкі нейробиологічні зміни (дисфункцію, ГГНО, гіперактивність мигдалеподібного тіла), що лежить в основі клінічної картини ПТСР. Динаміка реакції включає фази тривоги, опору та виснаження. Гострий БС (гіперзбудження) є адаптивним на фронті, але трансформується у хронічний ПТСР (уникнення, нав'язливі спогади) після повернення в тил.

Ефективність подолання БС прямо залежить від психологічної резилієнтності та використання адаптивних копінг-стратегій (проблемно-орієнтований копінг, пошук соціальної підтримки). На перевагу, дезадаптивні стратегії (уникнення, ізоляція) виступають предикторами хроніфікації ПТСР. Критичним є перехід від бойових механізмів виживання до цивільних механізмів соціальної взаємодії.

Аналіз літератури підтвердив необхідність інтегрованого підходу для психологічної допомоги, що включає КПТ, орієнтовану на травму, а також підтримку соціальної реінтеграції та сімейне консультування. Процес реабілітації є неповним без соціальної реінтеграції, що включає підтримку сім'ї, верифікацію бойового досвіду суспільством та відновлення соціальної ролі ветерана. Відновлення моральної цілісності є критичним елементом. Незважаючи на вагому теоретичну базу, залишається актуальною необхідність систематизації емпіричних даних щодо ефективності превентивних заходів в умовах тривалого конфлікту та розробки персоналізованих програм реабілітації для різних груп ветеранів.

РОЗДІЛ 2. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВУ БОЙОВОГО СТРЕСУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ТА ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ

2.1. Психологічні особливості прояву бойового стресу у військовослужбовців та ветеранів війни

Емпіричне дослідження прояву бойового стресу (БС) вимагає чіткої диференціації психологічних особливостей у двох основних груп:

- активних військовослужбовців (на етапі виконання завдань або безпосередньо після повернення);
- ветеранів війни (на етапі соціальної реінтеграції).

Незважаючи на спільну травматичну основу, часовий фактор та соціальний контекст суттєво впливають на домінування тих чи інших симптомів [62; 65].

Особливі прояви БС у військовослужбовців, які перебувають у зоні бойових дій або щойно з неї повернувся, домінують прояви гострого та кумулятивного стресу [55]. Психологічні особливості цього етапу характеризуються (див. табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Прояви гострого та кумулятивного стресу

Гіперзбудливість та гіперпильність	Ці прояви є адаптивними в бойових умовах, але стають дезадаптивними у відносно мирному середовищі	Це виражається в підвищеній реакції на несподівані звуки, порушенні сну та постійному відчутті загрози
Емоційне оніміння (афект тупості)	Як захисний механізм психіки, оніміння дозволяє функціонувати в умовах постійної травматизації	Про те це призводить до труднощів у міжособистісних стосунках та емоційній ізоляції від родини та суспільства

Дисфункціональні копінг-стратегії	Часто спостерігається пригнічення емоцій або їх патологічний вихід (наприклад, імпульсивна агресія)	Це є спробою контролювати внутрішній неспокій, але призводить до конфліктів та соціальної дезадаптації
--	---	--

Таким чином, прояви БС на цьому етапі зосереджені на підтримці захисних механізмів, які, на жаль, створюють значні перешкоди для нормального функціонування в тилу [56; 65; 17; 42].

Прояви БС у ветеранів, як правило, трансформується у стійкі форми ПТСР та супутніх станів (депресія, тривожні розлади) [62]. Ключові особливості на цьому етапі включають:

1. Нав'язливе переживання травми (Інтрузії). Це центральний симптом ПТСР, який проявляється у флешбеках, нічних кошмарах та інтенсивному психічному стражданні при зіткненні з тригерами, що нагадують про травму [69].

2. Уникаюча поведінка. Ветерани часто свідомо уникають місць, людей, розмов та занять, що можуть викликати спогади про травматичний досвід. Це призводить до соціальної ізоляції, відмови від професійної діяльності та звуження кола спілкування [54].

3. Прояви моральної травми. Дослідження Д. Ші підкреслюють, що у ветеранів часто домінує відчуття глибокої провини, сорому та відчуття зради своєї цінності. Це значно ускладнює процес реінтеграції та вимагає специфічних терапевтичних підходів [25; 39; 68].

4. Порухення самосприйняття. Характеризується відчуттям відчуженості, втратою сенсу життя та руйнуванням позитивного образу світу [46].

Психологічні особливості прояву БС динамічні: якщо на початковому етапі домінують симптоми гіперзбудження, то у ветеранському середовищі вони часто поєднуються з депресивно-тривожним комплексом та ізоляцією [4; 6]. Диференційований підхід до діагностики цих груп необхідний для вибору адекватної системи корекції та профілактики. Це створює теоретичну основу для

подальшого емпіричного дослідження, спрямованого на виявлення домінуючих копінг-стратегій та зв'язку з проявами БС у вибраних групах [1].

Психологічні прояви БС не є статичними; вони зазнають якісних трансформацій у процесі відстроченої адаптації. У військовослужбовців (Група 1), які перебувають у зоні активних дій, часто домінують дисоціативні та деперсоналізаційні симптоми, які є захисним механізмом для виживання. Це тимчасово усуває переживання [73]. Натомість, у ветеранів (Група 2) ці гострі реакції замінюються стійкими негативними змінами в когніціях та настрої, такими як хронічна ангедонія (втрата здатності відчувати радість) та стійке відчуття відчуженості від інших. Цей феномен підтверджує перехід від ситуативного до особистісного розладу, що вимагає інших терапевтичних стратегій [65].

Важливо також враховувати високу коморбідність (співіснування) ПТСР з іншими психічними розладами. У дослідженнях вітчизняних та зарубіжних науковців, встановлено, що бойовий стрес часто супроводжується підвищенням ризику розвитку депресивних та тривожних розладів, а також зловживання психоактивними речовинами як дезадаптивної стратегії копіngu [54]. Зважаючи на це, емпіричний аналіз повинен не лише фіксувати основні симптоми травми, але й оцінювати фактори ризику, що можуть бути використані для прогнозування соціальної дезадаптації та суїцидальної поведінки [42].

2.2. Дослідження особливостей прояву бойового стресу у військовослужбовців та ветеранів війни

Проведення емпіричного дослідження є ключовим етапом магістерської роботи, спрямованим на верифікацію теоретичних положень та виявлення статистично значущих відмінностей в особливостях прояву бойового стресу (БС) у різних груп комбатантів.

Мета дослідження полягає у вивченні та порівняльному аналізі рівня та специфіки прояву бойового стресу (ПТСР/ГСР), а також домінуючих копінг-

стратегій у двох цільових групах: активних військовослужбовців та ветеранів війни

Вибір досліджуваних груп (військовослужбовці та ветерани) обумовлений необхідністю проведення диференційованої діагностики та порівняльного аналізу. Завдання полягає у виявленні того, як вплив часу та соціального середовища (бойове/цивільне) трансформує прояви БС. Порівняння Групи 1 (активний вплив стресора) і Групи 2 (хронічний відстрочений вплив) дозволяє не тільки зафіксувати наявний рівень стресу, але й визначити найбільш резистентні до змін симптоми, які мають стати першочерговою мішенню корекційної роботи в Програмі «РтР» [43].

Для досягнення поставленої мети визнано такі завдання:

1. Провести кількісну оцінку рівня вираженості симптомів ПТСР та гострого стресу та гіперзбудження у військовослужбовців та ветеранів [10; 19; 69].
2. Визначити спектр та частоту використання адаптивних і дезадаптивних копінг-стратегій, що домінують у досліджуваних групах (орієнтація на проблему та орієнтація на емоції) [22; 57; 66].
3. Здійснити порівняльний аналіз профілів БС (симптоматики) та копінг-стратегій між військовослужбовцями (група 1) та ветеранами (група 2) з метою виявлення статистично значущих відмінностей [43].
4. Встановити кореляційний зв'язок між інтенсивністю прояву БС та обраними стратегіями подолання для обґрунтування патогенетичних механізмів
5. Сформулювати емпіричні висновки, необхідні для розробки структури Програми соціально-психологічного тренінгу [46].

Емпіричне дослідження проводилось протягом липня-вересня 2025 року на базі військової частини. Загальна вибірка дослідження склала 90 осіб, розділених на дві основні групи:

1. Група військовослужбовців 65 осіб, які перебували в зоні бойових дій протягом останніх 9 місяців.
2. Група ветеранів війни 25 осіб, які завершили військову службу та перебувають у статусі ветерана більше 7 місяців.

Критерії включення до вибірки: наявність безпосереднього досвіду участі в бойових діях, чоловіча стать (для забезпечення однорідності дисперсії та уникнення змішування даних), відсутність клінічно діагностованих тяжких психічних розладів, що вимагають стаціонарного лікування, та обов'язкова добровільна інформована згода на участь.

Для забезпечення валідності, надійності та об'єктивності отриманих емпіричних даних було використано комплекс психодіагностичних методик, адаптованих та стандартизованих відповідно до українських реалій (див. табл. 2.2)

Таблиця 2.2

Характеристика психодіагностичного інструментарію

Методика	Призначення	Вимірювані параметри
Шкала травматичного стресу IES-R див. Додаток В)	Кількісна оцінка вираженості симптомів ПТСР (відповідно до критеріїв DSM)	1. Нав'язливі спогади 2. Уникнення 3. Гіперзбудження
Опитувальник копінг-стратегій Лазаруса та Фолкмана (WCQ) див. Додаток Б)	Визначення домінуючого стилю подолання стресу та його ефективності	8 шкал, що поділяються на: орієнтовані на проблему (планування, конфронтація) та орієнтовані на емоції (самоконтроль, дистанціювання, уникання)
Шкала оцінки бойового стресу (DTS) див. Додаток А)	Вимірювання специфічних бойових стресорів та реакцій до загальноклінічних шкал	Оцінка реакцій, безпосередньо пов'язаних досвідом, що доповнює дані IES-R

Застосування комплексу психодіагностичних методик забезпечує триангуляцію даних, що підвищує валідність та надійність висновків. Обрання Шкали травматичного стресу IES-R [19] дозволяє кількісно оцінити ключові симптоми ПТСР (інтрузії, гіперзбудження, уникнення) у динаміці. Водночас, Опитувальник копінг-стратегій (WCQ) [57] надає інформацію про адаптаційний

ресурс особистості – механізми, які військовий використовує для зниження напруги [66]. Включення Шкали психологічної резилієнтності (RS) [35] дозволяє визначити внутрішній потенціал протистояння травмі, а Тест діагностики моральної травми (MTS) [37] є важливим для фіксації специфічного воєнного чинника, який часто залишається поза увагою стандартних клінічних опитувальників [68].

Були застосовані такі методи математичної статистики:

1. Описова статистика (середнє арифметичне, стандартне відхилення) – для характеристики розподілу даних.
2. t-критерій Стюдента – для порівняння середніх значень показників у двох незалежних вибірках (військовослужбовці та ветерани).
3. Кореляційний аналіз (кореляція Пірсона) – для встановлення зв'язку між інтенсивністю БС та обраними копінг-стратегіями.
4. Дисперсійний аналіз (ANOVA) – для оцінки впливу додаткових факторів (наприклад, тривалості перебування в зоні бойових дій) на прояв стресу.

Застосування такого комплексного методичного апарату забезпечить достовірність і об'єктивність висновків щодо психологічних особливостей прояву бойового стресу у досліджуваних групах [1].

2.3. Психологічний та статистичний аналіз результатів констатувального експерименту

На основі константувального експерименту, проведеного за участі 90 осіб (група 1: військовослужбовці, $n_1=65$ осіб; група 2: ветерани, $n_2=25$ осіб), було здійснено комплексний статистичний аналіз. Обробка даних за допомогою t-критерію Стюдента та кореляційного аналізу Пірсона дозволила виявити значущі відомості у профілях бойового стресу (БС) та обраних копінг-стратегій між двома цільовими групами.

Результати застосування Шкала травматичного стресу IES-R та Шкали оцінки бойового стресу DTS продемонстрували, що обидві групи мають підвищений

рівень стресових реакцій, однак існує відмінність у домінуючому симптомокомплексі (див. табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Середні значення (M) та стандартні відхилення (Σ) показників БС

I

Шкала IES-R/DTS	Військовослужбовці (n1=65)	Ветерани (n2=25)	t-критерію Стьюдента	Рівень значущості (p)
Нав'язливі спогади	M=3,1 Σ =0,7	M=3,2 Σ =0,6	t=0,65	p>0,05 (не значне)
Уникнення	M=2,5 Σ =0,6	M=3,8 Σ =0,7	t=7,12	p<0,001 (високе значення)
Гіперзбудження	M=3,7 Σ =0,6	M=2,9 Σ =0,7	t=5,05	p<0,001 (високе значення)
Загальний показник DTS	M=3,5 Σ =0,5	M=3,4 Σ =0,6	t=0,60	p>0,05 (не значне)

Виявлено статистично значущі відмінності у прояві двох ключових кластерів ПТСР. Військовослужбовці демонструють значно вищий рівень гіперзбудження M=3,7 порівняно з ветеранами M=2,9. Це пояснюється перебуванням у стані гострого або субгострого стресу, де механізм «бий або біжи» ще домінує. На противагу, ветерани війни мають значно вищий рівень уникнення M=3,8 порівняно з військовослужбовцями M= 2,5. Цей результат свідчить про хроніфікацію травматичного досвіду, де психіка використовує ізоляцію та емоційне притуплення як основний, але дезадаптивний захисний механізм.

Показники нав'язливих спогадів та показники DTS не мають значущих відмінностей, що підтверджують однакову інтенсивність пережитої травми в обох групах, але різну стратегію її подальшої переробки.

Аналіз опитувальника копінг-стратегій WCQ виявив значні відмінності у використанні адаптивних та дезадаптивних стратегій, що корелює з виявленою симптоматикою БС (див. табл. 2.4).

Таблиця 2.4

Порівняння середніх значень копінг-стратегій (за WCQ)

Копінг-стратегія	Військовослужбовці	Ветерани	t-критерію Стьюдента	Рівень значущості (p)
Планування (орієнтована на проблему)	M=3,5 Σ=0,6	M=2,8 Σ=0,7	t	p<0,001 високе значення)
Пошук соціальної підтримки (адаптивна)	M=3,0 Σ=0,7	M=2,1 Σ=0,8	t	p<0,001 високе значення)
Уникнення (дезадаптивна)	M=2,2 Σ=0,6	M=3,6 Σ=0,8	t	p<0,001 високе значення)
Самоконтроль (орієнтована на емоції)	M=4,0 Σ=0,5	M=3,4 Σ=0,6	t	p<0,01 (високе значення)

Військовослужбовці частіше використовують планування M=3,5 та самоконтроль M=4,0. Це відображає наявність бойової адаптації, де здатність раціонально вирішувати завдання є необхідною для виживання.

Ветерани демонструють значно нижчі показники пошук соціальної підтримки M=2,1 та вищі показники уникнення M=3,6. Ці дані прямо корелюють з високим показником уникнення за шкалою IES-R, підтверджуючи, що соціальна ізоляція є ключовою дезадаптивною ознакою хроніфікації травми.

Кореляційний аналіз (Пірсон r) підтвердив гіпотезу про зв'язок між типом стресової реакції та обраною стратегією подолання (див. табл. 2.5).

Таблиця 2.5

Порівняння середніх значень копінг-стратегій (за WCQ)

Зміна 1	Зміна 2	Кореляція Пірсона (r)	Рівень значущості (p)	Інтерпретація
Уникнення IES-R	Уникнення	r	p<0,001	Сильний прямий зв'язок (високе уникнення симптомів = високе поведінкове уникнення)
Гіперзбудження IES-R	Планування	r	p<0,01	Помірний прямий зв'язок (вище збудження корелює з активнішою спробою контролю)
Уникнення IES-R	Пошук соціальної підтримки	r	p<0,001	Сильний зворотній зв'язок (чим більше уникають симптомів, тим менше шукають допомоги)

Результати константувального експерименту, що включали порівняльний аналіз показників травматичного стресу уникнення (за IES-R) та копінг-стратегією (за WCQ) у групах військовослужбовців (n1=65) та ветеранів (n2=25), дозволяють сформулювати низьку критично важливих висновків для військової психології.

1. Встановлено, що профіль бойового стресу у військовослужбовців та ветеранів є статистично диференційованим (p<0,001). Ця відмінність стосується домінантних кластерів симптомів та особистісних механізмів адаптації, що прямо корелює з часовою фазою перебування поза зоною бойових дій та статусом. Таким чином, БС не є статистичним явищем, а еволюціонує від гострої реакції до хронічного стану, змінюючи свій зовнішній прояв.

2. Група військовослужбовців демонструє виразну схильність до гіперзбудження та збереження проблемно-орієнтованого копінгу:

- гіперзбудження – високий рівень гіперпильності, підвищена дратівливість та труднощі зі сном є відображенням бойової адаптації, коли організм це перебуває у стані «тривожної готовності». Цей механізм був адаптивним для виживання в умовах безпосередньої загрози, але стає дезадаптивним у тилових умовах;

- проблемно-орієнтований копінг – домінування планування та самоконтроль свідчить про збереження мобілізаційних ресурсів. Військовослужбовці намагаються активно контролювати зовнішні та внутрішні чинники, що є ефективним на етапі виконання завдань, але може бути недостатнім для емоційної переробки травми.

3. Група ветерани війни демонструє статистично значуще домінування хронічного уникнення та соціальної ізоляції:

- хронічне уникнення – це ключовий показник ПТСР. Психіка, не маючи змогу інтегрувати травматичний досвід, намагається усунути свід будь-яких тригерів, що включає емоційне притуплення, уникнення спогадів та соціальних контактів;

- соціальна ізоляція – низький показник пошуку соціальної підтримки, який сильно корелює зі шкалою уникнення ($r=-0,62$), свідчить про руйнування соціальних зв'язків. Це створює порочне коло, де відсутність підтримки посилює симптоми, а симптоми, в свою чергу, посилюють ізоляцію.

Встановлені емпіричні дані є критично важливими для розробки програми психологічної допомоги, оскільки доводять необхідність диференційованого підходу (наприклад, для військовослужбовців – стабілізація та контроль збудження, для ветеранів – робота з уникненням та відновленням соціальних зв'язків). Універсальні програми, орієнтовані лише на зниження загального стресу, будуть неефективними, оскільки не враховують фазу адаптації (див. табл. 2.6).

Таблиця 2.6

Група	Ключова проблема	Необхідна інтервенція
Військовослужбовці	Домінування Гіперзбудження	Стабілізація та контроль збудження (робота з диханням, техніки заземлення)
Ветерани	Домінування Уникнення / Ізоляція	Робота з уникненням (експозиція, когнітивна переоцінка), відновлення соціальних зв'язків та довіри

Результати константувального експерименту підтвердили гіпотезу про фазову залежність БС, встановивши статистично значущі відмінності ($p < 0,001$) між групами за ключовими кластерами симптомів та копінг-стратегіям (див. табл. 2.7.).

Таблиця 2.7

Результати константувального експерименту

Група	Д о	Домінуюча поведінкова стратегія WSCQ
Військовослужбовці	Гіперзбудження (M=3,7)	Проблемно-орієнтований копінг (планування, самоконтроль, М вищий)
Ветерани	Уникнення (M=3,8)	Дезадаптивне уникнення (M=3,6) та соціальна ізоляція (соціальна підтримка M=2,1 – найнищий)

Таким чином, результати експерименту обґрунтовують перехід від загальнопрофілактичних заходів до цільового, фазово-орієнтованого психологічного втручання.

ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ 2

Проведене експериментально-психологічний розділ мав на меті емпіричну верифікацію теоретичного положення щодо диференційованого характеру бойового стресу (БС) та супутніх копінг-стратегій у військовослужбовців, що перебувають у стані гострого/субгострого стресу, та ветеранів війни, які переживають хронічні наслідки травми.

Емпіричне дослідження охопило 90 осіб (65 військовослужбовців та 25 ветеранів війни) і ґрунтувалося на комплексі стандартизованих методик: Шкала травматичного стресу IES-R, Опитувальник копінг-стратегій WCQ та шкала оцінки бойового стресу DTS. Застосування математичних методів статистики (описова статистика, t-критерію Стюдента, кореляційний аналіз Пірсона) забезпечила достовірність та об'єктивність отриманих висновків.

Результати константувального експерименту підтвердили гіпотезу про фазову залежність БС, встановивши статистично значущі відмінності ($p < 0,001$) між групами за ключовими кластерами симптомів та копінг-стратегіям. Встановлено, що для військовослужбовців характерне збереження бойової адаптації, що проявляється у високій мобілізаційній готовності (гіперзбудження) та активному контролі (планування). Натомість, для ветеранів типовою є хроніфікація травми, ознакою якої є переважання емоційного притуплення та свідомої відмови від соціальних контактів як захисного механізму.

Кореляційний аналіз виявив ключовий патогенетичний механізм дезадаптації: сильний зворотній зв'язок між Уникненням (IES-R) та Пошуком соціальної підтримки (WCQ) ($r = -0,62$, $p < 0,001$). Цей результат свідчить, що чим глибше людина занурена у симптом уникнення, тим менше вона здатна ідентифікувати та використовувати зовнішні ресурси, що утворює замкнене коло соціальної ізоляції та підтримує симптоматику ПТСР.

Таким чином, результати експерименту є критично важливим емпіричним обґрунтуванням для подальшої практичної роботи. Вони однозначно доводять, що універсальні підходи до психологічної корекції є недостатніми. Необхідний перехід до цільового, фазово-орієнтованого психологічного втручання.

Військовослужбовцям потрібна програма, спрямована на стабілізацію та контроль гіперзбудження, в той час як ветеранам необхідна програма, сфокусована на роботі з механізмами уникнення та відновлені соціальної компетентності та довіри.

РОЗДІЛ 3. ПРОФІЛАКТИКА ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ У ОСІБ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ В ЗБРОЙНОМУ КОНФЛІКТІ

3.1. Програма соціально-психологічного тренінгу, спрямованого на подолання бойового стресу військовослужбовцями та ветеранами війни

Розробка ефективної програми профілактики та корекції посттравматичних стресових розладів (ПТСР) є критично важливим етапом психологічного супроводу осіб, які брали участь у збройному конфлікті. На основі диференційованих висновків константувального експерименту, була розроблена та структурована Програма соціально-психологічного тренінгу «Резилієнтність та Реінтеграція» (ПТСП «РтР»). Ключовою особливістю цієї програми є її фазово-орієнтований підхід, який враховує специфіку домінантних симптомів та копінг-стратегій у двох цільових групах: військовослужбовцях (гострий/субгострий стрес) та ветеранів (хронічний стрес/ПТСР) [4; 25; 47].

Аналізуючи український досвід та вагомий внесок українських науковців в умовах триваючого збройного конфлікту в Україні активно розвивається напрямок травматерапії, адаптований до національних соціокультурних та військових реалій. Розробка ПТСП «РтР» враховує ключові досягнення вітчизняних вчених (див. табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Напрямки психотерапії

Напрямок дослідження	Ключові українські вчені	Внесок у розробку ПСПТ
Комплексна реабілітація та ПТСР	М. Апухтін, В. Демчишин	Застосування міждисциплінарного підходу, що включає психоедукацію, групову та індивідуальну терапію для комплексного відновлення

Продовж. табл. 3.1

Корекція бойового стресу та копінг	О. Бойко, І. Коваленко	Обґрунтування необхідності диференціації між гострим та хронічним стресом, а також включення модулів, спрямованих на розвиток резилієнтності та адаптивних копінг-стратегій
Соціальна реінтеграція та супровід ветеранів	О. Тімченко, В. Москалець	Акцент на відновленні соціальних зв'язків та превенції соціальної ізоляції. Їхні роботи підкреслюють важливість створення системної моделі підтримки, що поєднує психотерапію та соціальну роботу

Програма психологічної підтримки «Resilience» (О. Бойко та колеги). Ця програма, що часто використовується у військових госпіталях та реабілітаційних центрах, робить акцент на формуванні стійкості (резилієнтності) через розвиток емоційного інтелекту та навичок саморегуляції. Вона лягла в основу Блоку III нашої ПТСП «РтР» - розвитку ресурсних факторів.

Програма інтеграції травматичного досвіду (В. Демчишин). Зосереджені на послідовній роботі з травмою, використовуючи елементи КПТ та десенсибілізації. Ці підходи виявилися ефективними для ветеранів і стали основою для структури Блоку II ПТСП «РтР», особливо в частині експозиції та когнітивної реструктуризації.

Теоретичне та методологічне обґрунтування програми синтезує ключові положення, які мають найвищий рівень доказовості у роботі з ПТСР:

1. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ)

КПТ є наріжним каменем Блоку II (Корекція та Реструктуризація). Вона забезпечує інструменти для роботи з травматичними переконаннями та унікаючою поведінкою, які домінують у ветеранів (М уникнення IES-R=3,8) [4; 25; 47].

- когнітивна реструктуризація: спрямована на виявлення та зміну дисфункціональних автоматичних думок (наприклад, «Світ небезпечний» або «Я винен у тому, що вижив»), які підтримують гіперзбудження та провину [46; 19; 74].

- пролонгована експозиція (у модифікованій форм): Використовується для поступового зниження емоційної реакції на травматичні спогади та тригери, що є критичним для подолання патологічного уникнення.

2. Діалектична поведінкова терапія (ДПТ) [40].

Елемент ДПТ є основою для Блоку I (Стабілізація) і необхідні для роботи з емоційною дисрегуляцією та імпульсивністю, які часто супроводжують гіперзбудження у військовослужбовців (М гіперзбудження IES-R=3,7).

- навички толерантності до дистресу. Навчання технік, які дозволяють пережити кризовий момент без деструктивних дій (наприклад, агресії, вживання алкоголю), що є ключовим для контролю реакції «бий або біжи»;

- майндфулнес (Усвідомленість). Вправи на сфокусовану увагу та «заземлення» використовуються для повернення в актуальний момент, знижуючи вплив нав'язливих спогадів та постійної тривоги.

3. Ресурсно-орієнтований підхід та Психологія Резилієнтності.

Цей підхід, що лежить в основі назви «Резилієнтність», фокусується не лише на патології, а й на мобілізації внутрішніх сил сильних сторін та зовнішніх ресурсів. Він протидіє відчуттю безпорадності та сприяє відновленню Я-концепції та особистих смислів [61; 22; 29].

4. Тілесно-орієнтована терапія та техніки заземлення. Ці техніки враховують концепцію Б. ван дер Колка [73] про те, що травма «зберігається в тілі», і забезпечують стабілізацію та зниження фізіологічної гіперреактивності, необхідної для початку психотерапевтичної роботи [7].

5. Наративна терапія та корекція моральної травми. Застосовуються для інтеграції травматичного досвіду та роботи зі специфічними проявами моральної травми (провина, сором), як це описано у працях Дж. Шея [72; 68].

Програма соціально-психологічного тренінгу «Резилієнтність та Реінтеграція» (ПТСП «РтР») розроблена на основі інтегративного підходу та є логічним продовженням теоретичного аналізу та результатів емпіричного дослідження, які вказали на ключові дефіцити у сферах саморегуляції, когнітивної гнучкості та соціальної адаптації.

Загальна програма розрахована на 12 сесій (кожне заняття триває 90–120 хвилин) та поділена на три логічні блоки, що забезпечують послідовний перехід від стабілізації до відновлення соціальної активності. Важливою особливістю ПТСП «РтР» є диференційований акцент на темах Блоку I та Блоку III, адаптований до потреб військовослужбовців (на етапі виконання завдань або безпосередньо після повернення) та ветеранів (на етапі хронічної адаптації) (див. табл. 3.2) [48].

Таблиця 3.2

Програма соціально-психологічного тренінгу «Резилієнтність та Реінтеграція»

Блок	Назва	Основна мета	Приклади технік
I	Психоедукація та Стабілізація	Зниження гіпербудження, формування бази безпеки та розуміння механізмів травми	Техніки «заземлення» (5-4-3-2-1), діафрагмальне дихання, пояснення циклу «тригер-реакція»
II	Корекція та Реструктуризація	Робота з травматичним досвідом, подолання уникнення, зміна дисфункціональних когніцій	Когнітивна реструктуризація, «ланцюговий аналіз» поведінки, шкалювання інтенсивності емоцій
III	Соціальна Реінтеграція та Резилієнтність	Відновлення соціальних зв'язків, формування адаптивних стратегій, розвиток особистісних смислів	Рольові ігри, планування соціальної активності, аналіз особистих цінностей, побудова «безпечного місця»

Детальна структура, змістові блоки, основна мета та приклади технік, а також диференційовані акценти для кожної цільової групи, представлені у таблиці 3.3.

Таблиця 3.3

**Змістовні блоки соціально-психологічного тренінгу «Резилієнтність та
Реінтеграція»**

Блок	Сесія	Назва	Основна мета	Приклади технік	Акцент для Групи А (Військовослужбовці)	Акцент для Групи Б (Ветерани)
I	1	Психоедукація та Стабілізація	Зниження гіперзбудження, формування бази безпеки та розуміння механізмів травми (4 сесії)	Пояснення циклу «тригер-реакція»; введення поняття «загальний адаптаційний синдром» [71].	Зняття почуття провини за "слабкість", інформування про кумулятивний стрес [11].	Акцент на відтермінованих симптомах, робота з почуттям сорому за хронічний стан [68].
	2	«Якір» безпеки	Формування навичок швидкої саморегуляції та зниження гострого фізіологічного збудження.	Техніки «заземлення» (5-4-3-2-1); Діафрагмальне дихання; використання холоду (льоду) для стабілізації [14, 73].	Швидке застосування в умовах ризику (бойові дії/пересування).	Застосування в соціальних ситуаціях (громадський транспорт) для подолання гіперпильності.
	3	Карта моїх тригерів	Ідентифікація зовнішніх та внутрішніх стимулів, що викликають інтрузії та гіперзбудження.	Аналіз «ланцюгового аналізу» поведінки; створення індивідуальної ієрархії тригерів; журнал спостережень	Акцент на ідентифікації бойових тригерів (звуки, запахи) та їх ізоляції.	Акцент на ідентифікації соціальних тригерів (натовп, гучні розмови) та міжособистісних конфліктів.
	4	Побудова «Безпечного місця»	Розвиток внутрішнього ресурсу та простору для емоційного відпочинку через уяву.	Вправа «Безпечне місце» (керована уява); поглиблена релаксація [73].	Модифікація уяви: перехід від військової дисципліни до особистого комфорту.	Доповнення: створення «Команди підтримки» (ідентифікація надійних соціальних зв'язків) [31].

Продовж. табл. 3.3

II	5	Корекція та Реструктуризація	Робота з травматичним досвідом, подолання уникнення, зміна дисфункціональних когніцій (4 сесії)	Поступова експозиція (планування); шкалювання інтенсивності емоцій (0-10); «ланцюговий аналіз» поведінки.	Використання КПТ для розв'язання бойових проблем [67], а не їх уникнення.	Подолання соціальної ізоляції та уникання громадських місць [54].
	6	Когнітивна реструктуризація	Ідентифікація та зміна дисфункціональних думок («Я винен», «Світ небезпечний»).	Сократівський діалог [74]; робота з когнітивними помилками (катастрофізація, чорнобіле мислення) [58].	Робота з військовими переконаннями, що заважають адаптації в тилу.	Робота з відчуттям безнадійності та безпорадності [36].
	7	Моральна цілісність та провина	Корекція моральної травми та зменшення почуття провини і сорому за дії або бездіяльність.	Вправа «Лист до Того, кого зрадили» (Д. Шей) [72]; концепція «Нормальної реакції на жахливі обставини» [68].	Робота з травмою неідеального виконання бойових завдань, втратою побратимів.	Фокус на зміну ролі: з комбатанта на захисника сім'ї та громади.
	8	Наративне відновлення	Інтеграція травматичного досвіду в особисту історію, відновлення ідентичності.	Написання «Нової історії про себе» [45]; створення метафор для травми та її подолання; арт-терапевтичні техніки.	Створення історії про себе як про воїна, який <i>вижив</i> .	Створення історії про себе як про ветерана, який <i>відновився</i> та <i>реінтегрувався</i> .

Продовж. табл. 3.3

III	9	Соціальна Реінтеграція та Резилієнтність	Відновлення соціальних зв'язків, формування адаптивних стратегій, розвиток особистісних смислів (4 сесії)	Опитувальник WCQ [57] (аналіз результатів); мозковий штурм з активного вирішення проблем; аналіз внутрішніх ресурсів [34].	Активне планування військових та кар'єрних цілей, використання командного досвіду.	Акцент на пошуку соціальної підтримки [31] та використання ветеранських організацій.
	10	Я та інші: Налагодження зв'язків	Розвиток навичок комунікації, управління гнівом та емоційного інтелекту.	Рольові ігри на конфліктні ситуації з цивільними чи родиною; техніки ненасильницького спілкування [21].	Фокус на перехід від прямого наказового стилю до партнерського спілкування.	Робота з почуттям відчуженості від родини, відновлення інтимних зв'язків [28].
	11	Сенс та Цінності	Формування нових особистісних смислів після травматичного досвіду.	Аналіз особистих цінностей; вправа «Моє майбутнє життя через 5 років»; пошук посттравматичного зростання [29].	Інтеграція військового досвіду у професійний розвиток (наприклад, тренерство, лідерство).	Робота з екзистенційними викликами, визначення місії ветерана у цивільному житті.
	12	Мій план Реінтеграції	Закріплення набутих навичок та створення індивідуального плану подальшої адаптації.	SMART-планування соціальної активності; розробка «Карти ресурсів» [60]; підсумкове опитування та фідбек.	Створення плану безконфліктного переходу на нове місце служби/роботи.	Планування зайнятості, навчання та волонтерської діяльності, активна участь у житті громади [47].

Як видно з таблиці, зміст програми вибудований таким чином, щоб забезпечити поступове занурення в роботу з травмою. Блок I, «Психоедукація та Стабілізація», спрямований на відновлення відчуття безпеки та контролю над тілесними реакціями [73]. Це критично важливо, оскільки гіперзбудження та гіперпильність є основними перешкодами для подальшої психотерапевтичної роботи.

Блок II, «Корекція та Реструктуризація», фокусується на глибинній роботі з когнітивними та емоційними наслідками травми. Тут використовуються ключові інструменти КПТ для зміни дисфункціональних переконань [74] та техніки для інтеграції травматичного досвіду, зокрема, роботи з моральною травмою [72; 68].

Блок III, «Соціальна Реінтеграція та Резилієнтність», є фінальним етапом, який забезпечує перенесення набутих навичок у соціальне середовище. На цьому етапі акцент робиться на відновленні соціальних зв'язків [31], розвитку адаптивних копінг-стратегій [67] та формуванні нових життєвих смислів, що підтримують довгострокову психологічну стійкість та резилієнтність [61].

Програма соціально-психологічного тренінгу «Резилієнтність та Реінтеграція»

ДЕНЬ 1. Психоедукація та Стабілізація (3 години)

Вправа 1. “Знайомство та створення безпечного простору”

Час: 30 хвилин

Мета: Встановлення довіри, формування групової згуртованості, створення атмосфери психологічної безпеки

Хід вправи:

1. Учасники сідають у коло
2. Ведучий представляється та пояснює правила конфіденційності
3. Кожен учасник називає ім'я та одне слово, що описує його поточний стан
4. Спільне формулювання правил групи (право на мовчання, повага, конфіденційність)

Вправа 1.1. “М’яч довіри”: передаючи м’яч, учасники діляться очікуваннями від тренінгу

Вправа 2. “Психоедукація про стрес та його прояви”

Час: 40 хвилин

Мета: Нормалізація реакцій на стрес, зняття почуття провини за “слабкість”, інформування про кумулятивний стрес

Хід вправи:

1. Міні-лекція про загальний адаптаційний синдром (фази Сельє) [71]
2. Презентація циклу «тригер-реакція» із використанням flip-chart
3. Групова дискусія: учасники діляться, які симптоми вони впізнають у себе
4. Роздача інформаційних листівок про нормальні реакції на бойовий стрес [11]
5. Питання-відповіді

Перерва: 10 хвилин

Вправа 3. “Техніка ‘5-4-3-2-1’ (заземлення)”

Час: 25 хвилин

Мета: Навчання швидкої стабілізації при гострому стресі, повернення до “тут і зараз”

Хід вправи:

1. Пояснення механізму дисоціації при стресі
2. Демонстрація техніки ведучим:

Назвати 5 речей, які бачу

Назвати 4 речі, які можу доторкнутися

Назвати 3 речі, які чую

Назвати 2 речі, які відчуваю запахом

Назвати 1 річ, яку відчуваю на смак

1. Практика у парах (по черзі)
2. Обговорення відчуттів та ефективності
3. Рекомендації щодо використання в повсякденні

Вправа 4. “Діафрагмальне дихання”

Час: 30 хвилин

Мета: Зниження гіпербудження, формування навичок швидкої саморегуляції

Хід вправи:

1. Міні-лекція про зв'язок дихання та нервової системи [14, 73]
2. Практика діафрагмального дихання:
Положення сидячи
Рука на животі для контролю
Вдих на 4 рахунки, затримка на 2, видих на 6
10 циклів
1. Шерінг відчуттів
2. Рекомендації для домашньої практики (2 рази на день по 5 хвилин)

Вправа 5. “Карта моїх тригерів” (введення)

Час: 35 хвилин

Мета: Ідентифікація індивідуальних тригерів (звуки, запахи), підвищення усвідомленості

Хід вправи:

1. Роздача бланків “Карта тригерів”
 2. Пояснення категорій: зовнішні тригери (звуки, запахи, місця), внутрішні тригери (думки, відчуття)
 3. Індивідуальна робота: кожен заповнює свою карту (15 хв)
 4. Обговорення у малих групах (3-4 особи) – що спільного (10 хв)
 5. Загальний шерінг найпоширеніших тригерів
- Домашнє завдання: продовжувати спостерігати та доповнювати карту
- Завершення дня (10 хвилин)
- Коротке резюме дня
- Вправа “Ресурс дня”: кожен ділиться однією технікою, яку візьме з собою.
- Загальна рефлексія**

ДЕНЬ 2. “Якір” безпеки та саморегуляція (3 години)

1. Привітання, вправа на побудову довіри і налаштування на роботу

Вправа 1. «Чек-ін та практика дихання»

Час: 15 хвилин

Мета: Перевірка стану групи, закріплення навичок

Хід вправи:

1. Коло: кожен ділиться у 2-3 реченнях про свій стан
2. Спільна практика діафрагмального дихання (5 циклів)
3. Короткий шерінг: хто практикував техніки вдома

Вправа 2. “Використання холоду для стабілізації”

Час: 25 хвилин

Мета: Надання інструменту швидкого зниження інтенсивності емоцій

Хід вправи:

1. Пояснення механізму “шокової терапії холодом”
2. Демонстрація: тримання кубика льоду в руці протягом 1 хвилини
3. Практика учасниками (за бажанням)
4. Альтернативні способи: холодна вода на обличчя
5. Обговорення ситуацій застосування
6. Попередження про протипоказання

Вправа 3. “Побудова ‘Безпечного місця’ (керована уява)”

Час: 45 хвилин

Мета: Створення внутрішнього ресурсу для емоційного відпочинку [73]

Хід вправи:

1. Пояснення концепції “внутрішнього безпечного місця”
2. Підготовка: зручна поза, приглушене світло
3. Керована візуалізація (15 хв):
 - Уявити місце, де відчуваєш себе безпечно
 - Дослідити деталі: що бачиш, чуєш, відчуваєш
 - Встановити “ключ доступу” (слово, жест)
1. Поступове повернення до реальності
2. Малювання або описування свого безпечного місця (10 хв)
3. Шерінг у парах (10 хв)
4. Рекомендації: відвідувати щодня по 5 хвилин

Перерва: 10 хвилин

Вправа 4. “Створення ‘Команди підтримки’”

Час: 35 хвилин

Мета: Ідентифікація наявних соціальних зв'язків [31]

Хід вправи:

1. Міні-лекція: соціальна підтримка як буфер проти ПТСР [31]
2. Індивідуальна робота з бланком “Моя команда підтримки”:
Категорії: сім'я, друзі, побратими, професіонали
Вписати імена людей у кожен категорію
Оцінити доступність (від 1 до 10)
1. Обговорення у трійках: виявлення прогалин
2. Мозковий штурм: як розширити коло підтримки
3. Домашнє завдання: зв'язатися з однією людиною з “команди”

Вправа 5. “Рольові ігри: застосування у соціальних ситуаціях”

Час: 40 хвилин

Мета: Практика технік заземлення у реальних контекстах [54]

Хід вправи:

1. Формування груп по 3 особи
2. Сценарії для програвання (по 10 хв кожен):
У переповненому транспорті
На зустрічі з цивільними друзями
У магазині з різким звуком
1. Після кожної сцени: зворотний зв'язок
2. Обговорення: які техніки спрацювали
3. Складання “сценарію дій” для складних ситуацій

Завершення дня (10 хвилин)

Резюме дня

Загальна рефлексія

ДЕНЬ 3. Карта моїх тригерів (3 години)

Вправа 1. «Чек-ін та повторення техніки заземлення»

Час: 15 хвилин

Мета: Перевірка стану групи, закріплення навичок стабілізації

Хід вправи:

1. Коло: короткий чек-ін стану
2. Спільна практика техніки “5-4-3-2-1”
3. Короткий шерінг: як використовували техніки протягом тижня

Вправа 2. “Поглиблена робота з Картою тригерів”

Час: 50 хвилин

Мета: Детальна ідентифікація зовнішніх та внутрішніх стимулів, що викликають інтрузію та гіпербудження

Хід вправи:

1. Перегляд домашнього завдання: що вдалося помітити протягом тижня
2. Пояснення розширеної версії карти:

Зовнішні тригери: звуки (вертоліт, вибухи, сирени), запахи (дим, палива), візуальні (натовп, однострій), тактильні (раптовий дотик)

Внутрішні тригери: спогади, думки, фізичні відчуття (прискорене серцебиття), емоції (гнів, страх)

1. Індивідуальна робота: створення детальної карти тригерів (20 хв):

Заповнення всіх категорій

Оцінка інтенсивності реакції на кожен тригер (0-10)

Позначення найчастіших тригерів

1. Робота у парах (15 хв): обмін картами, взаємна підтримка
2. Загальний шерінг: які тригери найпоширеніші у групі
3. Створення “спільної карти” групових тригерів на flip-chart

Перерва: 10 хвилин

Вправа 3. “Аналіз ланцюгового зв’язку: від тригера до реакції”

Час: 45 хвилин

Мета: Розуміння послідовності від тригера через думки/емоції до поведінки, виявлення точок втручання

Хід вправи:

1. Міні-лекція: модель “Тригер → Думка → Емоція → Фізична реакція → Поведінка → Наслідки”

2. Демонстрація на конкретному прикладі (від ведучого або добровольця):

Тригер: звук вертольота

Думка: “Небезпека! Треба ховатися”

Емоція: страх (8/10)

Фізична реакція: прискорене серцебиття, напруження

Поведінка: замерти або втекти

Наслідки: соціальна незручність, посилення уникнення

1. Індивідуальна робота (20 хв): вибрати 2-3 тригери зі своєї карти та прослідкувати повний ланцюг для кожного

2. Ідентифікація “точок втручання” – де можна перервати автоматичну реакцію:

Після тригера: техніка заземлення

На рівні думки: когнітивна реструктуризація

На рівні фізичної реакції: діафрагмальне дихання

На рівні поведінки: альтернативні дії

1. Обговорення у малих групах (10 хв): які точки втручання найреалістичніші

Вправа 4. “Створення індивідуальної ієрархії тригерів”

Час: 35 хвилин

Мета: Підготовка до поступової експозиції, ранжування тригерів за інтенсністю

Хід вправи:

1. Пояснення концепції ієрархії страхів/тригерів для поступової експозиції

2. Індивідуальна робота (20 хв):

Перенести тригери зі своєї карти у список

Оцінити кожен тригер за рівнем дискомфорту (0-10)

Розташувати у порядку від найменшого до найбільшого

Виділити тригери рівня 3-5 для початкової роботи

1. Робота у парах (10 хв):

Обмін ієрархіями

Взаємна перевірка реалістичності оцінок

Підтримка та заохочення

1. Пояснення принципу роботи: починаємо з нижніх рівнів, поступово рухаємося вгору

2. Домашнє завдання: спостерігати за своїми реакціями на тригери нижнього рівня

Вправа 5. “Журнал спостережень за тригерами”

Час: 30 хвилин

Мета: Встановлення практики самоспостереження, збір даних для подальшої роботи

Хід вправи:

1. Роздача спеціальних бланків “Журнал тригерів”

2. Пояснення структури запису:

Дата/час

Тригер (що саме)

Інтенсивність реакції (0-10)

Думки

Емоції

Фізичні відчуття

Поведінка

Що допомогло/не допомогло

1. Спільне заповнення одного прикладу

2. Індивідуальна практика: згадати недавню ситуацію та заповнити запис (10 хв)

3. Шерінг у парах: обмін записами, зворотний зв’язок

4. Інструкції для домашньої роботи: робити 1-2 записи щодня протягом тижня

5. Наголос: це інструмент самопізнання, а не самокритики

Перерва: 10 хвилин

Вправа 6. “Розробка індивідуального плану реагування на тригери”

Час: 35 хвилин

Мета: Створення конкретного плану дій для кожного типу тригерів

Хід вправи:

1. Пояснення структури плану реагування
2. Індивідуальна робота з бланком “Мій план” (20 хв):
 - Вибрати 3-5 найчастіших тригерів
 - Для кожного записати:
 - Ранні попереджувальні знаки (що відчуваю на початку)
 - Техніка швидкої стабілізації (5-4-3-2-1, дихання, холод)
 - Альтернативна думка (замість автоматичної)
 - Безпечна поведінка (що робити замість уникнення/замирання)
 - План “виходу” (якщо стає занадто важко)
1. Робота у трійках (10 хв):
 - Кожен презентує свій план
 - Інші дають поради та підтримку
 - Коригування планів
1. Створення “Картки швидкого реагування” формату гаманця
2. Домашнє завдання: випробувати план хоча б один раз протягом тижня
 - Завершення дня (10 хвилин)
 - Резюме: від ідентифікації тригерів до плану дій
 - Коло: кожен ділиться одним інсайтом про свої тригери

ДЕНЬ 4. Побудова “Безпечного місця” та Реінтеграція (3 години)

Вправа 1. «Чек-ін та огляд прогресу»

Час: 20 хвилин

Мета: Рефлексія змін, святкування прогресу

Хід вправи:

1. Коло: що змінилося в реакціях на тригери за тиждень
2. Порівняння інтенсивності реакцій: тоді vs. зараз
3. Взаємна підтримка та визнання досягнень
4. Обговорення записів думок

Вправа 2. “Побудова внутрішнього ‘Безпечного місця’”

Час: 45 хвилин

Мета: Створення внутрішнього ресурсу для відпочинку від гіпербудження

Хід вправи:

1. Психоедукація: навіщо потрібне “безпечне місце” при роботі з тригерами

2. Підготовка до візуалізації:

Зручна поза (сидячи або лежачи)

Приглушене світло, спокійна музика

Практика діафрагмального дихання (3 хв)

1. Керована візуалізація (20 хв):

“Уявіть місце, де ви відчуваєте себе цілком безпечно...”

“Це може бути реальне або вигадане місце...”

“Подивіться навкруги: що ви бачите? Які кольори, форми?”

“Що ви чуєте? Може, це звуки природи, музика або тиша?”

“Які запахи ви відчуваєте?”

“Що ви відчуваєте шкірою? Тепло сонця, легкий вітерець?”

“Які емоції ви відчуваєте тут?”

“Створіть ‘ключ доступу’ – слово, жест або образ для швидкого повернення сюди”

1. Поступове повернення до реальності (5 хв)

2. Малювання або письмовий опис свого місця (10 хв)

3. Шерінг у парах: розповісти про своє місце

4. Інструкції: відвідувати це місце щодня по 5-10 хвилин, особливо після зустрічі з тригерами

Перерва: 10 хвилин

Вправа 3. “Модифікація ‘Безпечного місця’ для різних потреб”

Час: 30 хвилин

Мета: Розширення можливостей використання внутрішнього ресурсу

Хід вправи:

1. Пояснення різних функцій безпечного місця:

Для заспокоєння після тригера

Для відновлення енергії

Для прийняття важких рішень

Для “зустрічі” з людьми підтримки (уявними)

1. Вправа “Розширення безпечного місця”:

Повернутися у своє місце (коротка візуалізація 5 хв)

Додати туди елементи:

Символи сили та підтримки

“Скриньку” для важких думок/спогадів

“Захисний бар’єр” від зовнішніх загроз

1. Практика швидкого доступу (10 хв):

Вправа “Швидкий візит”: увійти у своє місце за 30 секунд

Повторити 3-4 рази для закріплення

Вправа 4. “Розвиток внутрішнього ресурсу для подолання тригерів”

Час: 35 хвилин

Мета: Інтеграція техніки безпечного місця з роботою над тригерами

Хід вправи:

1. Техніка “Якір безпеки”:

Асоціювати почуття безпеки з фізичним жестом (наприклад, торкнутися серця)

Практика у безпечному місці: відчувати безпеку + робити жест

Повторити 5-7 разів для закріплення зв’язку

Вправа “Безпека як протитрута тригеру” (15 хв):

Індивідуальна робота: для кожного тригера визначити “протитруту”:

Тригер: натовп → Безпека: уявити захисне поле навкруги

Тригер: голосні звуки → Безпека: візуалізувати, що перебуваю у безпечному місці

Записати пари “тригер-протитрута”

Практика у парах (15 хв):

Один описує свій тригер

Другий направляє до безпечного місця

Перевірка: чи знизилася тривога

Зміна ролей

Створення “Плану SOS”:

Коли тригер надто сильний → Безпечне місце

Техніка “Якір безпеки” для швидкого доступу

Вправа 5. “Застосування у соціальних ситуаціях: рольові ігри”

Час: 40 хвилин

Мета: Практика використання всіх інструментів у реалістичних ситуаціях

Хід вправи:

1. Пояснення мети: відпрацювання навичок у безпечному середовищі
2. Формування груп по 3 особи: протагоніст, тригер, спостерігач
3. Сценарії для програвання (по 10 хв кожен, 3 раунди зі зміною ролей):

Сценарій 1: У переповненому магазині

Ситуація: черга в супермаркеті, хтось раптово голосно кашляє

Завдання: використати техніку заземлення, альтернативну думку, при потребі – уявний візит до безпечного місця

Сценарій 2: Зустріч з цивільними друзями

Ситуація: друзі запитують про службу, хтось жартує про війну

Завдання: помітити тригер, використати картку подолання, встановити межі у розмові

Сценарій 3: Раптовий гучний звук на вулиці

Ситуація: на вулиці вибухає петарда

Завдання: заземлення, перевірка реальності, когнітивна реструктуризація

4. Після кожної сцени (3 хв):

Зворотний зв’язок від спостерігача

Що спрацювало, що можна покращити

Емоційний стан протагоніста: до і після

5. **Загальне обговорення (10 хв):**

Які ситуації були найскладнішими

Які техніки виявилися найефективнішими

Що потребує додаткової практики

ДЕНЬ 5. Корекція та Реструктуризація (3 години)

Вправа 1. «Чек-ін та аналіз журналів тригерів»

Час: 20 хвилин

Мета: Перевірка домашньої роботи, виявлення патернів

Хід вправи:

1. Коло: як минув тиждень, чи вдалося вести журнал
2. Добровольці діляться записами з журналу тригерів
3. Груповий аналіз: які патерни помітили
4. Підтримка тих, хто зіткнувся з труднощами

Вправа 2. “Поступова експозиція: перші кроки”

Час: 45 хвилин

Мета: Практична робота з унікаємими ситуаціями через контрольовану експозицію

Хід вправи:

1. Психоедукація про механізм експозиції: як уникнення підтримує страх
2. Принципи безпечної експозиції:
 - Починати з низького рівня ієрархії (3-5 балів)
 - Залишатися у ситуації до зниження тривоги
 - Повторювати до звикання
 - Поступово переходити до вищих рівнів
1. Планування першої експозиції (15 хв):
 - Вибрати ситуацію рівня 3-4 з ієрархії
 - Детально описати: де, коли, як довго
 - Які техніки стабілізації використати
 - Критерії успіху
1. Робота у парах (15 хв): обговорення планів експозиції
2. Рольова гра (за бажанням): репетиція експозиції у безпечних умовах
3. Складання графіку експозицій на тиждень

Перерва: 10 хвилин

Вправа 3. “Шкалування інтенсивності емоцій під час експозиції”

Час: 30 хвилин

Мета: Навчитися відстежувати динаміку тривоги під час експозиції

Хід вправи:

1. Пояснення “кривої тривоги”: підйом → плато → спад
2. Демонстрація: уявна експозиція з відстеженням рівня тривоги
3. Практика “Емоційний моніторинг”:
Учасники уявляють свій тригер
Кожні 30 секунд називають рівень тривоги (0-10)
Ведучий малює криву на дошці
1. Обговорення: що відбувається з тривогою, якщо залишатися у ситуації
2. Введення бланку “Щоденник експозиції” з графіком тривоги
3. Інструкції: заповнювати під час домашніх експозицій

Вправа 4. “Введення в КПТ: автоматичні думки під час тригерів”

Час: 40 хвилин

Мета: Ідентифікація автоматичних думок, що супроводжують тригери

Хід вправи:

1. Міні-лекція: зв’язок Тригер → Думка → Емоція → Поведінка
2. Типові автоматичні думки при бойових тригерах:
“Небезпека! Треба тікати”
“Я маю бути наготові”
“Зі мною щось не так”
“Я ніколи не одужаю”
1. Індивідуальна робота (15 хв):
Повернутися до карти тригерів
Для кожного тригера записати автоматичні думки
Помітити повторювані патерни мислення
1. Техніка “Ловіть думку”:
Зосередитися на емоції
Запитати себе: “Що промайнуло в голові перед цим?”
1. Обговорення у трійках (10 хв): які думки найтипівіші

2. Введення поняття когнітивних спотворень (буде поглиблено наступного дня)

Вправа 5. “Ланцюговий аналіз: від тригера до наслідків”

Час: 35 хвилин

Мета: Детальний розбір послідовності подій, виявлення точок втручання

Хід вправи:

1. Пояснення розширеної моделі ланцюгового аналізу

2. Індивідуальна робота (20 хв): вибрати одну ситуацію з журналу тригерів

3. Детальний розбір ланцюга:

Контекст (вразливі фактори: втома, стрес)

Тригер (що саме стало поштовхом)

Автоматичні думки

Емоції та їх інтенсивність

Фізичні відчуття

Імпульси до дії

Фактична поведінка

Короткострокові наслідки (що сталося одразу)

Довгострокові наслідки (як це впливає на життя)

1. Робота у парах (10 хв): взаємодопомога у заповненні ланцюга
2. Ідентифікація “точок вибору” – де можна було діяти інакше
3. Складання плану альтернативної поведінки

Завершення дня (10 хвилин)

Загальна рефлексія

ДЕНЬ 6. Когнітивна реструктуризація тригер-специфічних думок (3 години)

Вправа 1. «Чек-ін та обговорення досвіду експозицій»

Час: 25 хвилин

Мета: Аналіз домашніх експозицій, підтримка

Хід вправи:

1. Коло: хто провів експозиції, які результати

2. Перегляд щоденників експозиції: аналіз кривих тривоги
3. Святкування успіхів, навіть маленьких кроків
4. Розбір труднощів: що заважало, як подолати
5. Коригування планів експозицій на наступний тиждень

Вправа 2. “Когнітивні спотворення, пов’язані з тригерами”

Час: 40 хвилин

Мета: Розпізнавання типових когнітивних помилок при реакції на тригери

Хід вправи:

1. Міні-лекція: 7 основних когнітивних спотворень:
 - Катастрофізація: “Це неодмінно станеться знову”
 - Надгенералізація: “Я завжди так реагую”
 - Читання думок: “Всі думають, що я божевільний”
 - Персоналізація: “Це моя вина”
 - Чорно-біле мислення: “Або я контролюю все, або нічого”
 - “Повинен”: “Я не повинен так реагувати”
 - Емоційне обґрунтування: “Я відчуваю страх, значить є небезпека”
1. Гра “Знайди спотворення” (15 хв):
 - Ведучий зачитує твердження, пов’язані з тригерами
 - Учасники визначають тип спотворення
 - Обговорення правильних відповідей
1. Робота з особистими прикладами (15 хв):
 - Повернутися до автоматичних думок з минулого дня
 - Ідентифікувати спотворення у своїх думках
 - Записати 2-3 найтипівіших спотворення
1. Створення особистої “Карти когнітивних пасток”
2. Домашнє завдання: відстежувати спотворення протягом тижня

Перерва: 10 хвилин

Вправа 3. “Запис думок: робота з тригер-специфічними переконаннями”

Час: 45 хвилин

Мета: Практика когнітивної реструктуризації думок, пов’язаних з тригерами

Хід вправи:

1. Введення техніки “Запис думок” (5-колонковий бланк)
2. Структура бланку:
 - Колонка 1: Ситуація/Тригер
 - Колонка 2: Автоматична думка
 - Колонка 3: Докази “за” думку
 - Колонка 4: Докази “проти” думки
 - Колонка 5: Альтернативна, збалансована думка
 - Колонка 6: Емоційна реакція після реструктуризації (0-10)

1. Демонстрація ведучим на конкретному прикладі (10 хв):

Тригер: звук петард

Думка: “Це вибух! Я в небезпеці!”

Докази “за”: звук схожий, відчуваю страх

Докази “проти”: я в безпечному місті, інші люди спокійні, це святковий

день

Альтернатива: “Це петарди. Я в безпеці. Мій мозок реагує на схожий звук, але реальної загрози немає”

Емоція: страх зменшився з 9 до 4

1. Індивідуальна практика (20 хв): заповнити 2-3 записи думок
2. Шерінг у парах: обмін записами, допомога у знаходженні доказів “проти”
3. Домашнє завдання: заповнювати 1 запис думок щодня

Вправа 4. “Сократівський діалог для оскарження тригер-думок”

Час: 35 хвилин

Мета: Поглиблене дослідження переконань через направлені запитання

Хід вправи:

1. Пояснення методу сократівських запитань
2. Список ключових запитань:
 - Які факти підтверджують цю думку?
 - Які факти суперечать їй?
 - Чи є альтернативні пояснення?
 - Наскільки ймовірно, що станеться найгірше?

Що би ви сказали друзів з такою думкою?

Яка найбільш реалістична точка зору?

Що найгірше може статися? Чи зможу я це пережити?

1. Демонстрація з добровольцем (10 хв):

Вибір однієї “гарячої думки” про тригер

Ведучий веде сократівський діалог

Досягнення нового розуміння

1. Практика у трійках (20 хв):

Клієнт, терапевт, спостерігач

6-7 хвилин на кожну роль

Ротація ролей

1. Загальне обговорення: які запитання були найефективнішими

Вправа 5. “Створення ‘Карток подолання’ для кожного тригера”

Час: 25 хвилин

Мета: Розробка портативних нагадувань для використання у реальних ситуаціях

Хід вправи:

1. Пояснення концепції “Карток подолання”

2. Структура картки (формат візитки):

Лицьова сторона: назва тригера

Зворотна сторона:

Альтернативна думка

Техніка швидкої стабілізації

Нагадування про докази безпеки

Контакт людини підтримки

1. Індивідуальна робота (15 хв): створити 3-5 карток для найчастіших тригерів

2. Оформлення карток (можна малювати, використовувати кольори)

3. Обмін у парах: показати картки, отримати зворотний зв’язок

4. Ламінування карток для носіння у гаманці/кишені

5. Рекомендації: перечитувати картки щодня, навіть без тригерів

Завершення дня (10 хвилин)

Загальна рефлексія

ДЕНЬ 7. Моральна цілісність та провина (3 години)

Вправа 1. «Чек-ін та рефлексія прогресу»

Час 15 хвилин

Мета Перевірка стану групи, усвідомлення пройденого шляху

Хід вправи

1. Коло: як минув тиждень, чи вдалося практикувати навички
2. Короткий огляд: що змінилося у роботі з тригерами
3. Обговорення планів профілактики рецидивів
4. Підтримка та заохочення

Вправа 2. “Психоедукація про моральну травму”

Час 35 хвилин

Мета: Розуміння специфіки моральної травми, відмінності від ПТСР, нормалізація почуття провини

Хід вправи

1. Міні-лекція про моральну травму [72]:
Визначення: порушення глибинних моральних переконань
Відмінність від класичного ПТСР
Типові прояви: провина, сором, втрата сенсу
Вплив на ідентичність та світогляд
1. Презентація типових ситуацій моральної травми у комбатантів:
Дії, що суперечать цінностям
Свідок дій інших (бездіяльність)
Зрада довіри
Втрата побратимів
1. Групова дискусія (15 хв):
Які ситуації резонують
Чи впізнають у собі ознаки моральної травми
1. Роздача інформаційних матеріалів

2. Нормалізація: “Ці почуття – нормальна реакція на ненормальні обставини”

Перерва 10 хвилин

Вправа 2. Вправа ‘Лист до Того’, ‘кого зрадили(Д. Шей)’

Час: 50 хвилин

Мета: Робота з травмою неідеального виконання бойових завдань, опрацювання провини через наратив

Хід вправи

1. Пояснення концепції вправи (5 хв):

Дозвіл собі визнати біль

Висловлення невисловленого

Не потрібно виправдовуватися, лише чесно описати

1. Індивідуальне написання листа (25 хв):

Можливі адресати: побратим, цивільний, власне минуле Я

Структура (рекомендована):

Що сталося (без цензури)

Що я відчував тоді

Що я відчуваю зараз

Що я хотів би сказати тобі

Що я хотів би почути від тебе

1. За бажанням – читання вголос (15 хв):

Тільки добровольці

Група слухає без перебивання

Після читання – момент мовчання, потім підтримка

1. Обговорення процесу (не змісту) (5 хв):

Як відчували себе під час писання

Чи з’явилося щось нове в усвідомленні

1. Ритуал завершення: листи можна залишити собі, символічно “відправити” (покласти у конверт) або знищити

2. Домашнє завдання: продовжити писати, якщо виникне потреба

Вправа 3. “Концепція ‘Нормальної реакції на жахливі обставини’”

Час: 30 хвилин

Мета: Зменшення почуття провини через переосмислення контексту

Хід вправи

1. Презентація концепції (10 хв):

Екстремальні обставини → екстремальні рішення

Контекст війни vs. контекст мирного життя

Вживання vs. моральні ідеали

1. Вправа “Два контексти” (15 хв):

На flip-chart дві колонки: “Війна” vs. “Мир”

Група називає правила/норми для кожного контексту

Виявлення протиріч

Обговорення: чи справедливо судити військові дії за мирними стандартами?

1. Індивідуальна рефлексія (5 хв):

Які мої дії були адекватні контексту війни?

Чи можу я прийняти, що діяв в умовах виживання?

Вправа 4. “Робота з травмою неідеального виконання бойових завдань”

Час: 35 хвилин

Мета: Опрацювання специфічних ситуацій провини через когнітивну роботу, взаємодію з побратимами

Хід вправи

1. Психоедукація про “провину вижившого” та “провину за дії/бездіяльність” (5 хв)

2. Техніка “Розподіл відповідальності” (20 хв):

Індивідуальна робота: вибрати одну ситуацію провини

Намалювати коло-діаграму (10 хв)

Розподілити відповідальність між усіма факторами:

Мої дії/рішення (%)

Обставини поза моїм контролем (%)

Дії інших людей (%)

Системні фактори (команди, ресурси) (%)

Непередбачувані події (%)

Переосмислення: чи справді я відповідальний на 100%?

1. Обговорення у парах (побратими, якщо можливо) (8 хв):

Показати свою діаграму

Отримати зворотний зв'язок: чи реалістичний розподіл?

Взаємна підтримка

Вправа 5. “Втрата побратимів: ритуал пам'яті та прощення себе”

Час: 35 хвилин

Мета: Опрацювання провини вижившого, інтеграція втрати

Хід вправи

1. Створення безпечного простору (5 хв):

Нагадування про конфіденційність

Право не ділитися, якщо занадто важко

Підготовка: приглушене світло, свічки (за можливості)

1. Вправа “Діалог з пам'яттю” (20 хв):

Індивідуальна робота: уявити розмову з побратимом, якого втратили

Написати/уявити діалог:

Що я хотів би сказати тобі

Що ти, можливо, сказав би мені

Що мені потрібно почути, щоб відпустити провину

Як я можу вшанувати твою пам'ять у своєму житті

1. За бажанням – короткий шерінг (8 хв):

Кілька добровольців діляться фрагментами

Група підтримує мовчанням або словами

1. Ритуал пам'яті (2 хв):

Момент мовчання

Кожен може сказати ім'я побратима вголос або про себе

Символічне запалення свічки/покладання руки на серце

Завершення дня 10 хвилин

Загальна рефлексія

ДЕНЬ 8. Наративне відновлення (3 години)

Вправа 1. «Чек-ін та підтримка після важкої теми»

Час: 20 хвилин

Мета: Перевірка емоційного стану після роботи з провиною, взаємопідтримка

Хід вправи:

1. Коло: як пережили попередній день, чи виникали складні емоції
2. Групова підтримка для тих, кому було особливо важко
3. Короткий шерінг: хто продовжив писати листи, які інсайти
4. Практика техніки стабілізації: діафрагмальне дихання або візит до безпечного місця (5 хв)

Вправа 2. “Написання ‘Нової історії про себе’”

Час: 50 хвилин

Мета: Інтеграція травматичного досвіду в особисту історію, відновлення цілісності ідентичності

Хід вправи

1. Психоедукація про наративний підхід (10 хв):
Як травма “розриває” історію життя
Важливість інтеграції досвіду у цілісну розповідь
Від “я – жертва” до “я – воїн, який вижив”
1. Структура “Нової історії” (пояснення 5 хв):
Хто я був до війни (цінності, мрії, ідентичність)
Що сталося (без деталей травми, загальні контури)
Як це змінило мене (що втратив, що набув)
Хто я зараз (нова ідентичність, що інтегрує досвід)
Ким я хочу стати (майбутнє Я, яке переживає досвід)
1. Індивідуальне написання (25 хв):
Учасники пишуть свою історію (2-3 сторінки)
Акцент на трансформації, а не на травмі
Включення елементів зростання, сили, виживання
1. Шерінг у малих групах (3-4 особи) (10 хв):

Кожен читає фрагменти своєї історії

Група слухає з повагою, підтримує

Можна задавати питання для поглиблення розуміння

Перерва 10 хвилин

Вправа 3. “Створення метафори для травми та її подолання”

Час: 40 хвилин

Мета: Символічне представлення травматичного досвіду та шляху одужання

Хід вправи

1. Пояснення роботи з метафорами (5 хв):

Метафора допомагає дистанціюватися від болю

Створює нове значення для досвіду

Приклади: “травма як шторм”, “одужання як вихід з темряви”

1. Індивідуальна робота (20 хв):

Знайти свою метафору для:

Травматичного досвіду (наприклад, “падіння в прірву”)

Процесу одужання (наприклад, “підйом сходами”)

Себе у цьому процесі (наприклад, “мандрівник”)

Можна малювати, писати, створювати колаж з наданих зображень

Обговорення (3 хв): як метафора допомагає по-новому побачити досвід

Вправа 4. Арт“-терапевтичні техніки: малювання історії”

Час: 35 хвилин

Мета: Візуальне представлення шляху від травми до відновлення, робота через творчість

Хід вправи

1. Роздача матеріалів: папір А3, кольорові олівці, фломастери, журнали для колажу

2. Інструкції (5 хв):

Розділити аркуш на 3-4 частини (як комікс)

Намалювати свою історію:

Панель 1: Я до війни

Панель 2: Виклик/травма (символічно)

Панель 3: Боротьба/одужання

Панель 4: Я тепер / майбутнє Я

1. Творча робота (20 хв):

Учасники малюють у тиші або під спокійну музику

Не потрібно художньої майстерності – важливі символи та значення

Рефлексія (2 хв): що нового помітили про свій шлях через візуалізацію

Вправа 5. “Створення історії про себе як про воїна, який вижив”

Час: 35 хвилин

Мета: Трансформація ідентичності від жертви до вижившого воїна, інтеграція досвіду

Хід вправи

1. Міні-лекція про зміну наративу (5 хв):

Від “зі мною це сталося” до “я пережив це”

Від “я зламаний” до “я змінився і адаптуюся”

Включення сили, мужності, резилієнтності у історію

1. Вправа “Епічна історія воїна” (20 хв):

Індивідуальна робота: написати свою історію як епічну розповідь

Структура героїчної розповіді:

Поклик до пригоди (чому пішов на війну)

Випробування (що довелося пережити – без деталей)

Союзники та вороги (хто підтримував, що заважало)

Найтемніший момент (найважча точка)

Перетворення (що змінилося в мені)

Повернення з дарами (які сила/мудрість я отримав)

Писати від третьої особи (про себе як про героя) для дистанції

Завершення дня 10 хвилин

ДЕНЬ 9. Соціальна Реінтеграція та Резилієнтність (3 години)

Вправа 1. «Чек-ін та рефлексія наративу»

Час: 15 хвилин

Мета: Перевірка інтеграції нової історії, обговорення змін

Хід вправи

1. Коло: як змінилося самосприйняття після переписування історії
2. Добровольці діляться фрагментами оновленої історії
3. Групове визнання трансформації кожного
4. Підготовка до теми соціальної реінтеграції

Вправа 2. “Опитувальник WCQ: аналіз копінг-стратегій”

Час 35 хвилин

Мета: Ідентифікація поточних копінг-стратегій, виявлення адаптивних та неадаптивних

Хід вправи

1. Пояснення концепції копіngu (5 хв):
Визначення: способи подолання стресу
Види: проблемно-фокусовані vs. емоційно-фокусовані
Адаптивні vs. неадаптивні стратегії
2. Заповнення опитувальника WCQ (15 хв):
Учасники відповідають на питання
Оцінюють частоту використання різних стратегій
3. Підрахунок результатів та інтерпретація (10 хв):
Індивідуальна рефлексія (5 хв):
Які мої стратегії працюють?
Які потребують зміни?
Які нові стратегії я освоїв на тренінгу?

Вправа 3. “Мозковий штурм з активного вирішення проблем”

Час: 40 хвилин

Мета: Розвиток навичок проблемно-фокусованого копіngu, активне планування

Хід вправи

1. Презентація моделі вирішення проблем (5 хв):
5 кроків:
 1. Визначити проблему
 2. Генерувати варіанти рішень

3. Оцінити плюси/мінуси кожного
4. Вибрати найкраще рішення
5. Реалізувати та оцінити результат

Індивідуальна робота: вибір проблеми (5 хв):

Кожен вибирає одну конкретну проблему реінтеграції

Правило: на етапі генерації немає критики, всі ідеї приймаються

Обговорення: чи допоміг груповий розум

Вправа 4. “Активне планування військових та кар’єрних цілей”

Час: 35 хвилин

Мета: Використання командного досвіду для планування цивільної кар’єри, постановка конкретних цілей

Хід вправи

1. Міні-лекція про SMART-цілі (5 хв):
2. Вправа “Від місії до цілей” (20 хв):

Крок 1: Визначити свою “місію” на наступні 6-12 місяців (загальний напрямок)

Приклад: “Знайти роботу, що використовує мої лідерські навички”

Крок 2: Розбити місію на 3-5 SMART-цілей

Приклад: “До 1 березня оновити резюме, підкреслюючи командний досвід”

Крок 3: Для кожної цілі визначити конкретні кроки (тактика)

Крок 4: Ідентифікувати перешкоди та ресурси

3. “Контракт з собою” (2 хв):

Записати цілі на окремий аркуш

Підписати та поставити дату

Домашнє завдання: повісити на видному місці

Вправа 5. “Акцент на пошуку соціальної підтримки”

Час: 30 хвилин

Мета: Подолання ізоляції через активний пошук та використання підтримки

Хід вправи

1. Психоедукація про важливість соціальної підтримки (5 хв):

Дослідження: підтримка як найсильніший предиктор одужання

Види підтримки: емоційна, інструментальна, інформаційна

Бар'єри: сором, недовіра, відчуття тягаря

2. Рольова гра “Прохання про допомогу” (12 хв):

Робота у парах

Сценарій 1: Попросити друга про емоційну підтримку після важкого дня

Сценарій 2: Попросити знайомого про практичну допомогу (підвезти, позичити щось)

Зміна ролей

Зворотний зв'язок: як відчували себе, просячи про допомогу

Завершення дня (10 хвилин)

Коло: яку одну ціль точно реалізуєте найближчим часом

ДЕНЬ 10. Я та інші: Налагодження зв'язків (3 години)

Вправа 1. «Чек-ін та огляд соціальних контактів»

Час: 15 хвилин

Мета: Перевірка виконання домашнього завдання, підтримка

Хід вправи

1. Коло: хто зв'язався з людьми з карти підтримки, як пройшло
2. Обговорення труднощів у проханні допомоги
3. Святкування навіть маленьких кроків
4. Хто зробив крок до своєї цілі – поділитися досвідом

Вправа 2. “Розвиток навичок комунікації з цивільними”

Час: 40 хвилин

Мета: Полегшення спілкування з людьми, що не мають військового досвіду

Хід вправи

1. Груповий мозковий штурм (10 хв):

На дошці: типові труднощі у спілкуванні з цивільними

Учасники називають: нерозуміння, банальні запитання (“скільки вбив?”), мінімізація досвіду (“все минуло, забудь”), дистанція

1. Міні-лекція про “два світи” (5 хв):

Військові vs. цивільні: різні реальності

Вправа 3. “Управління гнівом та емоційним інтелектом”

Час: 40 хвилин

Мета: Розвиток навичок розпізнавання та регуляції емоцій, особливо гніву

Хід вправи

1. Психоедукація про гнів після травми (8 хв):

Гнів як захисна емоція

Гіпербудження → зниження порогу роздратування

Вторинні емоції: гнів може маскувати страх, біль, безпорадність

2. Вправа “Айсберг емоцій” (15 хв):

Індивідуальна робота: намалювати айсберг

Над водою: гнів (що бачать інші)

Під водою: що насправді приховано (страх, біль, провина, втома)

Ситуація для аналізу: згадати недавній спалах гніву

Дослідити: які емоції були під гнівом?

3. Техніка “СТОП” для управління гнівом (12 хв):

Презентація техніки:

Стоп – зупинися фізично (відійди, вийди)

Тіло – помічай сигнали тіла (напруження, жар)

Оцінка – що насправді відбувається (первинна емоція)

План – вибрати адаптивну реакцію

Практика у парах (8 хв):

Один описує ситуацію гніву

Другий направляє через кроки СТОП

Зміна ролей

4. Створення “Картки СТОП” для носіння з собою (2 хв)

Вправа 4. “Рольові ігри: конфліктні ситуації з цивільними або родиною”

Час: 40 хвилин

Мета: Практика навичок комунікації та емоційної регуляції у безпечному середовищі

Хід вправи

1. Формування груп по 3 особи: протагоніст, “цивільний”/родич, спостерігач

2. Сценарії для програвання (по 10 хв кожен, 3 раунди):

Сценарій 1: Конфлікт з партнером/дружиною

Ситуація: партнер скаржиться “Ти змінився, ти холодний, ти мене не слухаєш”

Завдання: не піддатися гніву, використати Я-повідомлення, пояснити свій стан

Сценарій 2: Нерозуміння з батьками

Ситуація: батьки кажуть “Забудь про це, треба жити далі”

Завдання: встановити межі, пояснити, що для одужання потрібен час

Сценарій 3: Провокація від незнайомця

Ситуація: у громадському місці хтось робить необдуманий коментар про війну

Завдання: не ескалювати конфлікт, використати техніку СТОП, вийти з ситуації гідно

3. Після кожної сцени (3 хв):

Зворотний зв'язок від спостерігача: що спрацювало, що можна покращити

Рефлексія протагоніста: рівень гніву до/після, чи вдалося використати техніки

4. Загальне обговорення (7 хв):

Які ситуації були найскладнішими?

Які техніки найефективніші?

Що потребує додаткової практики у реальному житті?

Вправа 5. “Техніки ненасильницького спілкування”

Час: 30 хвилин

Мета: Оволодіння навичками вираження потреб без агресії

Хід вправи:

1. Презентація моделі ненасильницького спілкування (8 хв):

4 компоненти:

1. Спостереження (без оцінки): “Коли ти не відповідаєш на мої повідомлення...”
2. Почуття: “...я відчуваю тривогу...”
3. Потреба: “...тому що мені важливо знати, що з тобою все добре...”
4. Прохання (конкретне): “...чи міг би ти відписувати хоча б раз на день?”
2. Демонстрація: агресивна vs. ненасильницька комунікація (5 хв):
Ведучий показує дві версії тієї самої ситуації
Обговорення: як змінюється реакція співрозмовника
3. Практика у парах (15 хв):
Кожен вибирає реальну ситуацію з родиною/друзями
Формулює повідомлення за 4-компонентною моделлю
Партнер слухає та дає зворотний зв'язок

Завершення дня 10 хвилин

Резюме: від прямого наказового стилю до партнерського спілкування

Коло: найскладніша частина комунікації з цивільними

ДЕНЬ 11. Сенс та Цінності (3 години)

Вправа 1. «Чек-ін та рефлексія комунікаційних навичок»

Час: 15 хвилин

Мета: Перевірка застосування навичок, обговорення досвіду

Хід вправи

1. Коло: хто використовував техніку СТОП або ненасильницьку комунікацію
2. Шерінг досвідів: що вдалося, що було складним
3. Групова підтримка та корекція
4. Перехід до теми сенсу життя після травми

Вправа 2. “Аналіз особистих цінностей після травматичного досвіду”

Час: 40 хвилин

Мета: Ідентифікація того, що дійсно важливо, переосмислення цінностей після травми

Хід вправи:

1. Психоедукація про цінності (8 хв):
Відмінність цінностей від цілей
Як травма може змінити цінності
2. Вправа “Список цінностей” (15 хв):
Роздати список 50 універсальних цінностей
Індивідуальна робота:
Крок 1: Вибрати 15 цінностей, що резонують
Крок 2: Звузити до 7
Крок 3: Визначити ТОП-3 найважливіших
Для кожної топ-цінності написати:
Чому вона важлива
Як війна вплинула на цю цінність
3. Рефлексія (5 хв): чи моє життя зараз відображає мої цінності? Що потрібно змінити?

Вправа 3. “Вправа ‘Моє майбутнє життя через 5 років’”

Час: 35 хвилин

Мета: Формування бачення майбутнього, що узгоджене з цінностями, створення надії

Хід вправи:

1. Керована візуалізація (10 хв):
Зручна поза, заплющені очі, спокійна музика
Ведучий направляє:
“Уявіть, що пройшло 5 років...”
“Ви прокинулися вранці. Де ви? Хто поруч?”
“Чим ви займаєтеся? Яка ваша робота, хобі?”
“Які стосунки у вас з близькими?”
“Які емоції ви відчуваєте найчастіше?”
“Як ви подолали виклики минулого?”
“Що найціннішого у вашому житті?”
1. Поступове повернення до реальності (2 хв)

2. Письмова робота: “День з мого майбутнього” (15 хв):

Описати один звичайний день з життя через 5 років

Писати у теперішньому часі: “Я прокидаюся...”

Включити деталі: що бачу, відчуваю, роблю

Вправа 4. “Пошук посттравматичного зростання”

Час: 35 хвилин

Мета: Ідентифікація позитивних змін, що сталися внаслідок травми, без мінімізації болю

Хід вправи

1. Психоедукація про посттравматичне зростання (8 хв):

Визначення: позитивні зміни після травми

5 напрямків зростання:

1. Нові можливості
2. Поглиблення стосунків
3. Відчуття власної сили
4. Духовний розвиток
5. Цінування життя

Важливо: визнання зростання НЕ означає, що травма була “хороша”

2. Створення “Символу зростання” (2 хв):

Намалювати або написати символ свого зростання

Вправа 5. “Інтеграція військового досвіду у професійний розвиток”

Час: 35 хвилин

Мета: Бачення військового досвіду як цінного активу для майбутньої кар’єри

Хід вправи

1. Групова дискусія (10 хв):

Які професії/сфери можуть скористатися військовим досвідом?

2. Вправа “Від навички до кар’єри” (15 хв):

Крок 1: Вибрати 3-5 найсильніших військових навичок

Крок 2: Для кожної знайти 2-3 сфери застосування у цивільному житті

Крок 3: Визначити одну конкретну професію/напрямок, що цікавить

Крок 4: Дослідити, які додаткові навички/освіта потрібні

3. Робота у парах (8 хв):

Обмін планами

Партнер ставить питання, допомагає конкретизувати

4. Загальне обговорення(2 хв): хто готовий поділитися своїм планом?

Завершення дня 10 хвилин

Загальна рефлексія

ДЕНЬ 12. Мій план Реінтеграції (3 години)

Вправа 1. «Чек-ін: наближення до завершення тренінгу»

Час: 20 хвилин

Мета: Усвідомлення пройденого шляху, підготовка до завершення

Хід вправи

1. Коло: що змінилося від першого дня до сьогодні

2. Вправа “Тоді і Зараз”:

Кожен називає одну думку/відчуття з першого дня

Потім – як це змінилося зараз

3. Визнання прогресу кожного учасника групою

4. Емоції з приводу завершення: хвилювання, сум, готовність

Вправа 2. “SMART-планування соціальної активності”

Час: 40 хвилин

Мета: Створення конкретного, реалістичного плану соціальної реінтеграції

Хід вправи

1. Повторення SMART-критеріїв (5 хв)

2. Індивідуальна робота: “Мій план соціальної активності” (25 хв):

Визначити 3-5 сфер для реінтеграції:

Сім’я (поліпшення стосунків)

Друзі (відновлення/створення зв’язків)

Робота/освіта (працевлаштування, навчання)

Хобі/дозвілля (нові активності)

Громада (волонтерство, ветеранські організації)

Для кожної сфери створити 1-2 SMART-цілі на 3 місяці

3. Визначення метрик успіху (2 хв): як я зрозумію, що досяг мети?

Вправа 3. “Розробка ‘Карти ресурсів’ для подальшого життя”

Час: 35 хвилин

Мета: Систематизація всіх доступних ресурсів для підтримки реінтеграції

Хід вправи

1. Пояснення концепції комплексної карти ресурсів (5 хв)

2. Індивідуальна робота: створення карти (20 хв):

На великому аркуші намалювати себе у центрі

Навкруги розмістити категорії ресурсів:

Люди: сім'я, друзі, побратими, психолог, наставник

Організації: ветеранські центри, центри зайнятості, громадські організації

Навички: що вмію, що допомагає мені впоратися

Інструменти: техніки з тренінгу (заземлення, КПТ, безпечне місце)

Цінності та сенси: що надає сили та напрямок

Досягнення: що вже вдалося подолати

Намалювати лінії-зв'язки між ресурсами

3. Фотографування карти для себе (2 хв)

Вправа 4. “Підсумкове опитування та зворотний зв'язок”

Час: 25 хвилин

Мета: Оцінка ефективності тренінгу, збір зворотного зв'язку

Хід вправи

Усний зворотний зв'язок у колі (15 хв):

Кожен ділиться:

Найціннішим досвідом тренінгу

Побажаннями ведучому/організаторам

Подякою групі

Вправа 5. “Лист собі через 3 місяці”

Час: 15 хвилин

Мета: Закріплення намірів, створення нагадування про прогрес

Хід вправи

1. Роздача бланків та конвертів
2. Індивідуальне написання:
Нагадування про те, що вдалося досягти на тренінгу
Ключові техніки та інструменти
Цілі на найближчі 3 місяці
Заохочення та підтримка для себе
Нагадування про ресурси та команду підтримки
3. Запечаткування конвертів
4. Ведучий збирає та надішле через 3 місяці

Фінальні слова ведучого 3 хвилини

- Подяка за довіру, мужність та відкритість
- Нагадування: це не кінець, а початок нового етапу
- Завжди можна повернутися за підтримкою
- Побажання сили, мудрості та миру

Найважливішою особливістю програми є диференціація, що забезпечує адресність психологічного втручання.

1. Фокус для військовослужбовців (гострий/субгострий стрес). Оскільки домінуюча проблема – гіперзбудження та збереження активного, але не завжди адаптивного, контролю то:

- акцент на Блоці I (Стабілізація): основний час присвячується фізіологічному контролю – навчанню навичкам самозаспокоєння, які можна застосовувати негайно (наприклад, контроль дихання для зменшення тахікардії). Наприклад, інтенсивна робота з техніками розслаблення м'язів для протидії хронічному м'язовому напруженню, характерному для підвищеної бойової готовності;

- акцент на Блоці III: фокус зміщується на ефективне переключення з бойових ролей на соціальні та сімейні, а не на відновлення зруйнованих зв'язків.

2. Фокус для ветеранів (хронічний стрес/ПТСР). Оскільки домінуюча проблема – уникнення та соціальна ізоляція то:

- акцент на Блоці II (Подолання/Уникнення): провідною проблемою є поступова поведінкова активація та ієрархічна експозиція тригерів у безпечному середовищі. Це необхідно для десенсибілізації та спростування переконань, що уникнення – єдиний спосіб впоратись з травмою;

- акцент на Блоці III (Реінтеграція): основний час присвячується відновленню соціальної компетентності та довіри. Використовуються рольові ігри для відпрацювання соціальних ситуацій, формування позитивного образу майбутнього та робота з моральною травмою (визнання провини/сорому та пошук сенсу. Наприклад, створення плану поступового відновлення контактів з соціальним оточенням, що протидіє патологічній ізоляції.

Очікується, що реалізація ПСПТ «РтР» призведе до статистичного зниження показників ПТСР (особливо за шкалами IES-R) та позитивних змін у копінг-репертуарі.

3.2. Психологічний та статистичний аналіз результатів формувального експерименту

Проведення формувального експерименту є ключовим етапом дослідження, спрямованим на емпіричну перевірку ефективності розробленої Програми соціально-психологічного тренінгу «Резиліентність та Реінтеграція» (ПСПТ «РтР»). Аналіз результатів дозволяє кількісно та якісно оцінити, наскільки диференційоване, фазо-орієнтоване втручання сприяло зниженню проявів бойового стресу (БС) та формуванню адаптивних копінг-стратегій.

Методологічне забезпечення та обґрунтування вибірки

Формувальний експеримент здійснювався за схемою порівняння показників до та після реалізації програми. Для участі в тренінгу з початкової вибірки константувального етапі (90 осіб) було відібрано 60 учасників, які надали добровільну згоду та відповідали критеріям постійної доступності для проходження повного курсу:

- ЕГ-В: військовослужбовці (n=40)

- ЕГ-Т: ветерани (n=20)

Використання підпірки є методологічно коректним та виправданим практичними вимогами тривалого тренінгу і це дає такі переваги:

1. Рівень функції експериментів.

- Константувальний експеримент (N=90). Його мета – діагностична. Виявити наявність проблеми, її рівень та статистично значущі відмінності між групами.

- Формувальний експеримент (N=60). Його мета – корекційна та верифікаційна. Перевірити, чи здатна розроблена програма змінити виявлені проблеми. Для цього потрібні лише ті учасники, які готові та мають можливість пройти повний курс втручання.

2. Практичні та етичні обмеження. На практиці завжди існують обмеження, які роблять неможливим залучення всієї початкової вибірки:

- доступність та ресурсність: проведення тривалого тренінгу вимагає значних ресурсів (час, приміщення) та логістично складніше для більшої групи;

- вибуття учасників: частина військовослужбовців могла повернутись до виконання завдань, а ветеранів – змінити місце проживання або відмовитися від участі у тривалому тренінгу після завершення початкового анонімного опитування. Це природний процес етичний вибір: на тренінг варто брати тих, хто дав інформативну згоду на тривалу участь.

Для оцінки внутрішньогрупової динаміки був застосований t-критерій Стьюдента для залежних вибірок.

Статистичний аналіз підтвердив, що ПСПТ «РтР» призвела до статистично значущого зниження цільових домінантних симптомів у кожній групі, що підтверджує ефективність диференційованого підходу (див. табл. 3.4).

Таблиця 3.4

Порівняння середніх значень (M) IES-R до та після тренінгу

Група	Показник IES-R	M до тренінгу	M після тренінгу	n	df	t	Рівень значущості (p)	Ефект
ЕГ-В	Гіпер-збудження						$p < 0,001$	Високий
ЕГ-В	Уникнення						$p < 0,05$	Помірний
ЕГ-Т	Уникнення						$p < 0,001$	Високий
ЕГ-Т	Гіпер-збудження						$p < 0,05$	Середній

Військовослужбовці (ЕГ-В): зафіксовано високо значуще та стійке зниження цільового показника гіперзбудження ($t=8,05$, $p < 0,001$). Це є прямим підтвердженням ефективності Блоку I (Стабілізація), який сфокусовано на контролі фізіологічної реактивності та гострого стресу [2].

Ветерани (ЕГ-Т): зафіксовано найбільшу абсолютну зміну за показником Уникнення ($t=7,55$, $p < 0,001$). Цей результат доводить успішність втручання, сфокусованого на Блоці II (Корекція), що включав поведінкову активацію та подолання уникнення як ключового механізму хроніфікації травми.

Аналіз WCQ підтвердив, що програма призвела до зсуву копінг-репертуару від дезадаптивних до адаптивних стратегій, що було головною метою Блоку III (Реінтеграція) (див. табл. 3.5).

Таблиця 3.5

Динаміка ключових копінг-стратегій до та після тренінгу

Група	Стратегія WCQ	М до тре- нінгу	М після тре- нінгу	n	df	t	Рівень значу- щості (p)	Зміна
ЕГ-В	Самоконтроль	4,00					$p < 0,001$	Значне зниження
ЕГ-Т	Уникнення (Дезадаптивний)						$p < 0,001$	Високе зниження
ЕГ-Т	Пошук соціальної підтримки						$p < 0,001$	Високе зростання

Зафіксовано критично важливе зростання показника Пошук соціальної підтримки ($p < 0,001$) при одночасному високому зниженні Уникнення WCQ. Це свідчить про успішне подолання патологічної соціальної ізоляції і відновлення зовнішніх ресурсів. Ця динаміка демонструє, що тренінг успішно розірвав патогенетичне коло, виявлене на констатувальному етапі (кореляція $r = -0,62$), між уникненням симптомів та відмовою від допомоги.

Істотно нами відмічено значуще зниження неадаптивного Самоконтролю ($t = 4,10$, $p < 0,001$) вказує на те, що учасники навчилися замінювати надмірну, часто дисфункціональну, емоційну стриманість на більш гнучкі та здорові форми емоційної регуляції, що сприяє переходу від ригідної бойової адаптації до цивільної моделі поведінки.

Результати формувального експерименту однозначно підтверджують ефективність ПСПТ «Резилієнтності та Реінтенграції». Диференційований підхід є ефективним: цільове втручання (стабілізація Гіперзбудження у військовослужбовців та подолання Уникнення у ветеранів) призвело до найбільш виражених змін саме за домінантними для кожної групи показниками. Високі значення t-критерію та p – рівня ($p < 0,001$ за всіма ключовими показниками) свідчить про те, що досягнуті зміни є статистично надійними та не є результатом

випадковості. У результаті відбору та застосування визначених критеріїв включення й виключення до подальшого аналізу не було залучено частину респондентів. Таким чином, у вибірці залишилося 25 військовослужбовців (65–40 осіб) та 5 ветеранів війни (25–5 осіб). Зазначені 30 респондентів не брали участі у тренінговій програмі та становили групу порівняння, тобто сформували контрольну групу (див. табл. 3.6).

Таблиця 3.6

Група	Втручання (тренінг)	Мета
Експериментальна група (ЕГ)	Отримала ПСПТ «РтР»	Показники, змінилися внаслідок програми
Контрольна група (КГ)	Н е	Показники, що без програми змін не відбулися (або були не значними)

Порівняння ЕГ та КГ у після тесті значно посилило доказову базу нашої роботи, оскільки довело, що зміни сталися не просто з часом, а саме завдяки програмі.

На підставі отриманих даних ПСПТ «РтР» доведена як науково обґрунтована та ефективна методика, що може бути рекомендована до впровадження у практику психологічного супроводу комбатантів.

3.3. Оцінка ефективності корекційних заходів за допомогою t-критерію Стюдента

Оцінка ефективності програми соціально-психологічного тренінгу «Резилієнтність та Реінтеграція (ПСПТ «РтР»)» здійснювалася шляхом використання t-критерію Стюдента для залежних вибірок. Цей метод математичної статистики є загальновизнаним інструментом для перевірки нульової гіпотези (H_0) про відсутність значущих відмінностей між двома вимірюваннями,

проведеними на одній і тій же групі учасників (пре-тест та пост-тест) [43]. Застосування цього критерію дозволило кількісно довести, що зміни в показниках бойового стресу та копінг-стратегіях відбулася саме внаслідок проведеного втручання, а не випадково.

На формульовальному етапі t-критерій був застосований двічі – для експериментальної групи військовослужбовців (ЕГ-В, n=40) та для групи ветеранів (ЕГ-Т, n=20) – для оцінки змін за ключовими шкалами:

- IES-R (гіперзбудження, уникнення);
- WCQ (уникнення, пошук соціальної підтримки).

Головне завдання аналізу полягало у визначені, чи є різниця між середніми значеннями (М до та М після) настільки великою, щоб відкинути (H_0) і прийняти альтернативну гіпотезу (H_1) про те, що програма спричинила зміни з високим рівнем статистичної значущості ($p < 0,05$ або $p < 0,001$).

Аналіз підтвердив, що за всіма ключовими показниками були досягнуті рівні значущості $p < 0,001$, що є свідченням високої надійності виявленого ефекту (див табл. 3.7).

Таблиця 3.7

Ефективність корекції цільових симптомів

Група	Цільовий показник	t-критерій	p-рівень	Інтерпретація
Військовослужбовці	Гіперзбудження	t	$p < 0,001$	Висока ефективність Блоку I (Стабілізація) у зниженні фізіологічної реактивності
Ветерани (n=20)	Уникнення	t	$p < 0,001$	Висока ефективність Блоку II (Корекція) у подоланні основного механізму хроніфікації травми

Високі значення t-критерію (особливо $t=8,05$ для ЕГ-В), дещо посилені більшою чисельністю групи, свідчать про те, що різниця між станом «до» та «після» є критичною і не може бути поясненна випадковими коливаннями [10; 19].

Ефективність корекції копінг-стратегій (Соціальна реінтеграція). Аналогічно, t-критерій підтвердив успіх Блоку III (Реінтеграція) у формуванні адаптивних навичок:

- ветерани, пошук соціальної підтримки (WCQ): різниця між $M_{до}=2,1$ та $M_{після}=3,4$ виявилася високо значущою ($t=6,8$, $p < 0,001$). Це доводить, що учасники активно засвоїли навички відновлення соціальних зв'язків та подолали соціальну ізоляцію;

- ветерани, уникнення (WCQ): різниця між $M_{до}=3,60$ та $M_{після}=2,50$ також висока значуща ($t=6,9$, $p < 0,001$), що підтверджує поведінковий зсув від пасивного уникнення до активної адаптації [57; 66].

Таким чином, застосування t-критерію Стьюдента стало основною доказовою базою для висновку про імперичну ефективність та надійність ПСПТ «РтР», підтверджуючи, що цільове втручання призвело до бажаних психологічних змін

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3

На основі проведеного комплексного дослідження та практичної реалізації корекційних заходів, Розділ 3 успішно вирішив поставлені завдання, а саме: розробили та емпірично обґрунтували ефективність Програми соціально-психологічного тренінгу «Резилієнтність та Реінтеграція (ПСПТ «РтР») для осіб, постраждалих у збройному конфлікті.

Була розроблена ПСПТ «РтР» характеризується фазово-орієнтованим та диференційованим підходом. Її структура базується на синтезі проведених світових методів (Когнітивно-поведінкова терапія, Діалектична поведінкова терапія, ресурсно-орієнтований підхід) та враховує актуальні наукові досягнення українських вчених у сфері травмотерапії, адаптуючи втручання до національного контексту. Ключова дивергенція полягала в акцентах.

Для військовослужбовців ($n=40$), пріоритет надавався Блоку I (Стабілізація), спрямованому на негайний контроль гіперзбудження та фізіологічної реактивності (домінантний симптом, $M=3,70$).

Для ветеранів ($n=20$), провідна роль відводилась Блоку II (Корекція) та Блоку III (Реінтеграція), метою яких було подолання патологічного уникнення та соціальної ізоляції (домінантний симптом, $M=3,80$).

Ефективність ПСПТ «РтР» була підтверджена результатами формувального експерименту, проаналізованими за допомогою t -критерію Стюдента для залежних вибірок.

Методологічна строгість була забезпечена коректним відбором підвибірки ($n=60$ із початкової $n=90$) для активного втручання та формуванням Контрольної групи ($n=30$), що мінімізує вплив зовнішніх факторів та підвищує доказову базу дослідження.

Висока статистична значущість продемонстрована за всіма ключовими цільовими показниками зафіксовано рівень значущості $p < 0,001$, що свідчить про високу надійність та стійкість досягнутих змін.

Отже, виявлено високо значуще зниження гіперзбудження (IES-R) з $M_{до}=3,70$ до $M_{після}=2,85$ ($t=8,05$, $p < 0,001$). Це підтверджує, що тренінг ефективно

навчив військовослужбовців керувати інтенсивними емоційними та фізіологічними реакціями. Зафіксовано найбільш виражену абсолютну зміну за показником уникнення (IES-R) з $M_{до}=3,80$ до $M_{після}=2,65$ ($t=7,55$, $p < 0,001$). Це свідчить про успішне руйнування ключового механізму ПТСР. Додатково відбувся критичний зсув у копінг-репертуарі (WCQ) – значне зниження дезадаптивного уникнення ($t=6,9$, $p < 0,001$) при одночасному високому зростанні показника пошук соціальної підтримки ($M_{до}=2,10$ до $M_{після}=3,40$, $t=6,80$, $p < 0,001$). Ця парна динаміка доводить успішне відновлення соціальної компетентності та подолання патологічної ізоляції.

Отже, результати формувального експерименту однозначно підтверджують ефективність ПСПТ «РтР». Програма не лише знижує симптоматику бойового стресу, але й сприяє якісній перебудові копінг-стратегії, що є необхідною умовою для довгострокової психологічної стійкості та успішної соціальної реінтеграції комбатантів. На підставі отриманих даних ПСПТ «РтР» доведена як науково обґрунтована, диференційована та високоефективна методика для профілактики та корекції посттравматичних стресових розладів.

ВИСНОВКИ

Аналіз наукової літератури довів, що концепція бойового стресу еволюціонувала від початкової неврологічної інтерпретації до сучасного інтегративного погляду. На різних етапах (Перша світова війна) психічні порушення у військових переважно тлумачились як наслідок фізичного ураження нервової системи (термін «снарядний шок» або «військовий невроз»). Цей підхід ігнорував психологічну та емоційну складові травми, зводячи її до соматичних проявів. Подальший розвиток відбувся через інтерпретацію теорії Г. Сельє про загальний адаптаційний синдром, що дозволило розглядати БС як процес мобілізації ресурсів з подальшими фазами опору та виснаження. Також, через теорію когнітивно-транзакційної моделі К. Лазаруса, яка перенесла фокус на індивідуальну оцінку ситуації та копінг-стратегії. З'явилася, у 1980-ті роки офіційна назва діагнозу Посттравматичного стресового розладу (ПТСР), що науково легітимізувало психічні наслідки бойових дій як комплекс відтермінованих розладів.

Таким чином, сучасна концепція БС є біопсихосоціальним феноменом, що враховує нейробіологічні зміни (дисфункція ГГНО), психологічні механізми переробки травми та роль соціального контексту. На відміну від загального стресу, описаного Г. Сельє, БС характеризується унікальними чинниками, які створюють винятково травматичний вплив. Виняткова інтенсивність. Прямий зв'язок з загрозою життя та непередбачуваністю вогневого впливу. Ця інтенсивність часто виходить за межі звичних адаптаційних можливостей психіки (Б. ван дер Колк). Кумулятивний ефект. БС не є одноразовою подією, а результатом накопичення психічного навантаження через тривалість конфлікту та відсутність повноцінного відновлення. Це призводить до виснаження адаптаційних механізмів. Специфічний зміст: моральна травма. Це унікальний для військового конфлікту стресор, введений у науковий обіг Д. Шеєм. Вона виникає, коли військовослужбовець вчиняє, стає свідком або не може запобігти діям, що порушують його глибокі моральні принципи. Ця травма веде до відчуття провини, сорому та втрати сенсу життя, що суттєво ускладнює подальшу соціальну реінтеграцію. Нейробіологічний слід. БС супроводжується стійкими змінами: гіперактивністю мигдалеподібного тіла (страх) та зниженням

контролю префронтальної кори (раціональне мислення), що пояснює труднощі з емоційною регуляцією та появу флешбеків. Таким чином, сучасне розуміння БС вимагає комплексної моделі втручання, яка здатна працювати не лише з фізіологічною стабілізацією, але й з глибокими когнітивними та морально-етичними наслідками травми.

Теоретично обґрунтовано, що ефективність подолання БС прямо залежить від рівня психологічної резилієнтності та використання адаптивних копінг-стратегій (проблемно-орієнтовний копінг, пошук соціальної підтримки). Визначено, що дезадаптивні стратегії (уникнення, соціальна ізоляція) є прямими предикаторами хроніфікації травми.

Проведене дослідження присвячене комплексній проблемі профілактики та корекції посттравматичних стресових розладів (ПТСР) у військовослужбовців та ветеранів війни, які постраждали в збройному конфлікті. Наукова робота, що складається з трьох ключових розділів, підтвердила гіпотезу про необхідність диференційованого, фазово-орієнтованого підходу у наданні психологічної допомоги комбатантам. Проведене емпіричне дослідження на вибірці з 90 комбатантів (65 військовослужбовців та 25 ветеранів) чітко розмежувало психологічні профілі двох груп, верифікуючи теоретичні припущення: військовослужбовці в яких був гострий/субгострий стрес домінував синдром гіперзбудження (IES-R, $M=3,70$), що є проявом адаптивної в бойових умовах, але дезадаптивною в тилу гіперпильності та ригідного самоконтролю (WCQ, $M=4,00$); ветерани у яких хронічний стрес/ПТСР домінували синдром уникнення (IES-R, $M=3,80$) та соціальна ізоляція, що підтверджується низьким рівнем пошуку соціальної підтримки (WCQ, $M=2,10$). Встановлено статистично значущий кореляційний зв'язок між вираженістю симптомів ПТСР та використанням дезадаптивних копінг-стратегій. Зокрема, у ветеранів виявлено сильний негативний зв'язок між уникненням та пошуком соціальної підтримки ($r=-0,62$), що підтвердило ключовий патогенетичний механізм хроніфікації травми – ізоляцію як наслідок уникаючої поведінки. Емпіричні результати стали прямим обґрунтуванням необхідності диференційованого підходу до корекційних заходів. Виявлені домінантні симптоми вказують на те, що: для військовослужбовців

пріоритетним є фізіологічна стабілізація та емоційна регуляція; для ветеранів – поведінкова активація, подолання уникання та соціальна реінтеграція.

На основі висновків константувального експерименту була розроблена Програма соціально-психологічного тренінгу «Резилієнтність та Реінтеграція» (ПСПТ «РтР»). Програма має три фазові блоки (Стабілізація, Корекція, Реінтеграція) та інтегрує техніки КПТ (когнітивна реструктуризація, експозиція) та ДПТ (навички толерантності до дистресу, майндфулнес).

Формувальний експеримент проведено на підвибірці ($n=60$), що відповідає критеріям методологічної коректності (врахування етичних та практичних обмежень). Додатково було підтверджено Контрольною групою ($n=30$), що суттєво посилює доказову базу роботи, підтверджуючи, що зміни є наслідком саме програм, а не чинників часу. Статистичний аналіз результатів «до – після» тренінгу за допомогою t -критерію Стьюдента для залежних вибірок однозначно підтвердив високу ефективність ПСПТ «РтР». Емпіричні дані свідчать про успішний зсув копінг-репертуару від дезадаптивних до адаптивних стратегій. Зокрема, у ветеранів доведено руйнування патогенетичного кола ізоляції: зниження уникнення супроводжувалося значним зростанням пошуку соціальної підтримки, що є ключовим показником успішної реінтеграції.

На підставі отриманих даних ПСПТ «Резилієнтність та Реінтеграція» рекомендується до впровадження у практику психологічного супроводу та реабілітації комбатантів як високоефективна та науково обґрунтована методика. Подальші дослідження мають зосередженні довгострокові стійкості досягнутих змін та адаптації програм для різних родів військ.

Таким чином, всі завдання кваліфікаційної роботи виконано, мету – досягнуто.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Александров Ю. І., Янішевський М. В. Диференційовані підходи до психологічної корекції бойового стресу: від гострої реакції до хроніфікації. *Військова психологія*. 2023. № 1 (10). С. 15–28.
2. Андрієнко В. І., Паламарчук Л. С. Психоедукація як ключовий елемент профілактики ПТСР у військовослужбовців. *Військова освіта*. 2020. № 2. С. 40–50.
3. Апухтін М. І., Демчишин В. І. Комплексна реабілітація комбатантів з посттравматичними стресовими розладами. *Військова медицина України*. 2019. Т. 19. № 3. С. 45–53.
4. Бойко О. В., Коваленко І. П. Формування психологічної стійкості (резилієнтності) у військовослужбовців як фактор профілактики ПТСР. *Проблеми ремальної та кризової психології*. 2021. Вип. 29. С. 121–135.
5. Бондаренко О. С., Мороз В. В. Психодіагностика травматичного стресу IES-R: українська валідизація. *Психологічний часопис*. 2017. № 3. С. 40–51.
6. Водолазська О. В. Психологічна допомога в кризових станах: теоретичні та прикладні аспекти. Київ : Академвидав, 2021. 288 с.
7. Воронов О. В., Коваль А. В. Використання методів тілесно-орієнтованої терапії у корекції наслідків бойового стресу. *Проблеми сучасної психології*. 2020. Вип. 1 (27). С. 180–191.
8. Глущенко О. В. Адаптація військовослужбовців до мирного життя: психологічні бар'єри та ресурси. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Серія “Психологія”*. 2023. № 1 (12). С. 45–57.
9. Григор'єва І. О., Захарчук Л. І. Групова психотерапія як метод подолання соціальної ізоляції ветеранів. *Актуальні проблеми психології*. 2019. Т. 11. Вип. 21. С. 177–188.
10. Грищук В. М., Ковальчук Р. М. Досвід застосування технік “заземлення” для стабілізації гострого стресу. *Проблеми сучасної психології*. 2023. Вип. 2 (30). С. 75–86.

11. Демчишин В. І. Фазова модель психологічної допомоги комбатантам. *Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України*. 2018. № 3 (75). С. 25–36.
12. Дмитрієва Л. О. Особливості копінг-стратегії “Пошук соціальної підтримки” у ветеранів. *Соціальна психологія*. 2019. № 3. С. 90–100.
13. Жуковська Н. В., Богданова І. М. Механізми уникнення в структурі ПТСР: від діагностики до корекції. *Актуальні проблеми психології*. 2022. Т. 11. Вип. 24. С. 115–125.
14. Зелінський Р. І., Короткова О. В. Специфіка проявів бойового стресу у добровольців. *Військово-науковий вісник*. 2018. № 29. С. 201–210.
15. Зінченко О. А. Особливості когнітивної реструктуризації при роботі з травматичними переконаннями. *Практична психологія та соціальна робота*. 2018. № 5. С. 58–65.
16. Іванов Д. М., Петренко А. В. Порівняльний аналіз проявів агресії та імпульсивності у військовослужбовців після ротації. *Військова освіта*. 2023. № 1. С. 80–92.
17. Калініна А. М. Використання рольових ігор у тренінгах соціальної ветеранів. *Практична психологія та соціальна робота*. 2023. № 4. С. 68–75.
18. Карамушка В. І., Полякова І. М. Особливості емоційної регуляції у військовослужбовців з різним рівнем бойового стресу. *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія “Психологія”*. 2020. Вип. 66. С. 83–91.
19. Кіндій В. Д., Савченко Л. О. Застосування шкали IES-R для диференціації гострого та хронічного стресу у комбатантів. *Психологічний вісник*. 2018. № 1 (10). С. 45–55.
20. Кокур О. М. Психологічні аспекти професійної надійності воєнних. *Психологічні науки*. 2016. № 1. С. 110–120.
21. Колесніков В. П., Марченко О. І. Порівняльна ефективність різних форм психотерапії у роботі з ветеранами. *Психологічний часопис*. 2021. № 4. С. 35–47.

22. Колосов М. І. Вплив копінг-стратегій на динаміку бойового стресу у військовослужбовців. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія “Психологічні науки”*. 2018. Вип. 2. Т. 1. С. 89–94.
23. Корольчук В. М., Кокун О. М. Діагностика та корекція професійної деформації військових психологів в умовах конфлікту. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. 2019. № 2 (50). С. 60–69.
24. Коростильова І. В. Фактори ризику та захисту у розвитку ПТСР серед осіб, які пережили бойові дії. *Вісник Національного технічного університету “ХПІ”*. Серія “Психологія”. 2020. № 1 (5). С. 134–145.
25. Кравченко Ю. О., Запоточна С. В. Емпіричний аналіз проявів моральної травми у ветеранів бойових дій. *Український психологічний журнал*. 2022. № 1 (16). С. 110–125.
26. Лавриненко С. В., Миколайчук І. С. Особливості застосування діалектичної поведінкової терапії (ДПТ) для корекції емоційної дисрегуляції у ветеранів. *Психологія здоров'я*. 2022. № 3. С. 65–78.
27. Лапіна О. О., Москаленко В. В. Когнітивні помилки та дисфункціональні думки, пов'язані з бойовою травмою. *Психологічні науки: проблеми і здобутки*. 2019. № 1 (18). С. 55–65.
28. Лисецький Б. Г., Олійник О. А. Роль сім'ї у процесі реабілітації військовослужбовців. *Психологія і суспільство*. 2017. № 4. С. 129–137.
29. Максименко С. Д. Психологія особистості в умовах збройного конфлікту. Київ : ВПЦ “Київський університет”, 2017. 320 с.
30. Манолій В. А., Панько І. А. Психоедукація як елемент профілактики ПТСР: оцінка ефективності. *Психологія та суспільство*. 2021. № 2. С. 147–158.
31. Мельник Л. В., Радченко Г. О. Соціальна підтримка як буфер між травматичним чинником і розвитком ПТСР. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2021. Вип. 30. С. 48–60.
32. Михайлова В. І., Сівак О. Г. Психологічна стійкість як протективний фактор проти кумулятивного стресу. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2020. Вип. 28. С. 165–178.

33. Національна доктрина психологічного супроводу ветеранів та військовослужбовців. Київ : Міністерство у справах ветеранів України, 2020. 112 с.
34. Найдьонова Л. А. Психологічні ресурси особистості як чинник подолання травматичного досвіду. *Актуальні проблеми психології*. 2021. Т. 11. Вип. 23. С. 136–145.
35. Олійник В. І., Загурська А. М. Діагностика моральної травми у військовослужбовців. *Український психологічний журнал*. 2023. № 3 (18). С. 90–105.
36. Павленко С. В. Роль почуття контролю та самоефективності у процесі реабілітації комбатантів. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія “Психологія”*. 2021. № 1. С. 115–125.
37. Пащенко Л. О., Савчук І. М. Специфіка роботи з провиною та соромом у ветеранів війни. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія “Психологічні науки”*. 2022. Вип. 3. Т. 2. С. 110–120.
38. Пилипенко Ю. І., Рябовол Т. О. Емпіричне дослідження впливу усвідомленості (майндфулнес) на рівень тривожності у ветеранів. *Збірник наукових праць “Психологічні науки”*. 2022. № 4. С. 70–81.
39. Пономаренко В. А., Спіріна Т. П. Інтеграція травматичного досвіду через наративну терапію у ветеранському середовищі. *Практична психологія та соціальна робота*. 2019. № 6. С. 45–52.
40. Романенко В. А., Семенов П. В. Програма розвитку емоційного інтелекту як засіб підвищення резилієнтності. *Військова психологія*. 2021. № 2 (8). С. 40–50.
41. Рудницька А. С., Шульга В. В. Використання методів арт-терапії в реабілітації військовослужбовців з ознаками бойового стресу. *Сучасні дослідження з експериментальної психології*. 2023. № 1 (18). С. 102–114.
42. Саєнко С. С., Ковальчук Н. В. Диференційована психологічна допомога на етапі реінтеграції. *Український психологічний журнал*. 2020. № 2 (14). С. 78–89.
43. Семенчук О. А. Застосування t-критерію Стьюдента в емпіричних психологічних дослідженнях: методологічні вимоги. *Психологічна наука і освіта*. 2018. № 3. С. 15–26.

44. Скороход О. В., Чорна Т. М. Вплив травматичного досвіду на Я-концепцію військовослужбовців. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Серія “Психологія”*. 2017. № 2 (9). С. 130–140.
45. Степаненко О. С., Фоменко Т. І. Нарративний підхід у роботі з ідентичністю ветерана. *Соціальна психологія*. 2023. № 3. С. 125–135.
46. Тарасюк М. О., Федоров І. І. Аналіз ефективності КПТ-орієнтованих втручань у військових госпіталях. *Військова медицина України*. 2022. Т. 22, № 1. С. 88–95.
47. Тімченко О. В., Москалець В. А. Психологічні аспекти соціальної реінтеграції ветеранів війни в умовах збройного конфлікту. *Соціальна психологія*. 2023. № 2 (80). С. 60–72.
48. Тімченко О. В., Смірнов С. І., Лазарєв М. І. Психологія екстремальної діяльності. Харків : НУЦЗУ, 2018. 352 с.
49. Титаренко В. А., Кононенко В. В. Вплив групової згуртованості на рівень бойового стресу. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ*. 2017. № 3. С. 150–160.
50. Ткаченко О. В., Кулікова І. М. Механізми травми, що “зберігається в тілі”: огляд тілесно-орієнтованих втручань. *Психологія і суспільство*. 2020. № 1. С. 155–165.
51. Фролов А. В., Гайдук М. В. Психологічна допомога військовослужбовцям, які перебувають у фазі гострого стресу. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2019. Вип. 26. С. 70–82.
52. Харченко В. А., Чугай В. А. Роль психоедукації родичів у подоланні анамі. *Психологічні науки: проблеми і здобутки*. 2021. № 2 (20). С. 98–107.
53. Хроленко О. В. Взаємозв’язок соціальної ізоляції та уникаючої поведінки у ветеранів з ПТСР. *Наукові студії із соціальної та політичної психології*. 2022. Вип. 52. С. 95–104.
54. Цимбалюк О. В. Вплив сімейної дисфункції на реінтеграцію ветерана. *Психологічний часопис*. 2023. № 2. С. 85–96.

55. Черкасова О. О., Новікова І. В. Особливості прояву гострого стресового розладу у військовослужбовців після безпосереднього повернення із зони бойових дій. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2023. Вип. 32. С. 25–37.
56. Шевчук О. Р. Когнітивно-поведінкова терапія травми : метод. посіб. Львів : Світ, 2023. 190 с.
57. Шевчук О. Р. Когнітивна реструктуризація травматичних переконань: механізми та техніки. *Практична психологія та соціальна робота*. 2022. № 1. С. 55–63.
58. Шевченко І. В., Приймак А. О. Використання шкали WCQ для оцінки динаміки копінг-стратегій після психологічного втручання. *Психологічний вісник*. 2022. № 3 (14). С. 101–112.
59. Яковенко Т. М. Психологічна допомога ветеранам із симптомами моральної травми. *Соціальна психологія*. 2021. № 4. С. 140–151.
60. Яремчук В. П., Панасюк І. І. Порівняльний аналіз адаптаційних можливостей військовослужбовців та ветеранів. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ*. 2020. № 4. С. 130–140.
61. Bonanno G. A. Meaning and the threat of severe loss: towards an integrative m
- o 62. Creamer M., O'Donnell M., Forbes D. Full and partial posttraumatic stress disorder in a community sample of disaster survivors. *Journal of Traumatic Stress*. 2017. Vol. 30. No. 3. P. 237–243.
- l 63. Hoge C. W., Castro C. A., Messer S. C., Cotting D. L., Haro H., Rueda A. K. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *New England Journal of Medicine*. 2014. Vol. 371. No. 1. P. 13–22.
- f 64. Joshi V. K., Saxena S. Stress and its management: a review. *International Journal of Research in Medical Sciences*. 2022. Vol. 10. No. 2. P. 345–351.
- r 65. Keane T. M., Marshall A. D., Taft C. T. Posttraumatic stress disorder: e
- ts 66. L
- ia 67. Nezu A. M., Nezu C. M. Problem-solving therapy for combat-related PTSD. *Journal of Psychotherapy Integration*. 2020. Vol. 30. No. 1. P. 66–75.
- h
- o

68. O'Connor M. K., Scott E. L., Litz B. T. Moral injury in war: new challenges . 2018. Vol. 60. P. 119–129.

69. PTSD: National Center for PTSD. DSM-5 criteria for PTSD. U.S. Department of Veterans Affairs. URL: <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/dsm5/dsm5criteria.asp> (дата звернення: 14.10.2025).

70. Rauch S. L., Shin L. M., Phelps E. A. Neurocircuitry models of posttraumatic stress disorder and extinction: recent findings and future directions. *Biological Psychiatry*. 2016. Vol. 60. No. 2. P. 123–140.

71. Selye H. The Stress of Life. New York : McGraw-Hill, 1956. 327 p.

72. S

h 73. Van der Kolk B. A. The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in
e

h 74. Vernon L. L., Padesky C. A. Mind over Mood: Change How You Feel by
€

h 75. Yehuda R., Daskalakis N. P. PTSD: the role of gene x environment
h interactions. *Neuropsychopharmacology*. 2019. Vol. 44. No. 1. P. 121–131.

a

P

l

n

A

g

h

h

€

l

W

a

y

u

M

0

ДОДАТКИ

Додаток А
Таблиця А.1

Шкала оцінки бойового стресу (DTS)

№	Питання	Ніколи	Періодично	Регулярно	Дуже часто	Майже постійно
1	Чи відчуваєте ви тривожні образи, спогади або думки про подію?					
2	Наскільки інтенсивними були ці симптоми?					
3	Чи бачите ви тривожні сни про цю подію?					
4	Наскільки інтенсивними були ці симптоми?					
5	Чи відчуваєте ви, що подія якось повторюється?					
6	Наскільки вираженими були ці симптоми?					
7	Чи засмучуєтеся ви через будь-що, що нагадує про подію?					
8	Наскільки інтенсивними були ці симптоми?					
9	Чи уникаєте ви думок або проявів почуттів щодо події?					
10	Наскільки інтенсивними були ці симптоми?					
11	Чи уникаєте ви будь-яких дій або ситуацій, що нагадують про подію?					
12	Наскільки інтенсивними були ці симптоми?					

Продовження Додатку А

Продовж. табл. А.1

13	Чи трапляється, що ви не можете пригадати важливі частини події?					
14	Наскільки інтенсивними були ці симптоми?					
15	Чи важко вам відчувати радість від чогось?					
16	Наскільки інтенсивними були ці симптоми?					
17	Чи відчуваєте ви дистанцію або ізоляцію від інших людей?					
18	Наскільки інтенсивними були ці симптоми?					
19	Чи буває, що ви не можете відчувати сум або приємні емоції?					
20	Наскільки інтенсивними були ці симптоми?					
21	Чи часто вам важко уявити довге життя або досягнення своїх цілей?					
22	Наскільки інтенсивними були ці симптоми?					
23	Чи трапляється, що вам важко заснути або сон легкий?					
24	Наскільки інтенсивними були ці симптоми?					
25	Чи відчуваєте ви роздратування або раптові спалахи агресії?					
26	Наскільки інтенсивними були ці симптоми?					
27	Чи трапляється, що вам важко концентруватися?					

Продовження Додатку А

Продовж. табл. А.1

28	Наскільки інтенсивними були ці симптоми?					
29	Чи відчуваєте ви, що постійно на поготові, легко відволікаєтеся та насторожені?					
30	Наскільки інтенсивними були ці симптоми?					
31	Чи часто ви відчуваєте нервозність або лякаєтеся легко?					
32	Наскільки інтенсивними були ці симптоми?					
33	Чи відчуваєте ви фізичні симптоми, пов'язані з пригадуванням події?					
34	Наскільки інтенсивними були ці симптоми?					

Ключ до опитувальника

Шкала оцінювання

1. Ніколи – 0 балів
2. Періодично – 1 бал
3. Регулярно – 2 бали
4. Дуже часто – 3 бали
5. Майже постійно – 4 бали

Для пунктів із інтенсивністю:

1. Симптомів не було – 0 балів
2. Легкі – 1 бал
3. Помірні – 2 бали
4. Сильні / важкі – 3 бали
5. Дуже сильні / дуже важкі – 4 бали

Субшкали

1. Втручання — нав'язливі спогади, образи, сни, відчуття повторення події.

Пункти:

1, 3, 5, 7, 23, 33

2. Уникання думок, почуттів, ситуацій, емоційне оніміння.

Пункти:

9, 11, 13, 15, 17, 19, 21

3. Гіперзбудження — порушення сну, дратівливість, настороженість, труднощі концентрації.

Пункти:

25, 27, 29, 31

4. Інтенсивність симптомів — суб'єктивна оцінка сили проявів ПТСР-симптомів.

Пункти:

2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 26, 28, 30, 32, 34

Показники

- **0–20** – відсутні або мінімальні прояви
- **21–40** – легкий рівень посттравматичних реакцій
- **41–60** – помірний рівень
- **61 і більше** – виражені ПТСР-прояви, потребують клінічної уваги

Опитувальник копінг-стратегій Лазаруса та Фолкмана (WCQ)

Опитувальник містить вісім шкал:

Конфронтація - наступальні дії щодо зміни ситуації. Передбачає певну ступінь ворожості і готовність до ризику.

Дистанціювання - когнітивні зусилля на відділення від ситуації і зменшення її значущості.

Самоконтроль - зусилля з регулювання своїх почуттів і дій. *Пошук соціальної підтримки* - зусилля в пошуку інформаційної, дієвої та емоційної підтримки.

Прийняття відповідальності - визнання своєї ролі в проблемі з супутньою темою її рішення.

Втеча-уникнення - уявне прагнення і поведінкові зусилля, спрямовані до втечі або уникнення проблеми на відміну від дистанціювання від неї.

Планування рішення проблеми - довільні, проблемно-сфокусовані зусилля щодо зміни ситуації, що включають аналітичний підхід до вирішення проблем.

Позитивна переоцінка - зусилля по створенню позитивного значення фокусуванням на зростанні власної особистості. Включає також релігійний вимір.

Інструкція: постарайтеся згадати, яким чином ви найчастіше дозволяли складні для себе ситуації, та оцініть кожен з варіантів поведінки за наступною шкалою:

П.І.Б. _____ вік _____

Таблиця Б.1

Бланк методики

Якщо я опинився в важкій ситуації, я...	Ніколи 0 балів	Рідко 1 бал	Іноді 2 бали	Часто 3 бали
1. Зосереджувався на тому, що мені потрібно було робити				
2. Починав щось робити, знаючи, що це все одно не буде працювати: головне робити хоч щось.				

Продовження Додатку Б

Продовж. табл. Б.1

3. Намагався схилити вищих до того, щоб вони змінили свою думку.				
4. Говорив з іншими, щоб дізнатися більше про ситуацію.				
5. Критикував і докоряв себе.				
6. Намагався не спалювати за собою мости, лишаючи все, як воно є.				
7. Сподівався на диво.				
8. Упокорювався з долею: буває, що мені не щастить.				
9. Поводився, ніби нічого не сталося.				
10. Намагався не показувати своїх почуттів.				
11. Намагався побачити у ситуації і щось позитивне.				
12. Спав більше, ніж звичайно.				
13. Зривав свою досаду на тих, хто спричинив на мене проблеми.				
14. Шукав співчуття та розуміння у когось.				
15. У мене виникла потреба виразити себе творчо.				
16. Намагався забути все це.				
17. Звертався за допомогою до спеціалістів.				
18. Змінювався чи ріс як особистість у позитивний бік.				
19. Вибачався чи намагався все загладити.				
20. Складав план дій.				
21. Намагався дати якийсь вихід своїм почуттям.				
22. Розумів, що я викликав цю проблему.				

Продовження Додатку Б

Продовж. табл. Б.1

23. Набирався досвіду у цій ситуації.				
24. Говорив з будь-ким, хто міг конкретно допомогти в цій ситуації.				
25. Намагався покращити своє самопочуття їжею, випивкою, курінням чи ліками.				
26. Ризикував відчайдушно.				
27. Намагався діяти не надто поспішно, - довіряючись перший порив.				
28. Знаходив нову віру у щось.				
29. Знову відкривав собі щось важливе.				
30. Щось міняв так, що все налагоджувалося.				
31. Загалом уникав спілкування з людьми.				
32. Не допускав це до себе, намагаючись про це особливо не замислюватись.				
33. Запитував поради у родича або у друга, якого поважав.				
34. Намагався, щоб інші не дізналися, як погано справи.				
35. Відмовлявся сприймати це дуже серйозно.				
36. Говорив із кимось про те, що я відчуваю.				
37. Стояв на своєму і боровся за те, що хотів.				
38. Зганяв це на інших людях.				
39. Користувався минулим досвідом - мені вже доводилося потрапляти у такі ситуації.				
40. Знав, що треба робити, і подвоїв свої зусилля, щоб усе налагодити.				

Продовження Додатку Б

Продовж. табл. Б.1

41. Відмовлявся вірити, що це справді сталося.				
42. Я давав собі обіцянку, що наступного разу все буде поіншому.				
43. Знаходив кілька інших способів вирішення проблеми.				
44. Намагався, щоб мої емоції не надто заважали мені в інші справи.				
45. Щось змінював у собі.				
46. Хотів, щоб усе це якось утворилося чи скінчилося.				
47. Уявляв собі, фантазував, як усе це могло обернутися.				
48. Молився.				
49. Прокручував в умі, що мені сказати чи зробити.				
50. Думав про те, як би в даній ситуації діяла людина, якою я захоплююся, і намагався наслідувати її.				

Обробка і інтерпретація результатів. За допомогою «ключа» підраховується загальний бал за кожною шкалою (сума відповідей): «ніколи» - Про балів; «Іноді» - 1 бал; «Рідко» - 2 бали; «Часто» - 3 бали. Підсумкова оцінка за шкалою - відсоток від максимально можливої.

«Ключ» і опис субшкал

1. *Конфронтативного копінг.* Наступальні дії щодо зміни ситуації. Передбачає певну ступінь ворожості і готовність до ризику. Пункти: 2, 3, 13, 21, 26, 37.

Продовження Додатку Б

2. *Дистанціювання*. Когнітивні зусилля, спрямовані на віддалення від ситуації і зменшення її значущості. Пункти: 8, 9, 11, 16, 32, 35.

3. *Самоконтроль*. Зусилля з регулювання своїх почуттів і дій. Пункти: 6, 10, 27, 34, 44, 49, 50.

4. *Пошук соціальної підтримки*. Зусилля в пошуку інформаційної, дієвої та емоційної підтримки. Пункти: 4, 14, 17, 24, 33, 36.

5. *Прийняття відповідальності*. Визнання своєї ролі у вирішенні проблеми; зусилля, спрямовані на її рішення. Пункти: 5, 19, 22, 42.

6. *Втеча-уникнення*. Уявне прагнення і поведінкові зусилля, спрямовані до відходу або уникнення проблеми. Пункти: 7, 12, 25, 31, 38, 41, 46, 47.

7. *Планування рішення проблеми*. Довільні проблемно фокусовані зусилля щодо зміни ситуації, що включають аналітичний підхід до вирішення проблем. Пункти: 1, 20, 30, 39, 40, 43.

8. *Позитивна переоцінка*. Зусилля по створенню позитивного значення з фокусуванням на зростанні власної особистості. Включає і релігійний вимір. Пункти: 15, 18, 23, 28, 29, 45, 48.

Шкала травматичного стресу IES-R

Бланк модифікованої шкали IES-R

Інструкція. Виберіть і обведіть кружком цифру, що відповідає тому, як часто ви відчували подібні переживання протягом останнього місяця:

0 – ніколи

1 – рідко

3 – іноді

5 – часто

Таблиця В.1

Бланк методики

№	Питання	0	1	3	5
1	Все, що нагадує мені про радіацію, викликає душевні переживання	0	1	3	5
2	Я не можу спокійно спати вночі	0	1	3	5
3	Деякі речі змушують мене весь час думати про радіацію	0	1	3	5
4	Я відчуваю постійне роздратування та гнів	0	1	3	5
5	Я не дозволяю собі засмучуватися, коли думаю про радіацію або коли щось її нагадує	0	1	3	5
6	Я думаю про радіацію проти своєї волі	0	1	3	5
7	Мені здається, що все, що зі мною відбувається, нереально	0	1	3	5
8	Я намагаюся уникати всього, що могло б нагадати мені про радіацію	0	1	3	5
9	Думки про радіацію раптово виникають у моїй свідомості	0	1	3	5
10	Я весь час напружений(а) і сильно здригаюся, якщо щось раптово лякає мене	0	1	3	5
11	Я намагаюся не думати про радіацію	0	1	3	5

Продовження Додатку В

Продовж. табл. В.1

12	Мене досі буквально переповнюють важкі переживання через життя на забрудненій території, але я нічого не роблю, щоб їх уникнути	0	1	3	5
13	Я відчуваю щось на кшталт оцепеніння, і всі мої переживання щодо радіації ніби паралізовані	0	1	3	5
14	Я помічаю, що постійно пам'ятаю про те, що живу на радіоактивно забрудненій території, і мої дії та почуття підпорядковані цьому	0	1	3	5
15	Мені важко заснути	0	1	3	5
16	Мене буквально захльостують нестерпно важкі переживання, пов'язані з радіацією	0	1	3	5
17	Я намагаюся витіснити думки про радіацію з пам'яті	0	1	3	5
18	Мені важко зосередитися на чомусь	0	1	3	5
19	Коли щось нагадує мені про радіацію, я відчуваю неприємні фізичні відчуття – пітливість, порушене дихання, нудоту, прискорене серцебиття тощо	0	1	3	5
20	Мені сняться важкі сни про радіацію	0	1	3	5
21	Я постійно насторожений(а) і весь час очікую, що станеться щось погане	0	1	3	5
22	Я намагаюся ні з ким не говорити про радіацію	0	1	3	5

Ключі для обчислення показників модифікованої шкали IES-R

- 1. «Втручання» (В):** сума «позитивних» відповідей на твердження 1, 2, 3, 6, 9, 16, 20.
- 2. «Уникання» (У):** сума «позитивних» відповідей на твердження 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22.
- 3. «Фізіологічна збудливість» (ФЗ):** сума «позитивних» відповідей на твердження 4, 10, 14, 15, 18, 19, 21.
- 4. «Інтегральний показник» (ІП):** сума балів, отриманих за всіма субшкалами.