

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ

факультет здоров'я людини
кафедра психології та соціології

А. С. Волков

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 ветеранам війни
щодо подолання наслідків бойового стресу»

Здобувач вищої освіти спеціальності 053 Психологія,
ОПП «Психологія», групи ПС-244зм

А.С.Волков

Керівник роботи: д. психол. н., професор

С. О. Гарькавець

Рецензент:

професорка кафедри педагогіки та психології
Харківського національного
університету внутрішніх справ України,
д. психол. н., проф.

Н. Е. Милорадова

2025

СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ

Факультет _____ здоров'я людини _____
 Кафедра _____ психології та соціології _____
 Освітній ступінь _____ магістр _____
 Спеціальність _____ 053 Психологія _____
 Освітньо-професійна програма _____ «Психологія» _____

ЗАТВЕРДЖУЮ
 Завідувачка кафедри
 психології та соціології
 Бохонкова Ю.О.

 “03” вересня 2025 року

ЗАВДАННЯ НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ

Волкова Андрія Сергійовича

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

Керівник роботи: С. О. Гарькавець – д. психол. н., проф., професор кафедри психології та соціології, затверджений наказом по університету від «02» вересня 2025 року, № 141/15.04

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

3. Вихідні дані до роботи: обсяг роботи – 101 сторінка (1,5 інтервал, 14 шрифт з дотриманням 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).

6. Консультанти розділів:

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
1.	Гарькавець С. О. – д. психол. н., проф., професор кафедри психології та соціології	04.09.2025 р.	16.10.2025 р.
2.	Гарькавець С. О. – д. психол. н., проф., професор кафедри психології та соціології	17.10.2025 р.	24.10.2025 р.
3.	Гарькавець С. О. – д. психол. н., проф., професор 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
1	Визначення проблеми, завдань дослідження та розроблення плану кваліфікаційної роботи.	04.09.2025 р. – 07.09.2025 р.	
2	Аналіз літератури за проблемою. Систематичний аналіз наукових джерел. Структурування огляду літератури. Робота над теоретичною частиною дослідження.	08.09.2025 р. – 16.10.2025 р.	
3	Узагальнення результатів констатувального експерименту.	17.10.2025 р. – 24.10.2025 р.	
4	Розробка та апробація програми соціально-психологічного тренінгу.	25.10.2025 р. – 31.10.2025 р.	
5	Обробка, графічне оформлення та психологічний аналіз результатів формуального експерименту та оцінка ефективності корекційних заходів.	01.11.2025 р. – 03.11.2025 р.	
6	Узагальнення наукових фактів, написання висновків за результатами проведення дослідження. Технічне оформлення роботи.	04.11.2025 р. – 08.12.2025 р.	
7	Попередній захист роботи	09.12.2025 р. – 10.12.2025 р.	
8	Представлення роботи на зовнішню рецензію.	11.12.2025 р. – 14.12.2025 р.	
9	Перевірка роботи на академічний плагіат.	15.12.2025 р. – 17.12.2025 р.	
10	Підготовка кваліфікаційної роботи до захисту.	18.12.2025 р. – 21.12.2025 р.	
11	Захист кваліфікаційної роботи.	22.12.2025 р. – 27.12.2025 р.	

Здобувач вищої освіти

Волков А.С.

Керівник роботи:

д. психол. н., проф.

Гарькавець С. О.

РЕФЕРАТ

Текст – 87 с., рис. – 8, табл. – 14, літератури – 80 дж., додатків – 5

В кваліфікаційній роботі представлено теоретично-методологічні основи вивчення психологічної допомоги військовослужбовцям та ветеранам війни щодо подолання наслідків бойового стресу.

Експериментально розглянуто психологічні особливості прояву впливу бойового стресу у чинних та колишніх військовослужбовців.

Проведено констатувальний та формувальний експерименти. На основі результатів констатувального експерименту розроблено й апробовано програму тренінгу, спрямованого на зменшення ознак пост-травматичного стресового розладу у чинних та колишніх військовослужбовців.

Оцінено ефективність корекційних заходів за допомогою кореляції Спірмена.

Ключові слова: ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІ, ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБАЛІТАЦІЯ, БОЙОВИЙ СТРЕС, КОПІНГ-СТРАТЕГІЇ, ДЕЗАДАПТАЦІЯ, ТЕРАПІЯ, ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД, БОЙОВА ПСИХІЧНА ТРАВМА, ГОСТРИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД, ПСИХОКОРЕКЦІЯ.

ABSTRACT

Volkov A. S. Psychological assistance to military servicemen and war veterans in overcoming the consequences of combat stress. – Qualification work. – Kyiv, 2025.

The qualification work presents the theoretical and methodological foundations for studying the psychological assistance to military servicemen and war veterans in overcoming the consequences of combat stress.

The psychological features of the manifestation of the impact of combat stress in active and former military personnel were experimentally examined.

Confirmatory and formative experiments were conducted. Based on the results of the confirmatory experiment, a training program was developed and tested, aimed at reducing the signs of post-traumatic stress disorder in active and former military personnel.

The effectiveness of corrective measures was assessed using Spearman correlation.

Key words: MILITARY SERVANTS, PSYCHOLOGICAL REHABILITATION, COMBAT STRESS, COPING STRATEGIES, DISADAPTATION, THERAPY, POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER, COMBAT MENTAL TRAUMA, ACUTE STRESS DISORDER, PSYCHOCORRECTION.

ЗМІСТ

ВСТУП	8
РОЗДІЛ 1. БОЙОВИЙ СТРЕС ЯК ПСИХОЛОГІЧНИЙ ФЕНОМЕН ТА ОСОБЛИВОСТІ ЙОГО ПОДОЛАННЯ	12
1.1. Теоретико-методологічні підходи закордонних і вітчизняних учених до проблеми бойового стресу та особливостей його подолання.....	12
1.2. Психологічні наслідки бойового стресу: депресивні та тривожні розлади, дезадаптація, ПТСР.....	19
1.3. Особливості реалізації сучасних психотерапевтичних практик щодо подолання наслідків бойового стресу військовослужбовців і ветеранів війни.	29
Висновки до розділу 1.....	44
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВІВ БОЙОВОГО СТРЕСУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ І ВЕТЕРАНІВ	45
2.1. Організація та хід дослідження	45
2.2. Реалізація констатувального експерименту.....	47
2.3. Аналіз результатів дослідження та їх інтерпретація.....	53
Висновки до розділу 2.....	63
РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА ПСИХОКОРЕКЦІЇ ЩОДО ПОДОЛАННЯ НАСЛІДКІВ БОЙОВОГО СТРЕСУ У ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ	65
3.1. Теоретичні засади побудови психокорекційної програми.....	65
3.2. Програма психокорекційних заходів щодо подолання наслідків бойового стресу.....	67
3.3. Перевірка ефективності реалізованих програмних заходів.....	70
Висновки до розділу 3.....	80
ВИСНОВКИ	82
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	84
ДОДАТКИ	93

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. В умовах четвертого року повномасштабної російсько-української війни проблема психологічної допомоги військовослужбовцям та ветеранам щодо подолання наслідків бойового стресу набуває критичної значущості. Тривала участь у бойових діях, постійна загроза життю, втрата бойових побратимів, розлука з родиною та жахливі умови війни залишають глибокий відбиток на психічному стані військовослужбовців. Наслідки бойового стресу проявляються у вигляді посттравматичного стресового розладу, депресивних і тривожних розладів, порушень адаптації, агресивності, зловживання психоактивними речовинами та навіть суїцидальних намірів.

Важливість дослідження обраної теми обумовлена нагальною потребою в ефективних методах психологічної реабілітації, які б сприяли якнайшвидшому відновленню психічного здоров'я військових, їхній успішній соціальній реінтеграції та покращенню якості життя після закінчення служби. Враховуючи масштаби війни, надання кваліфікованої психологічної допомоги є не лише індивідуальним, а й національним пріоритетом, що впливає на боєздатність армії, моральний дух суспільства та загальну психологічну стабільність держави.

З огляду на сучасні виклики військової психології, міжнародний досвід та українські реалії, психологічна допомога військовим має бути комплексною, індивідуалізованою та базуватися на науково обґрунтованих методах. Дослідження у цій сфері вже активно проводяться провідними науковцями та практиками в Україні та за кордоном.

Значний внесок у вивчення ПТСР та бойового стресу зробили такі відомі вчені, як А. Бек, Бессел ван дер Колк, Дж. Герман, К. Роджерс, В. Франкл та ін.

В Україні проблемою психологічної реабілітації військових займаються такі вчені та практики, як О. Чабан, С. Горбачов, Ю. Паєвська (Тайра), В. Волошин, О. Коробейніков та ін.

Українські психологи, які працюють із військовими, стикаються з викликами, що потребують нових адаптованих методів психотерапії. Використання арт-терапії, когнітивно-поведінкової терапії, групових методів підтримки, EMDR (десенсибілізація та репроцесуалізація рухами очей) та психофізіологічного відновлення в умовах постійного стресу є важливим напрямом наукових досліджень.

Таким чином, актуальність теми кваліфікаційної роботи визначається її важливістю у контексті сучасної війни, нагальністю впровадження ефективних психологічних методик та необхідністю глибшого наукового аналізу феномена бойового стресу. Здобуті знання сприятимуть розширенню професійних компетентностей майбутніх психологів, допоможуть їм брати активну участь у відновленні військових після бойових дій та сприяти їхній адаптації до мирного життя.

Об’єкт дослідження – бойовий стрес та подолання його наслідки.

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

Мета дослідження – обґрунтування та розробка ефективних психологічних методів допомоги військовослужбовцям та ветеранам війни для подолання наслідків бойового стресу.

Об’єкт дослідження – бойовий стрес і подолання його наслідків.

Предмет дослідження – психологічна допомога військовослужбовцям та ветеранам війни у подоланні наслідків бойового стресу.

Мета дослідження - виявлення, обґрунтування та розробка ефективних психологічних методів допомоги військовослужбовцям і ветеранам війни для подолання наслідків бойового стресу.

Досягнення мети дослідження передбачає вирішення таких **завдань**:

1. Проаналізувати основні теоретико-методологічні підходи до проблеми дослідження.
2. З'ясувати особливості реалізації сучасних психотерапевтичних практик щодо подолання наслідків бойового стресу військовослужбовців і ветеранів війни.
3. Емпірично дослідити прояви бойового стресу у військовослужбовців і ветеранів війни.
4. Розробити психокорекційну програму щодо надання психологічної допомоги військовослужбовцям і ветеранам війни у подоланні наслідків бойового стресу.
5. Перевірити ефективність реалізованих програмних заходів.

Теоретико-методологічними засадами дослідження виступили: теорія стресу та психологічної адаптації (Г. Сельє, Р. Лазарус, Л. Йонеску); концепція посттравматичного стресового розладу (ПТСР) (Дж. Герман, Б. ван дер Колк, М. Горовіц); когнітивно-поведінкова теорія подолання стресу (А. Бек, Д. Мейхенбаум, А. Елліс); теорія психологічного відновлення після травми (В. Франкл, Д. Болбі); методологія тілесно-орієнтованої терапії та соматичних підходів (П. Левін, А. Лоуен); системний підхід до реабілітації військових (К. Льюїс, Г. Келлі та ін.).

Методи дослідження.

- *теоретичні*: аналіз, систематизація та узагальнення наукової літератури;
- *емпіричні*: використання стандартизованих методик для оцінки рівня стресу, тривожності та симптомів ПТСР (шкала посттравматичного стресового розладу (PCL-5) (в адаптації Л.О. Герасименко, А. М. Скрипнікова, Р. І. Ісакова); опитувальник рівня стресу S. Cohen (в адаптації М. В. Тарабриної); шкала депресії Бека (BDI-II) (в адаптації в адаптації М. В. Тарабриної); шкала тривожності Спілбергера (в адаптації Ю. Л. Ханіна);

- *методи статистично-математичної обробки даних*: розраховувався коефіцієнт кореляції Спірмена. Статистична обробка даних здійснювалася за допомогою програмного забезпечення SPSS for Windows.

Наукова новизна дослідження:

– доповнено наукове уявлення про бойовий стрес – систематизація існуючих підходів до вивчення його психологічних наслідків та механізмів подолання;

– поглиблені теоретичні основи посттравматичного стресового розладу (ПТСР) – визначення ключових факторів, що впливають на розвиток та інтенсивність симптомів бойового стресу;

– розширене знання про ефективність різних психотерапевтичних методів – аналіз застосування когнітивно-поведінкової терапії, EMDR, тілесно-орієнтованих технік, групових методів підтримки у роботі з військовими.

Теоретичне значення дослідження полягає у поглибленні наукових уявлень про психологічну реабілітацію військовослужбовців через обґрунтування інтегративного підходу, який поєднує когнітивні, емоційні, тілесні та соціальні аспекти подолання бойового стресу.

Практичне значення результатів дослідження полягає у тому, що вони можуть бути використані в різних сферах психологічної допомоги військовослужбовцям та ветеранам війни. Результати дослідження можуть бути корисними для військових психологів, психотерапевтів, соціальних працівників, медичних фахівців, а також викладачів і здобувачів вищої освіти спеціальності «Психологія», оскільки сприятимуть підвищенню якості надання психологічної допомоги військовим і ветеранам, зниженню рівня їхнього бойового стресу та успішній реінтеграції у суспільство.

РОЗДІЛ 1. БОЙОВИЙ СТРЕС ЯК ПСИХОЛОГІЧНИЙ ФЕНОМЕН ТА ОСОБЛИВОСТІ ЙОГО ПОДОЛАННЯ

1.1. Теоретико-методологічні підходи закордонних і вітчизняних учених до проблеми бойового стресу та особливостей його подолання

Проблема бойового стресу є однією з ключових у сучасній військовій психології, оскільки вона тісно пов'язана з результативністю виконання бойових завдань, морально-психологічною стійкістю військових та їхньою подальшою соціальною адаптацією. У науковій літературі виокремлено низку теоретичних і методологічних підходів до дослідження феномену бойового стресу, які охоплюють різні рівні його розуміння - від фізіологічного до соціально-психологічного та екзистенційного [12, с. 16].

На фізіологічному рівні бойовий стрес проявляється як реакція організму на екстремальні умови, що супроводжується активацією симпатико-адреналової системи, підвищенням концентрації гормонів стресу (зокрема адреналіну та кортизолу) і змінами в роботі центральної нервової системи. Такі реакції мають адаптивний характер, проте у разі тривалого впливу бойових факторів вони можуть спричиняти виснаження ресурсів організму, порушення психофізіологічної рівноваги й розвиток посттравматичних розладів [17, с. 74-77].

З точки зору психології, дослідження бойового стресу зосереджені на механізмах сприйняття загрози, когнітивному осмисленні ситуації, емоційних реакціях, стратегічних методах подолання стресу та індивідуальних особливостях особистості військових. Ключову роль відіграють такі фактори, як рівень мотивації, попередній досвід, якість підготовки, згуртованість підрозділу й наявність соціальної підтримки [27, с. 23].

На соціально-психологічному рівні бойовий стрес розглядається не лише як чинник, що впливає на окрему людину, але також як явище, що формує групову динаміку, міжособистісні стосунки у військових колективах, рівень дисципліни та бойовий дух. Колективні прояви такого стресу можуть виражатися у вигляді зниження ефективності спільних дій, погіршення комунікації, виникнення конфліктів чи деморалізації.

Сучасні теоретично-методологічні підходи до вивчення стресу об'єднують як зарубіжні, так і вітчизняні концепції. Вони охоплюють різноманітні аспекти, від фізіологічних реакцій до соціокультурних факторів, надаючи комплексне бачення феномену стресу [28].

Біологічний (нейрофізіологічний) підхід став однією з перших спроб пояснити природу стресу. Такі дослідники, як Ганс Сельє, Уолтер Кеннон і Чарльз Шеррінгтон, заклали основи розуміння фізіологічних процесів у стресових станах. Концепція «загального адаптаційного синдрому» Сельє виділила три стадії розвитку стресу: тривогу, резистентність і виснаження. У свою чергу, Уолтер Кеннон ввів поняття «fight or flight» - виживальна реакція організму, що активує симпато-адреналову систему. Біологічний підхід сформував базу для створення психофізіологічних методів роботи зі стресом, навіть якщо не охоплює його психологічну складову [39, с. 88-92].

Когнітивно-поведінковий підхід акцентує увагу на когнітивному сприйнятті події. Робота Річарда Лазаруса показала, що стрес виникає не через саму ситуацію, а через те, як її оцінює індивід. Його модель когнітивної оцінки розрізняє первинну та вторинну оцінки загрози та власних ресурсів. У межах когнітивно-поведінкової терапії розроблені ефективні техніки: когнітивна переоцінка, саморегуляція поведінки, а також позитивна візуалізація. Такий підхід виявився надзвичайно ефективним у роботі з посттравматичними стресовими розладами [8, с. 25-35].

Психоаналітичний підхід базується на ідеях Зигмунда Фрейда та його послідовників. За цією моделлю, травматичний досвід може викликати

внутрішні конфлікти між свідомим і несвідомим, проявляючись через сновидіння, флешбеки або зміну поведінки [29]. Психоаналітична терапія спрямована на те, щоб виявити та опрацювати витіснені травматичні спогади, сприяючи відновленню цілісності особистості. Гуманістична та екзистенційна психологія пропонує позитивний погляд на подолання стресу. Представники цих напрямів, як-от Карл Роджерс, Абрахам Маслоу та Віктор Франкл, розглядають стрес не лише як виклик, а й як можливість саморозвитку. Франкл підкреслював значення сенсу в переживанні навіть найскладніших ситуацій - через пошук життєвих цінностей і нових орієнтирів [30, с. 122-127].

Системно-екологічний підхід ґрунтується на ідеї взаємодії особистості та її оточення. Дослідження Урі Бронфенбреннера чи Джорджа Річардсона висвітлюють важливість соціальних мереж підтримки та громадського контексту у подоланні стресу. Концепція резильєнтності наголошує на здатності людини адаптуватися до складних обставин завдяки як внутрішнім ресурсам, так і допомозі зовнішніх факторів: сім'ї, друзів або супутніх соціальних інститутів. Українська психологія також має власні унікальні напрацювання в розробці підходів до вивчення та подолання бойового стресу [35, с. 75-77].

Серед вітчизняних підходів можна виділити:

Психофізіологічний підхід. В українській психологічній науці психофізіологічний підхід розвинувся завдяки працям таких дослідників, як О. Макаренко, Г. Лозоцький, В. Крайнюк, С. Максименко. Їхні напрацювання зосереджені на вивченні впливу бойового навантаження на нервово-психічну стійкість, увагу, швидкість реакції, когнітивні функції, а також на механізми саморегуляції, що включають дихальні техніки, релаксацію та біофідбек [9]. Для цього активно використовуються психофізіологічні тренінги, які спрямовані на підвищення здатності організму протистояти перевантаженням і швидко відновлювати психічну рівновагу [10, с. 226-231].

Особистісно-орієнтований і акмеологічний підходи. Прихильники цих підходів - А. Деркач, С. Максименко, Н. Чепелева - розглядають бойовий стрес як фактор, що може сприяти професійному та духовному розвитку військовослужбовця [11]. У фокусі їх досліджень - вплив стресу на розвиток внутрішніх ресурсів особистості, здатність до саморефлексії та формування смисложиттєвих орієнтацій. Особливу увагу приділено ролі особистісної зрілості, яка забезпечує не лише здатність витримувати стресові умови, а й перетворювати їх на досвід особистісного зростання [23, с. 55-65]

Соціально-психологічний підхід. Дослідники В. Осьодло, О. Тімченко й В. Москаленко виокремлюють соціальний контекст як важливий чинник, що визначає появу та подолання бойового стресу. Основний акцент робиться на згуртованості військового колективу, підтримці з боку командирів і товаришів, налагодженні ефективної комунікації та формуванні спільних цілей [21]. Ефективними засобами подолання бойового стресу є групові форми психологічної підтримки, колективні тренінги та лідерське наставництво [15, с. 136-138].

Психологія стресостійкості займає важливе місце у сучасній науці, особливо в контексті військової діяльності, де людина постійно стикається з екстремальними ситуаціями, високим рівнем невизначеності та загрозами для життя [16, с. 71-72]. Українські дослідники, зокрема І. Приходько, Т. Титаренко і Л. Шестопалова, активно досліджують психологічну стійкість як важливу інтегральну характеристику особистості, що дозволяє адаптивно реагувати на виклики й труднощі [20, с. 125-127]. Цей підхід розглядає стресостійкість не як відсутність емоційних переживань, а як здатність ефективно ними управляти, мобілізуючи внутрішні ресурси, адаптаційні механізми й підтримуючи соціальні зв'язки [22, с. 101-103].

Дослідники зазначають, що психологічна стійкість складається з багатовимірної структури, що включає:

Когнітивний компонент стресостійкості охоплює здатність людини раціонально аналізувати стресові ситуації, відокремлюючи реальні загрози від перебільшених або уявних. Він передбачає вміння бачити проблему в широкому контексті, оцінювати можливі наслідки, прогнозувати розвиток подій та критично зважувати інформацію. Завдяки цьому людина може знаходити альтернативні варіанти розв'язання складних ситуацій, гнучко змінювати підходи, а також підтримувати контроль над своїм мисленням, не допускаючи панічних чи імпульсивних когнітивних реакцій. Розвинений когнітивний компонент допомагає зберігати ясність думок та приймати оптимальні рішення навіть у стані сильного тиску [36, с. 47-48].

Емоційний компонент пов'язаний зі здатністю людини регулювати інтенсивність емоційних переживань, зберігати внутрішній баланс та не допускати виходу емоцій за межі конструктивності. Він проявляється у вмінні розпізнавати власні емоції, розуміти їх причини та керувати ними без придушення й без надмірної емоційної реактивності. Завдяки цьому людина може уникати деструктивних емоційних проявів - таких як агресія, апатія, тривожність або емоційне виснаження - та підтримувати стабільний емоційний стан, який сприяє продуктивній взаємодії з оточенням [43].

Мотиваційний компонент передбачає наявність внутрішніх ресурсів, які підтримують людину у стресових обставинах. Це віра у власні можливості, почуття компетентності, наполегливість, а також системні цілі та життєві орієнтири. Завдяки мотиваційному компоненту людина здатна зберігати гідність, не занепадати духом, продовжувати рух до результату навіть тоді, коли умови є несприятливими або коли наявні перешкоди видаються значними. Він забезпечує здатність мобілізувати сили, долати внутрішні сумніви та підтримувати тривалу активність [51, с.311-312].

Поведінковий компонент проявляється через реальні дії та стратегії, які людина застосовує у відповідь на стрес. До таких стратегій належать активне вирішення проблем, вміння своєчасно звертатися по підтримку, застосування

методів самоконтролю, раціональне планування, гнучке коригування поведінки та адаптація до нових умов. Цей компонент відображає практичні навички подолання труднощів та здатність обирати саме конструктивні способи реагування, які ведуть до зниження напруги та стабілізації ситуації.

У своїх дослідженнях Т. Титаренко підкреслює, що стресостійкість — це не лише сукупність когнітивних, емоційних чи поведінкових характеристик, а передусім здатність зберігати внутрішню цілісність і життєву перспективу у складних обставинах. Науковиця виокремлює особливу роль смислових аспектів: наявність життєвого сенсу, особистісних цінностей, здатність до саморефлексії та переосмислення подій. Саме ці чинники дозволяють людині не лише долати стрес, але й зберігати або навіть посилювати свою стійкість у кризових ситуаціях. Життєвий сенс виступає внутрішньою опорою, яка допомагає витримувати психологічний тиск, формувати адаптивні стратегії та підтримувати психологічну рівновагу [20].

І. Приходько наголошує на значенні професійно-психологічної підготовки військових, яка повинна включати не тільки навички саморегуляції, але й адаптивну гнучкість - здатність швидко відновлювати баланс після впливу стресу [16, с.125].

Л. Шестопалова акцентує увагу на психічній надійності як основі стресостійкості, розглядаючи її як системну здатність підтримувати ефективність діяльності в умовах екстремальних факторів [22, с. 134].

Особлива увага приділяється ресурсному підходу, згідно з яким стресостійкість визначається здатністю людини мобілізувати як внутрішні, так і зовнішні ресурси, необхідні для ефективного функціонування в умовах підвищеного навантаження. До внутрішніх ресурсів належать:

- самоефективність — віра у власну здатність діяти результативно в будь-якій ситуації;
- оптимізм як схильність інтерпретувати події з позиції можливостей, а не загроз;

- емоційний інтелект, що забезпечує розпізнавання та контроль емоцій;
- саморегуляція, яка дозволяє адаптувати поведінку відповідно до вимог ситуації.

Зовнішні ресурси включають соціальну підтримку з боку близького оточення, професійного середовища та колективу. Вони проявляються через згуртованість групи, атмосферу довіри, можливість отримати допомогу й обмінятися досвідом. Командна взаємодія суттєво знижує інтенсивність стресових реакцій, оскільки забезпечує відчуття безпеки й спільної відповідальності [13, с.44-46].

В Україні активно впроваджуються програми психологічної підготовки військовослужбовців, спрямовані на формування професійної стресостійкості. У центрі цих програм — розвиток емоційного інтелекту, технік саморегуляції, навичок керування фізіологічним збудженням, а також командної співпраці, що є критично важливим для злагоджених дій у бойових умовах. Наголос робиться на поєднанні психоедукації, тренінгів стрес-менеджменту та моделюванні екстремальних ситуацій, що допомагає військовослужбовцям адаптуватися до реалій сучасних бойових дій [32].

Аналіз основних наукових підходів підтверджує, що бойовий стрес має багаторівневу структуру. Зарубіжні дослідники переважно фокусуються на нейрофізіологічних механізмах (зміни роботи мозку та гормональних систем), когнітивних факторах (оцінка ситуації, переконання, очікування) та екзистенційних аспектах (пошук сенсу, моральні дилеми). Натомість вітчизняні дослідження частіше розглядають стрес у ширшому контексті, поєднуючи особистісні, соціальні та культурні чинники, що впливають на адаптацію [45, с. 89-99].

Сучасна психологічна практика тяжіє до мультимодальної моделі подолання стресу, яка інтегрує біологічні, психологічні та соціальні аспекти. Такий підхід дозволяє забезпечити комплексну підтримку особистості,

включно з регуляцією фізіологічних реакцій, опануванням емоційних станів, розвитком когнітивних стратегій та зміцненням соціальних зв'язків. У контексті бойових умов така модель є особливо ефективною, оскільки враховує всю багатовимірність навантажень, з якими стикаються військовослужбовці [37, с. 89-92].

1.2. Психологічні наслідки бойового стресу: депресивні та тривожні розлади, дезадаптація, ПТСР

Депресивні стани є одними з найпоширеніших психологічних наслідків бойового досвіду, оскільки тривале перебування в умовах загрози, втрат і виснаження створює потужний психотравмувальний вплив на військовослужбовців. Вони проявляються стійким зниженням емоційного фону, апатією, втратою інтересу до життя, емоційним виснаженням, а також відчуттям провини, самозвинувачення та безнадії.

Згідно з класифікацією DSM-5, депресивні стани у військових найчастіше мають реактивний характер, тобто виникають як безпосередня відповідь на пережиті травматичні події, бойові втрати, моральні дилеми чи надмірне нервово напруження. Реактивна депресія часто поєднується з симптомами посттравматичного стресового розладу, що ускладнює діагностику та корекцію [41, с. 135-139].

Окрім основних емоційних і когнітивних проявів, депресія у військових зазвичай супроводжується [58, с. 1023-1024]:

- порушеннями сну (безсонням, нічними жахами, поверхневим сном);
- емоційним онімінням - неможливістю відчувати радість, захоплення чи навіть горе;

- суїцидальними думками або ризикованою поведінкою;
- зниженням або втратою апетиту, соматичними скаргами;
- труднощами з концентрацією та зниженням психічної енергії;
- виникненням так званої «моральної травми», коли військовий переживає глибокий внутрішній конфлікт через суперечність між власними моральними цінностями і досвідом війни.

Дослідники-психологи, зокрема Р. Лазарус, В. Франкл та Ю. Приходько, наголошують, що депресія у військових дуже часто має екзистенційний характер [14, с. 130-135]. Вона пов'язана не лише з психічним виснаженням, а й із втратою життєвого сенсу, порушенням системи цінностей або руйнуванням уявлення про себе та світ. Після бойових переживань військовий може зіткнутися з екзистенційним вакуумом — відчуттям порожнечі, коли колишні цілі та стимули втрачають значення [20, с. 102].

Такі переживання часто призводять до: втрати життєвих орієнтирів; зміни світоглядних позицій; відчуття моральної невідповідності чи зради власним переконанням [29].

До факторів ризику розвитку депресії у військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, належать як психологічні, так і соціальні та біологічні чинники, що взаємодіють між собою, підвищуючи вразливість особистості до депресивних станів.

Одним із найпотужніших стресогенних чинників у військовому середовищі є пережита втрата побратимів або цивільних осіб. Такі події часто викликають глибокі емоційні потрясіння, які супроводжуються почуттям горя, провини, безпорадності та суму. Якщо військовий не має можливості висловити свої переживання, поділитися емоціями або отримати кваліфіковану психологічну підтримку, ці відчуття можуть закріпитися і перетворитися на хронічні психологічні проблеми [59, с. 104-107]. Особливо небезпечним є явище, відоме як комплекс провини вцілілого, коли людина

відчуває несправедливість власного виживання на тлі загибелі інших. Такий стан може руйнувати самооцінку, стимулювати самоізоляцію, знижувати мотивацію та стати фундаментом для розвитку серйозної депресії або посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Військові, які пережили втрату, часто відчують внутрішній конфлікт між потребою продовжувати службу та моральними переживаннями через загибель товаришів [61, с. 385-386].

Не менш значущу роль відіграють фізичні травми, отримані внаслідок бойових дій. Вплив травм виходить далеко за межі фізичних обмежень: вони нерідко призводять до втрати відчуття повноцінності, формування почуття безпорадності, залежності від інших та зниження самостійності. У таких умовах депресивні симптоми часто поєднуються з хронічним болем, порушенням сну, тривожністю та зниженням загальної життєвої активності. Фізична травма стає додатковим джерелом стресу, оскільки впливає не тільки на тіло, а й на психологічну та соціальну сферу життя.

Ще одним важливим чинником ризику є соціальна ізоляція після повернення з війни. Багато ветеранів стикаються з труднощами адаптації до мирного життя, з відновленням стосунків у сім'ї, налагодженням контактів із колегами та пошуком свого місця у суспільстві. Контраст між інтенсивним військовим досвідом та повсякденною реальністю посилює відчуття відчуженості, непотрібності та нерозуміння з боку оточуючих. Ці соціальні обмеження і психологічне відчуження значно поглиблюють внутрішній дискомфорт і сприяють виникненню депресивних проявів, тривожності та зниженню мотивації до активного життя [2, с. 33-34].

Таким чином, поєднання психологічних травм, фізичних ушкоджень та соціальної ізоляції створює комплексний і взаємопов'язаний фон для розвитку депресивних станів у військових. Ефективна профілактика та реабілітація вимагає комплексного підходу, який враховує емоційні,

когнітивні, фізичні та соціальні аспекти посттравматичного адаптаційного процесу [6, с. 45-48].

Суттєво впливає також недостатня підтримка з боку суспільства або держави. Відсутність ефективних програм психологічної реабілітації, складнощі з бюрократією, байдуже чи упереджене ставлення до проблем психічного здоров'я викликають у ветеранів почуття покинутості. Соціальна підтримка з боку родини та спільнот ветеранів відіграє критичну роль як буферний механізм, здатний суттєво знизити ризик розвитку депресивних розладів.

Тривожні розлади є ще одним поширеним і значущим наслідком воєнного (бойового) стресу, який формується внаслідок гіперактивації нервової системи під впливом постійної небезпеки, надмірної психоемоційної напруги та дефіциту ресурсів для відновлення. У таких умовах нервова система залишається у стані підвищеної бойової готовності навіть після завершення активних дій, що зумовлює стійке відчуття тривоги, напруженості та настороженості.

Для військовослужбовців, які перебували у зоні бойових дій, типовими є відчуття постійної загрози, емоційна гіперзбудливість, порушення сну, дратівливість, а також підвищена реактивність на зовнішні стимули (гучні звуки, яскраве світло, несподівані рухи), [1, с. 77-78]. Фізіологічно це проявляється у вигляді тремтіння, прискореного серцебиття, підвищеного тиску, задишки, пітливості, що є наслідком надмірної активації симпатичної нервової системи [2, с.45-46].

Серед клінічних форм тривожних розладів, які найчастіше спостерігаються у ветеранів та військових, виділяють [3, с.145-146]:

- Генералізований тривожний розлад (ГТР) - характеризується постійною, неконтрольованою тривогою без конкретної причини, загальним відчуттям напруженості, очікуванням небезпеки, емоційним виснаженням та труднощами концентрації уваги. Такий стан часто поєднується з

соматичними симптомами - головним болем, шлунково-кишковими розладами, м'язовими спазмами.

- Панічні атаки - раптові епізоди інтенсивного страху або відчуття катастрофи, що супроводжуються тахікардією, запамороченням, утрудненим диханням, відчуттям нестачі повітря або страхом смерті [68, с. 321-322]. Часто вони провокуються спогадами або асоціаціями, пов'язаними з бойовими подіями.

- Фобічні реакції - нав'язливе уникання певних звуків, місць, запахів або ситуацій, які нагадують про травматичний досвід (наприклад, вибухи, сирени, скупчення людей, запах диму). Такі реакції можуть значно обмежувати повсякденну активність людини, перешкоджати соціальній адаптації та поверненню до мирного життя.

Згідно з когнітивно-оцінювальною теорією стресу Р. Лазаруса, тривога виникає як результат негативної когнітивної оцінки ситуації, коли людина сприймає навколишнє середовище як загрозливе, а власні ресурси - як недостатні для подолання небезпеки. Таким чином, тривога є не лише емоційною, а й когнітивною реакцією, що відображає внутрішній конфлікт між сприйняттям загрози і можливістю контролю [33].

Інші дослідники (Brewin, Andrews & Valentine, Taylor) вказують, що тривожні реакції у ветеранів бойових дій можуть бути наслідком порушення процесів переробки травматичної інформації, коли спогади про небезпечні події не інтегруються в особистісний досвід, а залишаються «активними» у пам'яті, постійно відтворюючи стан небезпеки [34, с. 129-133].

Додатковими факторами, що посилюють тривожність у військових після повернення з фронту, є:

- соціальна дезадаптація, відчуття нерозуміння з боку цивільного населення;
- втрата відчуття контролю над життям;

- відсутність чіткої структури повсякденного існування після дисциплінованого військового середовища;
- кумуляція травматичного досвіду через повторювані стресові події.

Психологічні наслідки тривожних розладів проявляються у зниженні працездатності, соціальній ізоляції, посиленні конфліктності, ризику депресії та розвитку ПТСР.

Психологічна дезадаптація є ще одним важливим наслідком бойового стресу, що охоплює широкий спектр змін у поведінці, емоційній сфері та соціальних стосунках людини.

Вона відображає порушення адаптаційних процесів у військових, які стикаються з потребою повернення до мирного життя після пережитих екстремальних ситуацій, втрат чи травматичних подій.

Це явище проявляється в таких формах, як труднощі соціальної інтеграції, зниження мотивації до праці, емоційне виснаження, втрата сенсу діяльності [40, с. 179-182]. Також можуть спостерігатися підвищена конфліктність у міжособистісних взаєминах, особливо в родині, агресивність, ізоляція від оточення, зловживання алкоголем або психоактивними речовинами. Останнє часто є своєрідною спробою захиститися від болючих спогадів та емоційного дискомфорту [42, с. 95-97].

Дослідники О. Макаренко та В. Осьодло зазначають, що психологічна дезадаптація має багаторівневий характер і проявляється на трьох основних рівнях:

1. Психологічному: емоційна нестабільність, імпульсивність, часті спалахи роздратування, схильність до афективних реакцій і відчуття внутрішньої порожнечі.
2. Соціальному: самоізоляція, зниження активності у спілкуванні, труднощі у створенні або підтримці міжособистісних контактів, відчуження від колективу та сім'ї [10, с. 222-231].

3. Поведенковому: девіантні або агресивні дії, конфліктність, схильність до ризикованої поведінки, а іноді - правопорушення чи схильність до самоушкодження [15, с. 136-137].

За даними Л. Шестопалової, дезадаптаційні прояви в багатьох випадках супроводжуються симптомами тривожних і депресивних розладів, що значно ускладнює реабілітацію. У хронічних формах дезадаптація може спричиняти посттравматичні зміни особистості, які характеризуються емоційною притупленістю, відчуженістю, втратою емпатії, надмірним контролем та цинізмом [22, с. 88].

Приходько І. в своєму дослідженні зробив висновок про те, що основною причиною дезадаптації є розрив між психологічними установками, сформованими в умовах бойових дій, та вимогами мирного життя. Риски, які були корисними під час бойових завдань - рішучість, підозрілість і готовність до ризику - у мирному середовищі можуть стати перешкодою для конструктивної соціальної взаємодії [16, с. 135].

Дезадаптація може мати як тимчасовий характер (перехід на нову систему життєвих координат), так і стійкий (за умов хронічного перебігу), коли симптоми не зникають тривалий час і формують психічне виснаження та соціальну дезорганізацію. У таких випадках особливо важливо застосовувати комплексне психотерапевтичне втручання: індивідуальну й групову терапію, соціально-психологічну підтримку і програми реадaptaції для ветеранів із метою створення нових моделей поведінки та відновлення соціальної активності.

Отже, психологічна дезадаптація є не лише наслідком бойового стресу, але й проміжною ланкою між травматичним досвідом і розвитком серйозніших розладів, як-от депресія чи ПТСР. Її своєчасна діагностика й корекція є невід'ємною частиною успішної реінтеграції військовослужбовців у мирні умови життя [69, с. 111-112].

Найскладнішим і водночас найпоширенішим наслідком бойового стресу залишається посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). За класифікацією DSM-5, ПТСР визначається як комплекс психічних, когнітивних та фізіологічних реакцій на травматичну подію, що створила реальну або загрозову для життя ситуацію, а також порушення психофізіологічної рівноваги особистості.

Серед ключових симптомів ПТСР виділяють:

- Нав'язливі спогади про травматичну подію, які з'являються у будь-який момент і порушують концентрацію та повсякденну діяльність, [16, с. 91];
- Флешбеки, коли переживання травми відтворюються настільки реалістично, що особа відчуває, ніби подія відбувається знову;
- Нічні кошмари, що порушують сон і викликають підвищену тривожність[18];
- Уникання місць, людей, тем чи будь-яких стимулів, які асоціюються з травмою;
- Емоційне «оніміння» або відчуженість, що проявляється у втраті інтересу до діяльності, труднощах у встановленні контактів та зниженні здатності відчувати позитивні емоції;
- Підвищена дратівливість, агресивність, гіпервідчутливість до подразників та порушення сну [21].

ПТСР часто супроводжується коморбідними станами, такими як депресія, генералізована тривожність, панічні атаки, а також різного роду залежності - алкогольна, наркотична або ігрова. Така коморбідність значно ускладнює діагностику та лікування, а також підвищує ризик соціальної дезадаптації та професійних проблем.

Розвиток посттравматичного стресового розладу (ПТСР) є наслідком сукупності різних чинників, які впливають на психофізіологічну та соціальну стійкість людини.

Цей процес залежить від взаємодії зовнішніх обставин та особистісних характеристик:

- Один із ключових факторів – тривалість та інтенсивність участі у бойових діях. Протяжні або повторювані контакти з бойовими ситуаціями призводять до хронічного стресу, що виснажує ресурси адаптації організму. Часті травматичні епізоди підсилюють емоційну напруженість, збільшують тривожність і провокують такі симптоми, як флешбеки, нічні жахи та інші прояви ПТСР.

- Важливим аспектом є також фактор непередбачуваності: раптові напади, невизначеність та втрата контролю над подіями суттєво підвищують ризики психоемоційної вразливості. Індивідуальні психологічні особливості мають визначальний вплив.

- Особистісні риси, такі як рівень тривожності, здатність до емоційного самоконтролю, когнітивний спосіб обробки інформації та досвід попередніх травм, впливають на спроможність військових справлятися зі стресовими ситуаціями [10, с. 321-322]. Наприклад, люди із високим рівнем невротичності або низькими можливостями саморегуляції є більш схильними до розвитку ПТСР. Крім того, накопичення попереднього психотравматичного досвіду може значно посилювати реакції на нові стресові події [22, с. 35-39].

- Соціальна підтримка відіграє винятково важливу роль в адаптації до травматичних ситуацій. Підтримка родини, друзів або спільноти є основою для збереження психологічної стабільності. Її відсутність може викликати почуття самотності, ізоляції та знижувати здатність до ефективного подолання стресу. Навпаки, сильне соціальне середовище сприяє зниженню ризику ПТСР, прискорює відновлення та полегшує реабілітаційні процеси.

Окрім того, на розвиток ПТСР можуть впливати й інші стресогенні обставини, такі як фізичні травми, хронічний біль, розлади сну або конфлікти в особистому житті. Їх накопичення збільшує загальний рівень напруги та

посилює симптоматику розладу. Наприклад, поєднання фізичних ушкоджень із соціальною ізоляцією може значно ускладнювати психологічне відновлення [60, с. 221-222].

Аналіз перелічених факторів дозволяє ідентифікувати найбільш вразливі групи серед військовослужбовців та створювати адекватні програми профілактики і підтримки. Такі підходи можуть істотно зменшити ймовірність виникнення ПТСР і сприяти швидшій інтеграції після пережитого травматичного досвіду.

Дослідження Бонанно та І. Приходька підтверджують, що висока психологічна стійкість є вирішальним чинником у адаптації до травматичних подій [16, с. 111-113]. Психологічно стійкі особистості здатні мобілізувати внутрішні ресурси, зберігати контроль над емоціями, використовувати конструктивні копінг-стратегії та підтримувати соціальні контакти, що значно знижує ймовірність формування ПТСР або полегшує його перебіг [31].

Сучасні підходи до профілактики та лікування ПТСР у військових передбачають комплексну взаємодію психологічної підтримки, психотерапії (когнітивно-поведінкові методи, експозиційна терапія), медикаментозного лікування та соціальної реабілітації, що дозволяє не лише зменшити симптоматику, а й сприяти відновленню соціальної та професійної функціональності.

Розвиток цього стану залежить від багатьох факторів, таких як тривалість бойових дій, рівень тривожності та вразливості особистості, недостатня соціальна підтримка або попередні травматичні переживання. Дослідження Бонанно та Приходька показують, що висока психологічна стійкість може стати вирішальним чинником в адаптації до травми.

У сучасній психології існують різноманітні техніки для допомоги при ПТСР: когнітивно-поведінкова терапія для зміни негативних переконань, EMDR для роботи [55].

1.3. Особливості реалізації сучасних психотерапевтичних практик щодо подолання наслідків бойового стресу військовослужбовців і ветеранів війни

Подолання наслідків бойового стресу у військовослужбовців та ветеранів війни вимагає комплексного підходу, що включає психотерапевтичні, медичні та соціальні методи. Сучасні підходи фокусуються на індивідуальних потребах кожної людини, враховуючи ступінь тяжкості психологічних розладів, рівень психологічної стійкості та наявність соціальної підтримки.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) вважається однією з найефективніших і науково обґрунтованих психотерапевтичних методик для підтримки ветеранів та осіб, які пережили бойовий стрес. Її основним завданням є допомога в подоланні посттравматичного стресового розладу (ПТСР), депресії, тривожних розладів, панічних атак та інших психічних порушень, спричинених стресом [64, с. 111-117].

Головна мета КПТ полягає в зміні негативних когнітивних установок та хибних переконань, які виникають під впливом травматичних подій. Такі переконання часто проявляються як: постійне очікування небезпеки, постійне почуття провини чи безпорадності, уявлення про власну слабкість або вразливість, негативне сприйняття майбутнього та відчуття відчуженості у соціальному середовищі [3, с. 72-74].

Методика КПТ спрямована на формування більш адаптивного мислення та поведінки, що дозволяє пацієнтам: ефективно реагувати на стресові тригери, знижувати інтенсивність автоматичних страхів та тривожних реакцій, відновлювати відчуття контролю над своїм життям, покращувати соціальну адаптацію та взаємодію з іншими [7, с. 41-44].

Одним із важливих технік КПТ є експозиційна терапія, яка допомагає поступово і контрольовано стикатися з травматичними спогадами,

ситуаціями або факторами, що викликають страх. У безпечній і підтримуючій атмосфері, під керівництвом фахівця, пацієнти працюють із складними спогадами, що дає можливість: знижувати реакції на фактори страху, поступово зменшувати прояви флешбеків, збільшувати стійкість до тригерів стресу.

За результатами досліджень, КПТ значно зменшує інтенсивність симптомів тривоги та депресії, покращує емоційну стійкість і сприяє розвитку здатності до самоконтролю та ефективної взаємодії у соціальному середовищі. Такий підхід дозволяє переписати травматичні спогади в когнітивному контексті пам'яті, знижуючи їхній деструктивний вплив на щоденне життя та прийняття рішень [68, с. 42].

Основні елементи КПТ для ветеранів включають: психоедукацію - навчання пацієнтів розпізнавати симптоми ПТСР і розуміти свою тривогу та депресію; когнітивну реструктуризацію - ідентифікацію та зміну хибних переконань; експозиційну терапію - поступове пропрацювання травматичних спогадів; розвиток навичок саморегуляції - впровадження технік релаксації, дихальних вправ та практик майндфулнес; соціальну реабілітацію - навчання навичок спілкування та ефективної поведінки у соціальних ситуаціях [21].

Таким чином, КПТ - це комплексна й структурована методика, що поєднує когнітивні, поведінкові й експозиційні техніки. Вона ефективно допомагає зменшити прояви бойового стресу, сприяє емоційній рівновазі, покращує соціальну функціональність та підтримує психологічне здоров'я ветеранів.

Терапія, орієнтована на травму, є спеціалізованим видом психотерапії, що допомагає опрацьовувати травматичний досвід та знижувати його шкідливий вплив на психічне здоров'я. Цей підхід часто використовується з ветеранами бойових дій, жертвами насильства, катастроф, аварій та інших критичних подій, які призвели до розвитку посттравматичних симптомів.

Основні методи терапії, розроблені для роботи з травмою, включають: Метод EMDR (десенсибілізація і репроцесінг за допомогою рухів очей) [38, с. 89-91]. Цей підхід поєднує психотерапевтичні техніки із керованими двосторонніми сенсорними стимулами, такими як рухи очей, тактильні або звукові сигнали. У безпечному середовищі пацієнт поступово пропрацьовує травматичні спогади, що допомагає зменшити інтенсивність флешбеків, тривожних реакцій, депресивних станів і соматичних симптомів.

Дослідження підтверджують ефективність EMDR у роботі з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), тривожними розладами та депресією. Метод знижує емоційну напругу, яку викликають травматичні спогади, та сприяє їх когнітивній інтеграції. Соматична психотерапія (somatic experiencing). Цей підхід зосереджений на тілесних реакціях, пов'язаних із травмою [7, с. 103-107]. Завдяки свідомому аналізу тілесних відчуттів використовуються такі техніки, як регуляція дихання, м'язова релаксація та різноманітні рухові вправи. Це сприяє зниженню фізіологічної напруги, відновлює баланс нервової системи і дозволяє поступово інтегрувати травматичний досвід у життєву історію без повторного травмування психіки [19, с. 15-19].

У рамках комплексного підходу застосовуються також наступні техніки:

- терапія через мистецтво (арт-терапія, музикотерапія, драматерапія), що допомагає безпечно виражати та опрацьовувати емоції;
- нейропсихологічні методики для відновлення когнітивної та емоційної стабільності;
- короткострокові експозиційні техніки для зниження уникання і страху перед травматичними спогадами;
- методи релаксації та практики майндфулнес, які підтримують зменшення тривоги, стабілізацію емоційного стану й покращення концентрації [71, с.441-443].

Ключовим принципом терапії є створення безпечного простору для роботи з травмою у поступовий і контрольований спосіб, без додаткового стресу для пацієнта. Цей підхід сприяє зменшенню проявів посттравматичного стресу, депресії та тривожності. Він також допомагає відновити емоційну рівновагу, покращує соціальну адаптацію та повертає пацієнтам активність у повсякденному житті.

Групові терапевтичні сесії займають важливе місце в процесі реабілітації військовослужбовців і ветеранів, забезпечуючи безпечне середовище для обміну досвідом, емоційного вираження та формування соціальних зв'язків [3, с. 100-105]. Вони створюють простір для підтримки, де учасники можуть відчувати, що їхні переживання поділяють інші, що значно зменшує відчуття ізоляції і самотності, характерні для наслідків бойового стресу[5].

Такий формат допомагає:

- Розвивати конструктивні стратегії подолання, коли учасники діляться своєю практикою подолання труднощів і засвоюють адаптивні моделі поведінки;
- Стабілізувати емоційний стан завдяки регулярним сесіям, які дають змогу безпечно проживати свої емоції, уникати їх пригнічення та знижувати прояви тривоги чи депресії;
- Покращувати соціальні навички і зміцнювати довіру, що особливо актуально для ветеранів, які часто відчують складнощі з адаптацією до мирного життя після військового досвіду;
- Посилювати психологічну стійкість через підтримку громади однодумців, яка допомагає активувати внутрішні ресурси та зміцнити впевненість у власних силах.

Окрім іншого, групова психотерапія дає змогу опрацьовувати колективні травми, які можуть виникати в підрозділах на основі спільних бойових переживань. Це сприяє зниженню напруженості між членами групи,

нормалізації взаємодії та формуванню позитивної атмосфери в спільноті [74, с. 541-542].

Застосовуються різні формати групових сесій:

- Психоедукативні групи, які навчають ветеранів розпізнавати ознаки стресу, керувати емоціями та отримувати підтримку від колег;
- Терапевтичні групи під керівництвом психолога, де в безпечних умовах поступово опрацьовуються травматичні переживання;
- Підтримуючі групи, учасники яких обмінюються досвідом та взаємно допомагають без формальної структури терапії, що сприяє почуттю автономії і взаємної довіри.

Таким чином, групова психотерапія та підтримка громади є невід'ємною складовою комплексної реабілітації ветеранів. Вона спрямована на відновлення емоційного балансу, соціальну інтеграцію та зміцнення їхньої довготривалої психологічної стійкості [19, с. 15-18].

Психоосвіта та розвиток саморегуляції є важливими елементами сучасної психотерапевтичної допомоги для ветеранів війни та осіб, які зазнали травматичного досвіду. Вони покликані сприяти усвідомленню власних емоційних станів, реакцій на стрес та поведінкових тенденцій, а також освоєнню ефективних методів самоконтролю у щоденному житті [11, с. 88-91].

Ключові аспекти цього підходу включають:

- Навички емоційної регуляції: учасники навчаються визначати та контролювати негативні емоції; засвоюють методи трансформації страху, тривоги, гніву та роздратування у корисні стратегії поведінки; розвивають здатність швидкого відновлення емоційного балансу після стресових ситуацій.
- Техніки релаксації та медитації методи таких практик, як прогресивна м'язова релаксація, аутогенне тренування, йога та майндфулнес, допомагають знижувати фізичне напруження; сприяють стабілізації

серцевого ритму, регулюванню дихання, зменшенню м'язового напруження та симптомів головного болю; регулярне використання цих технік дозволяє поліпшити якість сну та сприяє відновленню внутрішніх ресурсів [52, с. 405].

- Усвідомлене дихання та контроль освоєння дихальних технік (глибоке дихання, діафрагмальне дихання, квадратне дихання) допомагає керувати реакціями організму на стрес; зменшує тривожність, ризик панічних атак і фізичну напруженість [14, с. 111-114].

- Стратегії управління стресом: пацієнти освоюють планування і контроль своїх дій у напружених ситуаціях; застосовують когнітивні техніки для зміни негативних переконань, які провокують тривогу; формують навички адаптивної поведінки, яка сприяє підвищенню життєстійкості [15, с. 44-51].

Психосоціалізація зосереджується на розумінні механізмів виникнення стресу, тривоги та депресії; підвищує обізнаність про власні психофізіологічні реакції; допомагає знизити страх і покращити впевненість у собі та мотивацію до використання ефективних методів самопідтримки.

Систематичне практикування психосоціалізації та технік саморегуляції:

- зменшує рівень тривоги та емоційного вигорання;
- покращує увагу, концентрацію та розумову активність;
- сприяє соціальній адаптації, взаєморозумінню у сімейному колі та спільнотах;
- знижує ризик повторного виникнення депресивних чи посттравматичних проявів.

У поєднанні з іншими методами психотерапії, такими як когнітивно-поведінкова терапія чи травмоорієнтована терапія, психосоціалізація та розвитку саморегуляції формують основу для досягнення психологічної стійкості, покращення самоконтролю і забезпечення тривалого відновлення психічного здоров'я ветеранів [80].

У випадках тяжкого ПТСР або коморбідних станів, коли психотерапія самотійно не забезпечує достатнього покращення, застосовується комплексний підхід, що поєднує психотерапію та медикаментозне лікування. Медикаментозна підтримка спрямована на регуляцію психоемоційного стану, стабілізацію сну та зменшення тривожності, що створює необхідну основу для ефективної психотерапевтичної роботи.

До основних груп препаратів належать:

- Антидепресанти (селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну, трициклічні антидепресанти), які допомагають зменшити симптоми депресії, покращують настрій і регулюють емоційну лабільність;
- Анксиолітики, що знижують прояви тривожності та панічні атаки, дозволяючи пацієнту краще концентруватися на психотерапевтичних техніках [21];
- Препарати для стабілізації сну, включаючи седативні засоби та засоби для нормалізації циркадних ритмів, оскільки порушення сну значно поглиблює симптоматику ПТСР і знижує ефективність психотерапії [24].

Поєднання медикаментозного та психотерапевтичного втручання має кілька ключових переваг:

1. Прискорення відновлення психоемоційної рівноваги, що дозволяє ветеранам активніше включатися у терапевтичний процес;
2. Зменшення інтенсивності флешбеків, тривоги та депресивних проявів, що робить психотерапію більш ефективною і менш травматичною;
3. Покращення засвоєння психотерапевтичних технік, таких як когнітивна реструктуризація або експозиційна терапія, оскільки пацієнт знаходиться у більш стабільному емоційному стані;
4. Системна підтримка функціональної адаптації, адже медикаментозна терапія забезпечує фізіологічну стабільність, а психотерапія - психологічну та соціальну [44].

Слід пам'ятати, що медикаментозне лікування не замінює психотерапію, а виступає її підтримкою, особливо у перші етапи реабілітації, коли симптоми ПТСР є найбільш інтенсивними. Комплексний підхід дозволяє не лише зменшити симптоматику, а й сприяти довгостроковій психологічній стабілізації, адаптації до мирного життя та підвищенню якості життя ветеранів.

Соціальна та професійна реабілітація є важливим етапом комплексної підтримки військовослужбовців, які зазнали бойового стресу або посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Метою цього процесу є відновлення соціальної активності, професійної реалізації та покращення якості життя, що можуть постраждати внаслідок психологічних травм [46].

Соціальна реабілітація спрямована на повернення ветеранів до активного суспільного життя, подолання ізоляції та створення середовища підтримки.

Ключовими аспектами цієї роботи є:

- Сімейна терапія та підтримка близьких, що допомагають родині зрозуміти стан ветерана, уникати конфліктів і сприяти емоційному відновленню.
- Групи взаємопідтримки побратимів, які забезпечують обмін досвідом, зменшують відчуття самотності й сприяють формуванню атмосфери взаємного розуміння.
- Робота соціальних служб та громадських ініціатив, які надають консультативну допомогу, допомагають із працевлаштуванням, житлом чи вирішенням юридичних питань [54].

На додаток до цього, професійна реабілітація спрямована на відновлення або здобуття нових професійних навичок. Це сприяє зростанню самооцінки, почуттю власної значущості та цінності [4, с. 57].

Зусилля в цьому напрямку можуть включати:

- Програми професійного навчання або перекваліфікації, що відповідають сучасним вимогам ринку праці.
- Психологічний супровід під час працевлаштування для подолання страху, тривожності чи невпевненості.
- Консультації з кар'єрними консультантами чи коучами, які допомагають формувати життєві цілі та знаходити нові джерела мотивації.

Наукові дослідження демонструють: ефективна соціальна та професійна реінтеграція сприяє покращенню психічного здоров'я ветеранів, знижує ризики загострення ПТСР, а також симптомів депресії й тривожності [7, с. 71-77].

Окрім того, вона допомагає розвитку посттравматичного зростання - здатності знаходити нові смисли у житті, розвивати стосунки та відчувати мету [21].

В Україні активно реалізуються різноманітні ініціативи соціально-психологічної підтримки для ветеранів, що мають на меті полегшення їхньої реінтеграції в суспільне та професійне життя.

Серед найбільш значущих заходів виділяються:

Центри ветеранського розвитку, які функціонують під управлінням Міністерства у справах ветеранів України, відіграють ключову роль у формуванні системи підтримки колишніх військовослужбовців. Їхня діяльність спрямована на забезпечення всебічної допомоги ветеранам у процесі переходу до мирного життя [4, с. 56-57].

У таких центрах ветерани отримують комплексну підтримку, що охоплює широкий спектр послуг і спрямована на всебічну реабілітацію та інтеграцію в цивільне життя. Зокрема, надаються:

- **Психологічне консультування** та терапевтична допомога, що включає індивідуальні та групові сесії, спрямовані на подолання наслідків бойового стресу, посттравматичних розладів, тривожності, депресії та емоційного виснаження. Програми психотерапії включають техніки

емоційної саморегуляції, стрес-менеджменту, розвиток когнітивних стратегій та навичок соціальної адаптації.

- **Навчальні програми** для підвищення кваліфікації або здобуття нової професії, що дають можливість ветеранам актуалізувати свої знання, опанувати сучасні навички та підготуватися до конкурентного ринку праці. Такі програми можуть включати курси з інформаційних технологій, управління, соціальної роботи, медичних професій та інших затребуваних спеціальностей.

- **Професійну переорієнтацію**, що реалізується через коучинг, профорієнтаційне тестування, індивідуальні консультації з експертами ринку праці та навчальні модулі з розвитку кар'єрних навичок. Це дозволяє військовим оцінити власні компетенції, визначити нові можливості та спланувати подальшу професійну траєкторію [53].

Крім того, центри активно сприяють працевлаштуванню ветеранів, налагоджуючи співпрацю з державними службами зайнятості, приватними компаніями та освітніми установами. Вони організовують семінари з розвитку підприємницьких навичок, підтримують стартапи, започатковані ветеранами, та створюють умови для соціальної взаємодії, обміну досвідом та формування мережі підтримки серед учасників.

Такий комплексний підхід забезпечує не лише економічну незалежність ветеранів, а й їх психологічну стабільність, підвищення самооцінки та впевненості у власних силах. Він сприяє формуванню соціальної інтеграції в громаду, допомагає відновити почуття значущості, створює можливості для активної участі у суспільному житті та розвитку громадських ініціатив [56].

Завдяки поєднанню психологічної, освітньої та соціально-професійної підтримки, такі центри виступають не лише як місця відновлення, а й як платформи для реалізації потенціалу ветеранів, розвитку їхніх лідерських

якостей та формування стійких життєвих стратегій у цивільному середовищі [62, с. 221-222].

Програми психосоціальної реінтеграції, зокрема ініціатива USAID «Разом ми сильніші», є важливими для відновлення психологічного здоров'я ветеранів та їхніх родин. Вони зосереджені не лише на наданні індивідуальної психологічної допомоги, але й на створенні цілісної системи підтримки, яка охоплює соціальну, професійну та сімейну сфери. У рамках цієї ініціативи ветерани отримують доступ до психотерапевтичних консультацій, групових занять і тренінгів, які допомагають їм розвивати навички саморегуляції, ефективного спілкування та вирішення конфліктів [25, с. 34-36].

Одним із ключових елементів програми є підтримка сімей ветеранів, що виступає важливим чинником їхньої соціальної та психологічної адаптації [72, с. 112-113]. Така підтримка сприяє покращенню взаєморозуміння між членами родин, зменшенню напруження у стосунках та створенню стабільного емоційного клімату вдома. Особлива увага приділяється розвитку навичок ефективної комунікації, вирішенню конфліктів та адаптації до змін, пов'язаних із поверненням військовослужбовців до цивільного життя.

До реалізації ініціативи активно залучаються українські психологічні служби, громадські організації та місцеві центри соціальної реабілітації, що забезпечує міжвідомчу співпрацю та комплексний підхід до реінтеграції ветеранів у суспільство [65, с. 37-41]. Програма включає освітні та професійні тренінги, спрямовані на розвиток життєвих і кар'єрних навичок, підвищення самооцінки та мотивації до самореалізації. Учасники мають можливість пройти перекваліфікацію, підвищити професійну компетентність і знайти роботу, що дозволяє знизити ризик соціальної ізоляції та повторної дезадаптації після повернення з бойових умов.

Мета програми полягає у створенні сталих механізмів підтримки ветеранів та їхніх родин у громадах по всій Україні. Для цього реалізується

широка регіональна мережа центрів і проєктів, що охоплює як великі міста, так і невеликі населені пункти.

У Києві функціонують консультативні центри, де ветерани та члени їхніх родин можуть отримати безоплатну психологічну допомогу, пройти курси з розвитку кар'єрних та соціальних навичок, а також взяти участь у групових тренінгах для подолання стресу.

У Львові активно впроваджуються тренінги з емоційної саморегуляції, програми підтримки сімей, психологічні групи взаємодопомоги та спеціалізовані семінари для дружин і батьків військових.

У Дніпрі реалізовано низку програм із професійної перекваліфікації та підтримки ветеранського бізнесу, включно з грантовими ініціативами для започаткування власної справи та менторською підтримкою для нових підприємців.

Крім того, у межах програми «Разом ми сильніші» проводяться освітні кампанії, спрямовані на підвищення обізнаності про психічне здоров'я серед ветеранів і широкої громадськості. Розробляються методичні матеріали та посібники для психологів, соціальних працівників та педагогів, створюються партнерські мережі між державними установами, громадськими організаціями та міжнародними структурами. Такий комплексний підхід забезпечує не лише особистісну реабілітацію ветеранів, а й формування стійких громад, здатних надавати підтримку тим, хто повертається з війни, та створювати умови для соціальної інтеграції [76].

За даними USAID (2024), участь у програмі позитивно вплинула на емоційний стан понад 10 тисяч ветеранів та їхніх родин, сприяючи зниженню рівня тривожності й депресивних розладів, а також покращенню соціального функціонування та адаптації до цивільного життя [70, с. 123-124]. Такий підхід відповідає сучасним міжнародним стандартам психосоціальної реабілітації ветеранів, де підкреслюється важливість інтеграції психологічної

допомоги з освітньо-професійними та соціальними компонентами (АРА, 2025; WHO, 2024).

Варто також зазначити, що програма стимулює розвиток позитивної самоідентичності ветеранів, підвищує їхню впевненість у власних можливостях та сприяє формуванню активної громадянської позиції [77]. Це дозволяє не лише відновити психологічну стійкість і соціальні зв'язки, а й інтегрувати ветеранів у суспільство як повноцінних учасників економічного та соціального життя [26, с.70-75].

Діяльність громадських організацій, таких як «Побратими», «Ветеран Хаб» і «Без броні». Такі організації створюють групи взаємодопомоги, де учасники можуть обмінюватися досвідом, обговорювати проблеми та разом знаходити способи їх вирішення. Вони проводять навчальні курси та тренінги, спрямовані на розвиток як особистісних, так і професійних навичок, підготовку до нових видів діяльності, започаткування власної справи чи продовження освіти [4, с. 48-49].

Система наставництва дозволяє ветеранам отримати безпосередню допомогу від побратимів, які успішно адаптувалися до цивільного життя. Такий підхід не тільки надає емоційну підтримку, але й сприяє обміну практичними знаннями та досвідом, що значно покращує процес реінтеграції. Наставники допомагають орієнтуватися у соціальному та професійному середовищі, адаптуватися до нових умов і розробляти ефективні життєві стратегії, завдяки чому зменшується ризик повторної дезадаптації та психологічних труднощів. Крім того, громадські ініціативи сприяють створенню ветеранських спільнот, які стають осередками соціальної єдності, активної участі в громадському житті та волонтерських проєктів [57].

Члени цих спільнот активно долучаються до культурних, освітніх і соціальних заходів, підвищуючи обізнаність суспільства про проблеми ветеранів і, водночас, формуючи їхній позитивний імідж. Це сприяє подоланню стереотипів щодо військових, які повернулися з війни. Такі

ініціативи створюють атмосферу взаємодопомоги й солідарності, стимулюючи ветеранів до активної соціальної участі та роботи над розвитком місцевих громад.

Центри ветеранського розвитку, що діють у Києві, Львові, Дніпрі, Харкові та інших містах України, забезпечують доступ до комплексних програм реабілітації та особистісного розвитку.

У цих закладах реалізуються сучасні психологічні програми, проводяться тренінги з підприємництва та професійного зростання, а також організовуються заходи для підвищення громадської активності ветеранів .

Наприклад, у Львові функціонує освітній проєкт з перепідготовки військових до роботи у сфері ІТ, надаючи можливість здобути затребувані на ринку праці навички.

У свою чергу, у Дніпрі реалізуються програми підтримки ветеранського бізнесу, включно із мікрогрантами, консультаціями та наставництвом, які допомагають колишнім військовослужбовцям розпочати власну справу та успішно її розвивати.

Робота таких організацій не лише сприяє поверненню ветеранів до активного життя, а й зміцнює соціальний капітал громад. Вони формують культуру підтримки, солідарності та відповідальності. Соціальна і професійна реабілітація є важливим етапом у подоланні посттравматичних наслідків та відновленні повноцінної і цілісної особистості [56].

Програми допомоги ветеранам спрямовані на те, щоб вони могли повернутися до повноцінного життя в суспільстві. Вони забезпечують сталу адаптацію, розвиток соціальних і професійних навичок, зміцнення керівних здібностей і мінімізують вірогідність хронічних психологічних проблем [66, с. 112-117]. Такі програми допомагають ветеранам відчувати власну значущість і сприяють формуванню комунікативних та організаційних умінь для успішної інтеграції в соціальне й професійне життя.

Сучасний підхід демонструє важливість комплексності й індивідуалізації роботи з ветеранами [79]. Органічне поєднання розвитку внутрішнього потенціалу особистості із створенням системи соціальної підтримки забезпечує тривалу адаптацію, стійкість до викликів та активну участь у житті громади.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

Бойовий стрес становить одне з ключових питань військової психології, впливаючи на продуктивність, моральну витривалість і здатність до соціальної адаптації у військових. Він проявляється на різних рівнях: фізіологічному - через активацію нервової та гормональної систем; психологічному - через емоційні реакції, оцінку загроз і індивідуальні особливості; та соціально-психологічному - через вплив на динаміку групових взаємодій і бойовий дух.

Теоретичні засади для його аналізу охоплюють біологічний, когнітивно-поведінковий, психоаналітичний, гуманістичний і системно-екологічний підходи, тоді як сучасні дослідження в Україні інтегрують психофізіологічні, особистісні та соціально-психологічні аспекти.

Вплив бойового стресу виявляється у формі депресивних і тривожних розладів, психологічної дезадаптації чи посттравматичного стресового розладу. Характер його проявів залежить від інтенсивності військових дій, особистісних відмінностей та рівня соціальної підтримки.

Для подолання стресу використовуються когнітивно-поведінкова терапія, методики роботи з травмою, групова допомога, психоосвітні заходи, техніки саморегуляції, а за необхідності - медикаментозне лікування. Комплексний підхід спрямований на покращення психічного здоров'я, сприяння соціальній адаптації та зміцнення психологічної стійкості як військових, так і ветеранів.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВІВ БОЙОВОГО СТРЕСУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ І ВЕТЕРАНІВ

2.1. Організація та хід дослідження

Дослідження симптомів бойового стресу серед військовослужбовців та ветеранів проводилося за розробленою багатокомпонентною методологією, яка комбінувала кількісні й якісні методи аналізу.

Процес реалізації складався із кількох послідовних етапів.

На першому (констатуючому) етапі були визначені мета й завдання дослідження, сформульовані робочі гіпотези та уточнені об'єкт і предмет вивчення.

Об'єктом стали військовослужбовці та ветерани, які мали особистий досвід участі в бойових діях, а предметом - специфічні прояви бойового стресу та їхній вплив на психоемоційний стан і поведінкові особливості учасників.

Відбір респондентів здійснювався за чітко встановленими критеріями: участь у бойових операціях, відсутність гострих психічних захворювань, а також готовність до участі в дослідженні.

Основна вибірка охоплювала 40 осіб, з яких 20 складали військовослужбовці на активній службі та 20 - ветерани різного віку й рівня бойового досвіду.

Формування вибірки орієнтувалося на принцип репрезентативності для забезпечення розмаїття категорій бойового досвіду, тривалості служби й соціально-демографічних характеристик респондентів.

Етап збору даних передбачав використання емпіричних методик для оцінки психоемоційного стану респондентів.

На основі отриманих даних було визначено ключові психоемоційні та поведінкові особливості військовослужбовців і ветеранів, що дозволило розробити ефективну психологічну програму підтримки та реабілітації.

Формувальний етап експерименту мав на меті перевірити ефективність запропонованої програми психосоціальної реінтеграції ветеранів, спрямованої на розвиток адаптаційних ресурсів особистості, зниження рівня тривожності та підвищення соціальної активності.

На цьому етапі було здійснено впровадження комплексу заходів, що включав:

- психологічні тренінги (з емоційної саморегуляції, розвитку комунікативних навичок, управління стресом);
- групові консультації та підтримувальні зустрічі, організовані за принципом «рівний - рівному»;
- профорієнтаційні сесії та навчальні програми, спрямовані на професійну переорієнтацію;
- індивідуальну психокорекційну роботу з ветеранами, які проявляли ознаки посттравматичних реакцій;
- інформаційно-просвітницькі заходи для членів родин ветеранів, спрямовані на покращення взаєморозуміння та емоційної підтримки у сім'ї.

До експериментальної групи було залучено 20 осіб, які пройшли попередню діагностику та висловили згоду на участь у дослідженні.

Контрольна група, чисельністю 20 осіб, не брала участі у формувальних впливах і використовувалася для порівняння результатів.

Протягом формувального етапу здійснювався моніторинг динаміки психологічних показників, рівня соціальної інтеграції та професійної самореалізації ветеранів.

По завершенні етапу було проведено повторну діагностику за тими ж методиками, що й на констатувальному етапі, що дозволило виявити кількісні та якісні зміни в експериментальній групі.

Отримані результати стали підґрунтям для оцінювання ефективності запропонованої системи психосоціальної реінтеграції.

Контролюючий етап дослідження мав на меті оцінити результативність упроваджених психокорекційних і реабілітаційних заходів, а також здійснити порівняння отриманих показників із результатами констатувального етапу. Головним завданням цього етапу було виявлення динаміки змін психоемоційного стану військовослужбовців і ветеранів після проходження програми психологічної підтримки.

Після завершення формувального експерименту, що передбачав проведення психоосвітніх занять, використання методів когнітивно-поведінкової терапії, технік релаксації та розвитку навичок саморегуляції, учасники повторно проходили психодіагностичне обстеження. Для цього застосовувалися ті ж стандартизовані методики, що й під час констатувального етапу.

2.2.Реалізація констатувального експерименту

Констатувальний експеримент проводився з метою всебічного вивчення проявів бойового стресу у військовослужбовців та ветеранів. Він дозволив оцінити інтенсивність стресових реакцій, тривожність, депресивні симптоми та специфіку проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Проведення дослідження передбачало такі етапи:

1. Підготовчий етап:

- визначення мети та завдань дослідження;
- відбір учасників за критеріями включення: військовослужбовці та ветерани, які брали участь у бойових діях;
- отримання інформованої згоди від усіх респондентів;

- підготовка методичного забезпечення та інструкцій;
- забезпечення етичних принципів, конфіденційності та психологічної підтримки під час дослідження.

2. Проведення експерименту: учасники заповнювали стандартизовані опитувальники:

PCL-5 (Weathers et al.). Це стандартизований опитувальник, розроблений для оцінки наявності та вираженості симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) відповідно до критеріїв DSM-5. Методика створена групою дослідників під керівництвом Weathers F.W. та широко використовується у військовій психології, клінічній практиці й наукових дослідженнях.

Опитувальник складається з 20 тверджень, що відображають основні симптоми ПТСР, об'єднані у чотири групи:

- Реакції повторного переживання (нав'язливі спогади, кошмари, флешбеки);
- Уникання (свідоме ухилення від думок або ситуацій, пов'язаних із травмою);
- Негативні зміни у когніціях і настрої (почуття провини, емоційна відчуженість, зниження інтересу до діяльності);
- Підвищена збудливість (дратівливість, гіперпильність, порушення сну, реакції переляку).
- Кожен пункт оцінюється за 5-бальною шкалою від 0 (“зовсім не турбує”) до 4 (“надзвичайно сильно турбує”), що дозволяє отримати сумарний бал у діапазоні від 0 до 80.

Інтерпретація результатів:

- 0–19 балів - відсутність або мінімальні симптоми;
- 20–39 балів - помірні прояви ПТСР;
- 40–59 балів - виражені симптоми;
- понад 60 балів - високий рівень посттравматичного стресу.

Шкала PCL-5 дозволяє не лише діагностувати наявність ПТСР, а й відстежувати динаміку змін під час психокорекційних або реабілітаційних заходів, що робить її особливо цінною у практиці роботи з військовослужбовцями та ветеранами бойових дій.

Perceived Stress Scale (PSS, S. Cohen). Є однією з найпоширеніших психодіагностичних методик для вимірювання рівня суб'єктивного (сприйнятого) стресу. Вона оцінює, наскільки людина відчуває своє життя непередбачуваним, неконтрольованим і перевантаженим - тобто наскільки стресові події впливають на її емоційний стан.

Шкала спрямована не на об'єктивну кількість стресових факторів, а на індивідуальне сприйняття людиною цих ситуацій, що робить її особливо цінною для оцінки психологічної стійкості військовослужбовців і ветеранів. PSS існує у кількох варіантах - PSS-14, PSS-10 і PSS-4, з яких найчастіше використовується 10-пунктова версія (PSS-10). Учасникам пропонується оцінити, як часто протягом останнього місяця вони відчували певні емоційні стани, використовуючи 5-бальну шкалу від 0 ("ніколи") до 4 ("дуже часто").

Типові твердження охоплюють такі аспекти, як:

- відчуття відсутності контролю над подіями;
- перевантаження обов'язками;
- труднощі у боротьбі зі стресом;
- впевненість у власній здатності долати труднощі.

Інтерпретація результатів:

- 0–13 балів - низький рівень стресу;
- 14–26 балів - помірний рівень стресу;
- 27–40 балів - високий рівень сприйнятого стресу.

Методика має високу надійність ($\alpha = 0.78-0.91$) і широко використовується для дослідження впливу стресових факторів на психічний стан, а також для оцінки ефективності психокорекційних програм. У контексті роботи з ветеранами бойових дій шкала дозволяє виявити

суб'єктивну напруженість та оцінити ефективність адаптаційних механізмів після пережитого травматичного досвіду.

Beck Depression Inventory-II (BDI-II). Стандартизований опитувальник, розроблений Aaron T. Beck та його колегами, який призначений для вимірювання ступеня вираженості депресивних симптомів у дорослих та підлітків. Ця методика є однією з найпоширеніших у світовій психодіагностичній практиці та має високу надійність і валідність при роботі з різними популяціями, зокрема з ветеранами бойових дій.

BDI-II містить 21 пункт, кожен із яких описує певний симптом депресії (пригнічений настрій, втрата інтересу, почуття провини, втомлюваність, безсоння, суїцидальні думки тощо). Респондент обирає твердження, яке найточніше відображає його стан за останні два тижні, оцінюючи інтенсивність кожного симптому за 4-бальною шкалою від 0 до 3.

Шкала охоплює три основні компоненти депресії:

1. Емоційний - сум, відчай, почуття провини, втрата задоволення;
2. Когнітивний - негативне сприйняття себе, безнадійність, труднощі концентрації;
3. Соматичний - порушення сну, втома, зниження апетиту.

Інтерпретація результатів:

- 0–13 балів - мінімальні депресивні прояви;
- 14–19 балів - легкий рівень депресії;
- 20–28 балів - помірна депресія;
- 29–63 бали - виражена депресія.

BDI-II дозволяє не лише визначити рівень депресії, а й відстежити зміни емоційного стану під час психокорекційних або реабілітаційних програм. У дослідженнях із військовослужбовцями та ветеранами ця методика допомагає оцінити глибину депресивних переживань, пов'язаних із бойовим досвідом, втратою товаришів та труднощами соціальної адаптації після служби.

State-Trait Anxiety Inventory (STAI, Спілбергер) – опитувальник для діагностики рівня тривожності як ситуативного стану (*reactive anxiety, state anxiety*) та стійкої індивідуальної риси особистості (*personal anxiety, trait anxiety*) у дослідженні застосовано опитувальник State–Trait Anxiety Inventory (STAI), розроблений Ч. Д. Спілбергером (C. D. Spielberger) і адаптований для використання в Україні Ю. Л. Ханіним.

Методика складається з 40 тверджень, розподілених на дві шкали:

- перша шкала (S-Anxiety) - вимірює рівень тривожності як стану, тобто поточні емоційні переживання, пов'язані з напруженням, неспокоєм, страхом чи занепокоєнням у конкретний момент часу;
- друга шкала (T-Anxiety) - оцінює тривожність як стійку особистісну рису, що відображає схильність індивіда сприймати широкий спектр ситуацій як загрозливі та реагувати на них підвищеною тривогою.

Респондент оцінює кожне твердження за 4-бальною шкалою:

- від «зовсім ні» (1 бал) до «дуже сильно» (4 бали) - для ситуативної тривожності;
- від «майже ніколи» (1 бал) до «майже завжди» (4 бали) - для особистісної тривожності.

Підрахунок результатів здійснюється шляхом сумування балів за кожною шкалою окремо (діапазон - від 20 до 80 балів).

- 20–30 балів - низький рівень тривожності;
- 31–45 балів - середній (помірний) рівень;
- 46 балів і вище - високий рівень тривожності.

Отримані результати дозволяють оцінити емоційний стан ветеранів на момент обстеження, а також визначити загальну схильність до тривожних реакцій, що є важливим для виявлення потреби у психологічній допомозі.

Методика STAI є валідним і надійним інструментом у клінічній та соціально-психологічній практиці, особливо під час роботи з особами, які пережили бойовий стрес або посттравматичні стани. У межах формувального

етапу експерименту вона використовувалася для оцінки динаміки тривожності до та після впровадження програми психосоціальної реінтеграції.

Додатково проводилися напівструктуроване інтерв'ю, що включало такі блоки:

- Загальні дані – вік, досвід служби, участь у бойових операціях;
- Емоційні реакції під час та після бойових дій – страх, роздратованість, емоційне відчуження;
- Фізичні прояви стресу – порушення сну, серцебиття, підвищена втомлюваність;
- Соціальна адаптація та підтримка – сімейні, дружні та колективні зв'язки;
- Суб'єктивна оцінка власного психоемоційного стану – зміни настрою, тривожність, депресивні настрої, ризик повторних травм.

Наступним етапом відбувалася фіксація та первинна обробка даних: проводилася перевірка анкет на повноту та коректність; результати включали як кількісні показники за опитувальниками, так і якісні дані з інтерв'ю.

Для проведення статистичного аналізу використовувалися коефіцієнти кореляції Пірсона та Спірмена для визначення взаємозв'язків між показниками; для порівняння груп застосовувався t-критерій Стюдента; обробка даних здійснювалася у програмному забезпеченні SPSS for Windows, що дозволило виділити статистично значущі закономірності та співвідношення між проявами стресу, тривожності та депресії.

Завдяки проведенню експерименту було отримано комплексну інформацію про прояви бойового стресу у військовослужбовців та ветеранів:

- визначено інтенсивність стресових реакцій;
- оцінено рівень тривожності та депресивних симптомів;
- виявлено взаємозв'язки між суб'єктивними оцінками стану та об'єктивними показниками;

- визначено групи ризику для подальшої психологічної підтримки.

Цей етап дослідження створив наукову основу для практичних рекомендацій щодо психологічної допомоги та профілактики негативних наслідків бойового стресу серед військовослужбовців і ветеранів.

2.3. Аналіз результатів дослідження та їх інтерпретація

Симптоми ПТСР визначали з використанням стандартизованого опитувальника PCL-5 (Weathers et al.) (див. табл. 2.1 та Додаток А).

Таблиця 2.1

Результати опитування військовослужбовців за опитувальником PCL-5 (Weathers et al.)

Група	Середнє	Мінімум	Максимум	Дисперсія
Активні	27,7	10	40	54,48
Ветерани	25,2	10	40	86,36

Як видно з таблиці, активні учасники демонструють середній бал у 27,7, що перевищує середній показник ветеранів (25,2). Це може бути ознакою їхньої дещо вищої продуктивності або кращого виконання завдань.

По значенням мінімуму і максимуму обидві групи мають однакові крайні значення результатів - від 10 до 40 балів, що підтверджує наявність як дуже слабких, так і дуже сильних учасників у кожній категорії.

Дисперсія: Результати ветеранів характеризуються значно більшою дисперсією (86,36 проти 54,48 у активних учасників), що вказує на різноманітність показників: у групі є як високопродуктивні учасники, так і ті, чия ефективність значно нижча. Натомість активні учасники демонструють тісніше згруповані результати з меншою варіацією. Таким чином, для

активних учасників характерна стабільність - основна частка балів зосереджена поблизу середнього значення (~28).

У ветеранів результати значно варіюють між низькими та високими показниками, що свідчить про більшу нерівномірність успішності. Підсумок:

Активні учасники виявляють кращі середні показники та більш стабільні результати. Для ветеранів характерний широкий розкид балів: частина учасників досягає високих результатів, тоді як інші мають суттєво нижчі показники. Це може свідчити про різноманітність складу ветеранів, де присутні як сильні, так і слабкі підгрупи. Натомість активні учасники демонструють більш однорідний рівень продуктивності (див. рис. 2.1.).

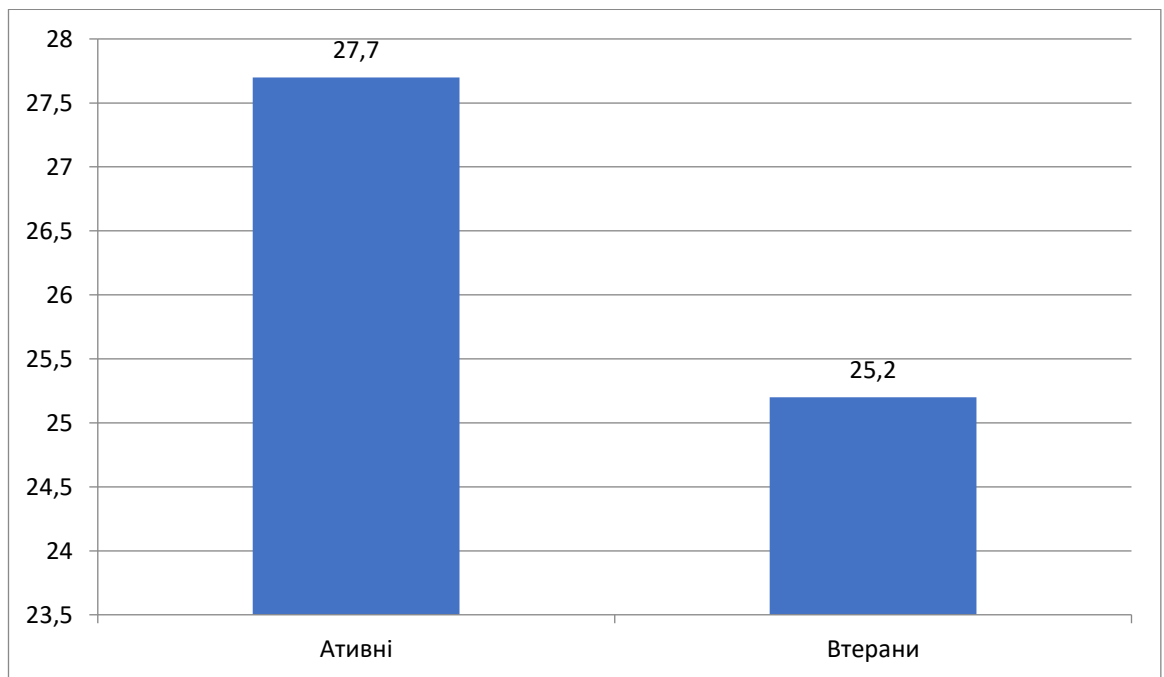


Рис. 2.1. Гістограма порівняння симптомів ПТСР у групах

В цілому, активні учасники в середньому набрали більше балів і демонструють стабільніші результати. Ветерани мають більший розкид результатів, від низьких до високих, що свідчить про наявність сильних і слабких підгруп. Результати «активних» більш однорідні, тоді як у ветеранів спостерігається висока варіативність.

Рівень стресу оцінювався за методикою Perceived Stress Scale (PSS, S. Cohen), (див. табл 2.2 та Додаток Б).

Таблиця 2.2

Результати опитування військовослужбовців за методикою Perceived Stress Scale (PSS, S. Cohen)

Група	Кількість учасників	Середнє значення PSS (до)
Активні	20	27,55
Ветерани	20	26,20
Усього	40	26,88

Проведений порівняльний аналіз рівня сприйняття стресу (PSS) серед двох груп військовослужбовців - активних ($n = 20$) та ветеранів ($n = 20$) - до проведення втручання виявив, що середнє значення показника PSS (до) у групі активних військових становило 27,55 бала, тоді як у групі ветеранів - 26,20 бала. Загальний середній рівень стресу серед усіх 40 учасників дорівнював 26,88 бала.

Отримані результати свідчать, що активні військовослужбовці демонструють дещо вищий рівень сприйняття стресу, ніж ветерани, хоча різниця між групами не є суттєвою. Це може бути пов'язано з актуальними службовими навантаженнями, впливом бойових завдань або високими вимогами до оперативної готовності у діючих військових (див. рис. 2.2.).

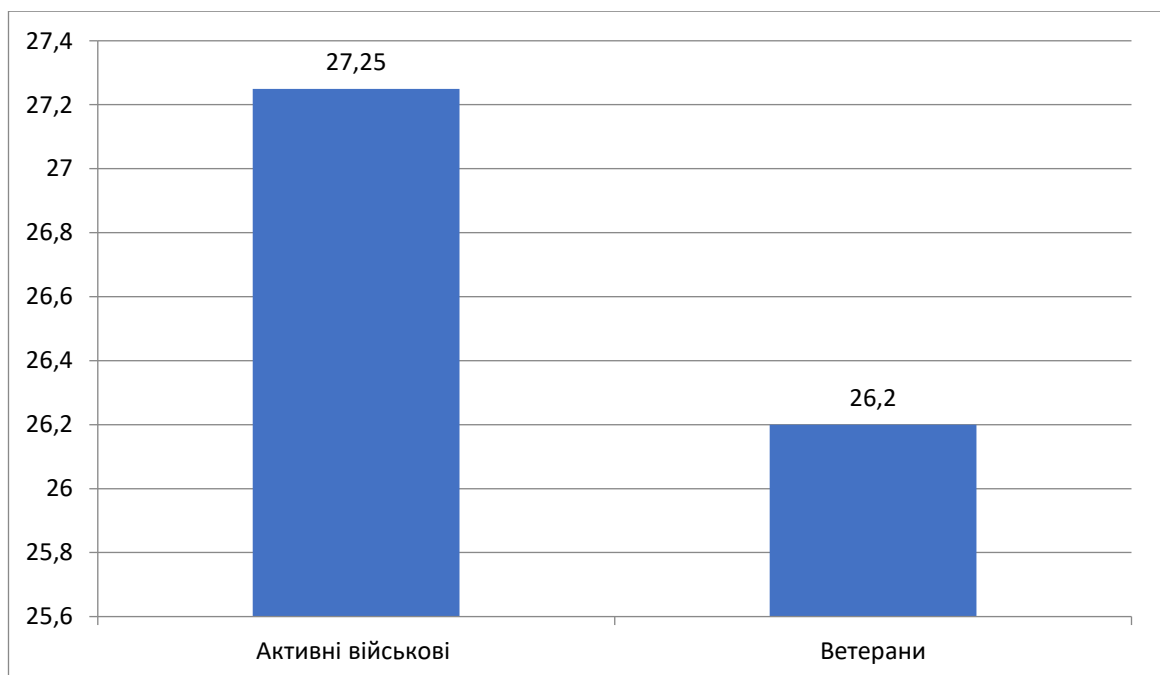


Рис 2.2. Гістограма аналізу рівня стресу між групами військових

З графіка видно, що різниця у рівнях стресу між групами є незначною (близько 1 бала). Отже, можна зробити висновок, що:

- обидві групи перебувають у схожому діапазоні середніх значень стресу;
- активні військові демонструють трохи більший рівень напруження, що може бути пов'язано з поточними службовими завданнями, підвищеним рівнем відповідальності та психологічним навантаженням;
- ветерани, ймовірно, мають нижчий рівень стресу завдяки адаптації до цивільного життя або завершенню активної служби.

У цілому, діаграма наочно демонструє тенденцію до помірного рівня стресу в обох групах та незначну відмінність між ними.

Ступінь вираженості депресивності за опитувальником BDI-II (див. табл. 2.3 та Додаток В).

Таблиця 2.3

Узагальнююча таблиця BDI-II для військових

Група	Кількість учасників	Середнє значення BDI-II (до)	Рівень депресивності
Активні	20	8,45	Мінімальний рівень
Ветерани	20	13,55	Легкий рівень
Усього	40	11,00	Легкий рівень

Отримані результати за опитувальником BDI-II свідчать, що обидві групи військовослужбовців мають низькі або легкі прояви депресивної симптоматики до проведення будь-якого втручання.

- Активні військові продемонстрували середній бал 8,45, що відповідає мінімальному рівню депресії за шкалою Бека. Це може вказувати на відносно стабільний емоційний стан, незважаючи на службові навантаження.
- Ветерани мають середній бал 13,55, що належить до легкого рівня депресії. Це свідчить про дещо вищий рівень емоційного напруження, який

може бути пов'язаний із труднощами адаптації після служби або пережитими бойовими подіями.

У цілому середній показник по вибірці (11,0 бала) відповідає легкому рівню депресії, що є типовим для військових груп, які мають досвід високого стресу (див. рис. 2.3.).

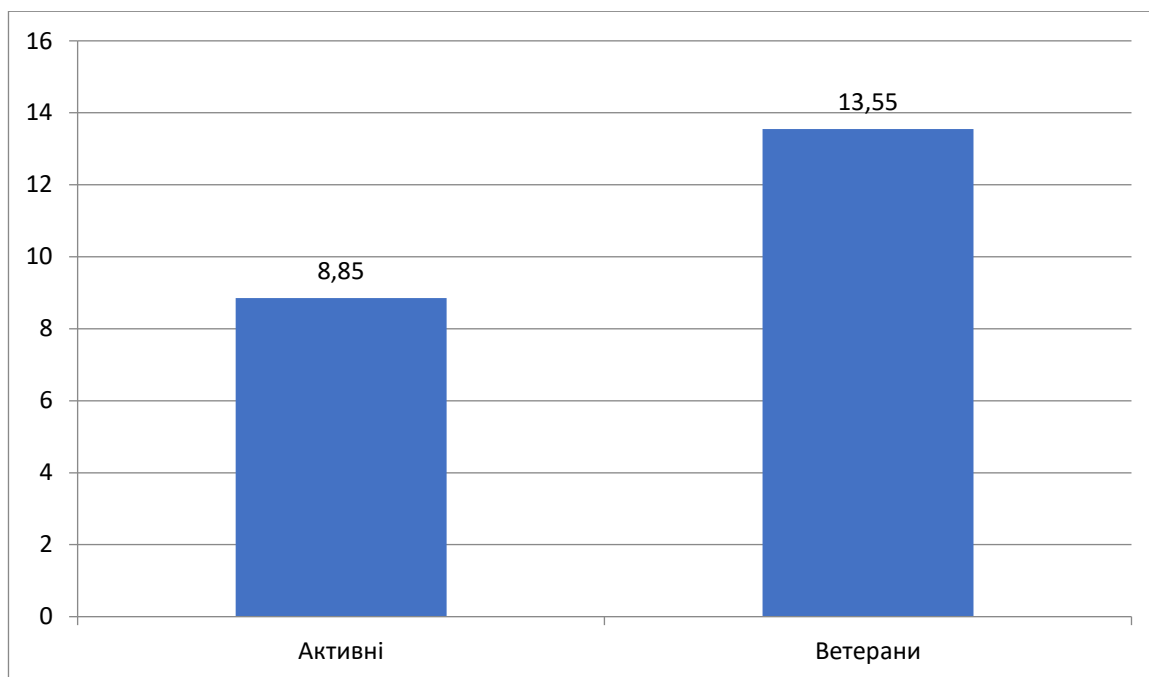


Рис 2.3. Гістограма рівня депресії за шкалою серед військових груп

Як видно з графіка, ветерани мають вищий середній рівень депресивних проявів, ніж активні військовослужбовці. Це може бути пов'язано з постстресовими переживаннями, труднощами адаптації до цивільного життя та іншими психоемоційними факторами, що впливають на ветеранів після служби.

Рівень тривожності визначали за опитувальником State-Trait Anxiety Inventory (STAI, Спілбергер) (див. табл. 2.4 та Додаток Г).

Результати оцінки рівня тривожності за шкалою **STAI** свідчать про наявність різниці між активними військовими та ветеранами.

Таблиця 2.4

Результати за опитувальником STAI

Група	Кількість учасників	Середнє значення STAI (до)	Рівень тривожності
Активні	20	37,10	Помірний
Ветерани	20	44,85	Підвищений
Усього	40	40,98	Помірний–підвищений

• У групі активних військових середній показник становить 37,10 бала, що відповідає помірному рівню ситуативної тривожності. Це може бути пов'язано з поточним службовим навантаженням, дисциплінарними вимогами та очікуваннями підвищеної готовності.

• У групі ветеранів середній показник дорівнює 44,85 бала, що свідчить про підвищений рівень тривожності. Можливими чинниками є постслужбові переживання, труднощі адаптації до цивільного життя та залишкові емоційні наслідки бойового досвіду.

У цілому середнє значення по вибірці (40,98 бали) вказує на помірно-підвищений рівень тривожності серед військовослужбовців, що є очікуваним для осіб із досвідом військової діяльності (див. рис. 2.4.).

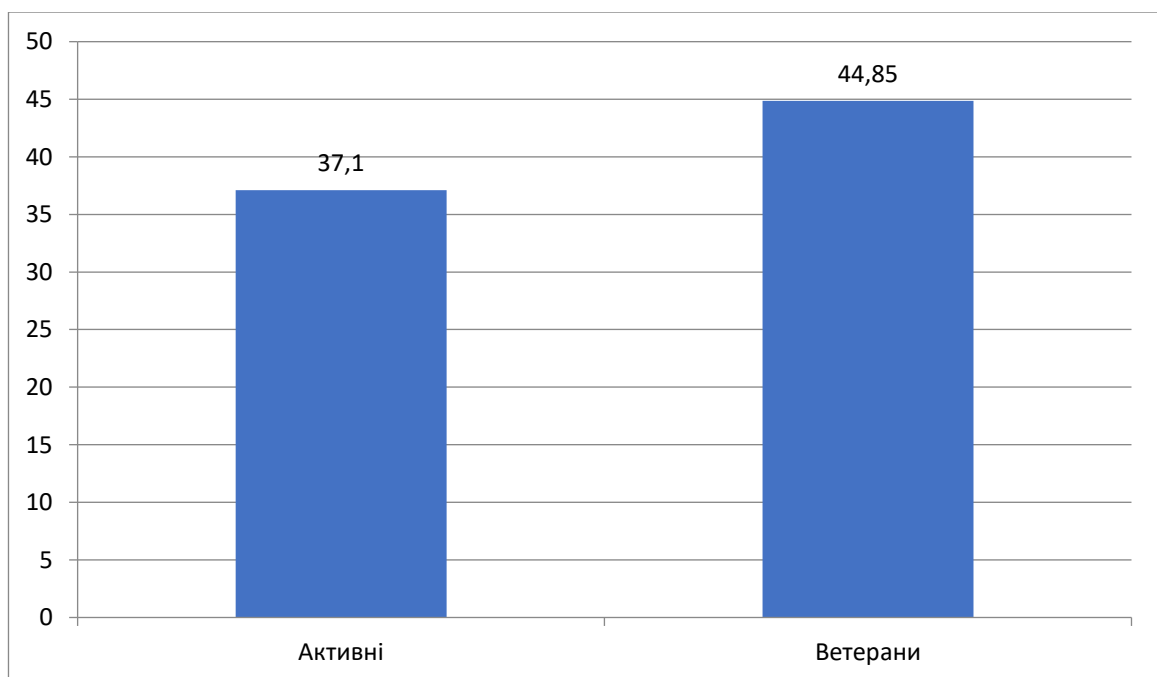


Рис 2.4. Гістограма порівняння рівня тривожності між групами

Як видно з графіка, ветерани демонструють підвищений рівень тривожності порівняно з активними учасниками, а також більшу індивідуальну різницю у показниках. Це може свідчити про вплив бойового досвіду чи післястресових факторів на психологічний стан ветеранів.

Отже, ветерани виявляють вищий рівень ситуативної та особистісної тривожності, що вказує на потребу у психологічній підтримці та заходах профілактики тривожних станів.

Для глибшого розуміння індивідуального досвіду військовослужбовців, їхніх емоційних, фізичних і соціальних реакцій на стрес, а також особливостей адаптації до цивільного життя після участі у бойових діях проводилося напівструктуроване інтерв'ю.

Це дозволило доповнити результати стандартизованих психодіагностичних опитувальників (PSS, BDI-II, STAI) якісними даними, що відображають суб'єктивне сприйняття, переживання та особисті оцінки військових. Також воно допомогло виявити емоційні закономірності, ознаки дезадаптації, потребу в соціальній та психологічній підтримці, а також різницю у психологічних реакціях між активними військовими та ветеранами (див. табл. 2.5).

Таблиця 2.5

Результати напівструктурованого інтерв'ю

Блок	Показник / питання	Активні військові (n=20)	Ветерани (n=20)	Узагальнений опис
1. Загальні дані	Середній вік	29,4 року	38,7 року	Ветерани старші, мають більший життєвий і службовий досвід
	Середня тривалість служби	6,5 року	12,3 року	Ветерани мають подовжену військову кар'єру, часто - участь у бойових діях
	Участь у бойових операціях (%)	60%	95%	Більшість ветеранів мають бойовий досвід, серед активних - трохи більше половини
	Рівень освіти	75% – вища, 25% – середня спец.	80% – вища, 20% – середня спец.	Рівень освіти подібний у групах
	Військова спеціалізація	Змішані (піхота, зв'язок)	Переважно бойові підрозділи	У ветеранів більше бойових спеціальностей

Продовження таблиці 2.5

2. Емоційні реакції	Виникнення страху / тривоги під час бойових дій	70% – іноді, 30% – часто	50% – іноді, 50% – часто	Ветерани частіше повідомляли про епізоди вираженої тривоги
	Зміни емоційного стану після повернення	40% – стабільний, 60% – помірні зміни	25% – стабільний, 75% – значні зміни	У ветеранів частіше спостерігається емоційна нестабільність після служби
Блок	Показник / питання	Активні військові (n=20)	Ветерани (n=20)	Узагальнений опис
3. Фізичні прояви стресу	Проблеми зі сном / кошмари	45% – рідко, 35% – іноді, 20% – часто	20% – рідко, 30% – іноді, 50% – часто	У ветеранів значно частіше спостерігаються порушення сну
	Фізіологічні реакції (пітливість, серцебиття, втома)	55% – іноді, 10% – часто	40% – іноді, 35% – часто	У ветеранів частіше проявляються соматичні симптоми стресу
4. Соціальна адаптація	Підтримка від родини / друзів	85% – так, 15% – частково	70% – так, 30% – частково	Обидві групи мають соціальну підтримку, але ветерани відчувають її менше
	Складнощі у спілкуванні / інтеграції	25% – іноді, 10% – часто	40% – іноді, 25% – часто	У ветеранів частіше виникають труднощі соціальної адаптації
5. Суб'єктивна оцінка стану	Самооцінка тривожності	35% – низька, 55% – помірна, 10% – висока	15% – низька, 55% – помірна, 30% – висока	Ветерани частіше оцінюють свій стан як тривожний
	Самооцінка депресії	45% – відсутня, 45% – легка, 10% – помірна	25% – відсутня, 45% – легка, 30% – помірна	У ветеранів вираженіші депресивні тенденції
	Відчуття психоемоційного напруження у повсякденному житті	30% – рідко, 55% – іноді, 15% – часто	10% – рідко, 40% – іноді, 50% – часто	У ветеранів частіше спостерігається повторне напруження та емоційна втома

Дані, отримані під час напівструктурованого інтерв'ю, виявили як спільні, так і відмінні тенденції у двох групах військовослужбовців. Активні військові в цілому показують більш стійкий емоційний стан, рідше мають

труднощі зі сном чи фізичними проявами стресу, а також краще підтримують соціальні зв'язки. Рівень тривожності та депресії у них здебільшого оцінюється як помірний або низький.

Ветерани, навпаки, частіше стикаються з приступами тривоги, емоційним виснаженням, труднощами адаптації до цивільного життя та розладами сну. Вони також схильні вищою мірою самооцінювати свою тривожність і депресію порівняно з активними військовими. Це може бути пов'язано з досвідом бойових дій, зміною звичного бойового ритму життя та обмеженою соціальною підтримкою після демобілізації.

Загалом результати інтерв'ю корелюють із психометричними даними за шкалами PSS, BDI-II та STAI, підтверджуючи наявність у ветеранів вищого рівня емоційного напруження, тривожності та симптомів депресії.

Таким чином, проведене комплексне психо-діагностичне дослідження показало такі результати:

Середній рівень симптомів ПТСР (за шкалою PCL-5) у групі активних військових становив 27,7 бали, що трохи перевищує показники ветеранів - 25,2 бали. Це свідчить про наявність помірних симптомів посттравматичного стресу в обох групах, із тенденцією до більшої стабільності серед активних військових. Водночас у ветеранів спостерігалась значна дисперсія результатів, що вказує на індивідуальні відмінності, від мінімальних до виражених проявів ПТСР.

Рівень сприйнятого стресу (за шкалою PSS) в обох групах оцінюється як помірний. Активні військові мають середній показник 27,7 бали, ветерани - 25,2 бали. Однак у ветеранів значно вища дисперсія результатів, що свідчить про різну адаптивність: частина ветеранів відчуває сильне напруження, тоді як інші - нижчий рівень стресу.

Симптоми депресії (за шкалою BDI-II) здебільшого виявлені на мінімальному або легкому рівнях. Середній показник активних військових становить 8,85 бали, що свідчить про відсутність клінічно значущих

депресивних проявів. У ветеранів цей рівень дещо вищий - 13,55 бали, що відповідає легкому ступеню депресії. Водночас варіабельність результатів ветеранів свідчить про їхню складнішу адаптацію, зумовлену професійним і життєвим досвідом.

Рівень тривожності (за шкалою STAI) показав різницю між групами: активні військові мають середній показник 37,4 бали (помірна тривожність), тоді як ветерани - 44,9 бали (підвищений рівень тривожності). Це виражає схильність ветеранів до емоційного напруження та тривожних переживань, що узгоджується з іншими отриманими даними.

Напівструктуроване інтерв'ю підтвердило результати тестових методик і надало додаткову характеристику психоемоційного стану учасників. Активні військові загалом демонструють вищу емоційну стабільність: у них фіксується менше соматичних скарг (потіння, тахікардія, загальна втома), рідше спостерігаються порушення сну чи проблеми у спілкуванні. Ветерани ж частіше описують випадки страху, тривоги, емоційних змін, соціальної дезадаптації та труднощі зі сном, а їхні загальні психоемоційні стани нерідко супроводжуються напруженням.

Загалом активні військовослужбовці демонструють більш стійкий емоційний фон із низькою варіабельністю показників. Ветерани характеризуються підвищеною чутливістю до стресових факторів, більш глибокими переживаннями та потребою в психологічній допомозі. Дані анкетування і результати інтерв'ю підтверджують зв'язок між високими рівнями тривожності, депресії та симптомами стресу. Ветерани загалом демонструють більш виражені показники за цими шкалами, що пов'язано з особливостями адаптації після служби та наслідками.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2

Проведене комплексне емпіричне дослідження показало такі результати.

Середній рівень симптомів ПТСР (за шкалою PCL-5) у групі активних військових становив 27,7 бали, що трохи перевищує показники ветеранів - 25,2 бали. Це свідчить про наявність помірних симптомів посттравматичного стресу в обох групах, із тенденцією до більшої стабільності серед активних військових. Водночас у ветеранів спостерігалась значна дисперсія результатів, що вказує на індивідуальні відмінності, від мінімальних до виражених проявів ПТСР.

Рівень сприйнятого стресу (за шкалою PSS) в обох групах оцінюється як помірний. Активні військові мають середній показник 27,7 бали, ветерани - 25,2 бали. Однак у ветеранів значно вища дисперсія результатів, що свідчить про різну адаптивність: частина ветеранів відчуває сильне напруження, тоді як інші - нижчий рівень стресу.

Симптоми депресії (за шкалою BDI-II) здебільшого виявлені на мінімальному або легкому рівнях. Середній показник активних військових становить 8,85 бали, що свідчить про відсутність клінічно значущих депресивних проявів. У ветеранів цей рівень дещо вищий - 13,55 бали, що відповідає легкому ступеню депресії. Водночас варіабельність результатів ветеранів свідчить про їхню складнішу адаптацію, зумовлену професійним і життєвим досвідом.

Рівень тривожності (за шкалою STAI) показав різницю між групами: активні військові мають середній показник 37,4 бали (помірна тривожність), тоді як ветерани - 44,9 бали (підвищений рівень тривожності). Це виражає схильність ветеранів до емоційного напруження та тривожних переживань, що узгоджується з іншими отриманими даними.

Напівструктуроване інтерв'ю підтвердило результати тестових методик і надало додаткову характеристику психоемоційного стану учасників.

Активні військові загалом демонструють вищу емоційну стабільність: у них фіксується менше соматичних скарг (потіння, тахікардія, загальна втома), рідше спостерігаються порушення сну чи проблеми у спілкуванні. Ветерани ж частіше описують випадки страху, тривоги, емоційних змін, соціальної дезадаптації та труднощі зі сном, а їхні загальні психоемоційні стани нерідко супроводжуються напруженням.

Загалом активні військовослужбовці демонструють більш стійкий емоційний фон із низькою варіабельністю показників. Ветерани характеризуються підвищеною чутливістю до стресових факторів, більш глибокими переживаннями та потребою в психологічній допомозі. Дані анкетування і результати інтерв'ю підтверджують зв'язок між високими рівнями тривожності, депресії та симптомами стресу. Ветерани загалом демонструють більш виражені показники за цими шкалами, що пов'язано з особливостями адаптації після служби та наслідками.

РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА ПСИХОКОРЕКЦІЇ ЩОДО ПОДОЛАННЯ НАСЛІДКІВ БОЙОВОГО СТРЕСУ У ВЕТЕРАНІВ

3.1. Теоретичні засади побудови психокорекційної програми

Проблема подолання наслідків бойового стресу у ветеранів займає ключове місце в сучасній військовій психології.

Умови бойових дій, постійна небезпека, емоційне перенапруження, втрати побратимів та необхідність тривалої мобілізації психічних ресурсів значно впливають на стан психічного здоров'я ветеранів. Це може спричиняти стійкі стресові реакції та призводити до розвитку посттравматичних стресових розладів (ПТСР), депресивних станів, високої тривожності та складнощів із соціальною адаптацією.

Саме тому важливим напрямом є створення ефективних психокорекційних програм, спрямованих на підтримку ветеранів у процесі їхнього повернення до мирного життя. Бойовий стрес: психологічна сутність
Бойовий стрес – це інтенсивна психоемоційна реакція організму на надзвичайні умови війни.

У наукових дослідженнях (Караяни А.Г., Horowitz M.) [8, с. 15-25], [48, с. 27-34] його визначають як специфічний тип стресу, що поєднує в собі фізіологічну мобілізацію, емоційне напруження, страх, почуття вини та дезорієнтацію.

Для ветеранів характерним є постстресовий синдром із симптомами, які включають порушення сну, надмірну збудливість, емоційну відчуженість, неконтрольовані спалахи агресії, уникання соціальної взаємодії й повторне переживання травматичних спогадів.

Згідно з підходами когнітивної психології (Beck A., Ellis A.), наслідки бойового стресу значною мірою пов'язані з деформаціями переконань

ветерана щодо себе, світу та майбутнього [46, с. 103-106]. Ці викривлення підтримують тривожність та депресивні симптоми [47, с. 58-62].

Психокорекційні підходи до подолання бойового стресу

Психокорекція для ветеранів ґрунтується на принципах комплексності, системного підходу, гуманізму та індивідуалізації. Головною метою є не лише зменшення симптоматики, а й відновлення цілісності особистості, розвиток механізмів саморегуляції та ресоціалізація.

Серед основних теоретичних підходів до психокорекції ветеранів виділяють:

- Когнітивно-поведінковий підхід (А. Бек, Д. Мікенбаум) – спрямований на ідентифікацію та корекцію дезадаптивних переконань, які підтримують прояви ПТСР. Через когнітивну реструктуризацію, техніки експозиції й релаксації формуються більш здорові ставлення до пережитого досвіду.
- Травма-фокусована терапія (Briere A., 2013; Shapiro, 2018) – передбачає роботу з травматичними спогадами через методи EMDR (десенсибілізація і переробка рухами очей), експозиційну та наративну терапії. Їх метою є інтеграція травматичних подій у життєву історію ветерана [42, с. 112-116; 43, с. 65-71].
- Психодинамічний підхід – зосереджується на внутрішніх конфліктах ветеранів, які часто кореняться у почутті страху, вини чи агресії. Психотерапія допомагає усвідомити й опрацювати ці емоції для відновлення цілісної Я-концепції та розбудови внутрішніх ресурсів.
- Гуманістично-екзистенційний підхід (К. Роджерс, В. Франкл) – акцентує увагу на створенні емпатичного середовища та безпечного простору для усвідомлення сенсу пережитого досвіду й відновлення почуття власної цінності. Групова психокорекція та соціальна підтримка – використання груп взаємодопомоги [44; 45].

3.2. Програма психокорекційних заходів щодо подолання наслідків бойового стресу

Для ефективного подолання наслідків бойового стресу у ветеранів війни була розроблена та впроваджена психокорекційна програма, спрямована на відновлення емоційної рівноваги, формування навичок саморегуляції, переосмислення травматичного досвіду та покращення соціальної адаптації.

Програма побудована за етапним принципом і передбачає поступовий перехід від діагностики до активної корекційної роботи та соціальної інтеграції. Вона поєднує індивідуальні та групові форми роботи, використовуючи когнітивно-поведінкові, тілесно-орієнтовані, арттерапевтичні та наративні методи.

Основна мета психокорекційної програми полягає у зменшенні інтенсивності проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР), тривожності та депресії, а також у розвитку навичок саморегуляції, адаптації до мирного життя і відновленні психологічного благополуччя ветеранів війни.

Завдання програми

- Оцінити рівень психоемоційної напруги, тривожності та симптомів ПТСР.
- Сформувати у ветеранів усвідомлення та розуміння своїх емоційних станів і реакцій.
- Навчити ефективним методам подолання стресу, емоційної стабільності та саморегуляції.
- Зменшити інтенсивність проявів депресивних та тривожних симптомів.
- Розвивати комунікативні навички, почуття підтримки та соціальної інтеграції.

- Сприяти формуванню позитивного мислення і відновленню найважливіших життєвих цінностей.

Основою ефективного підходу є кілька ключових принципів:

- Діагностична складова: ретельна оцінка рівня стресу, тривожності, депресивних станів і когнітивних викривлень для адаптації програми до потреб кожного учасника.
- Поступовість перед терапевтичними етапами: акцент на створенні безпечного середовища без надмірного фокусування на травматичних спогадах на початкових стадіях, що включає етап стабілізації.
- Комплексний метод: використання взаємодоповнюючих технік, таких як когнітивні, поведінкові, тілесно-орієнтовані та соціальні підходи.
- Орієнтація на ресурси: підкреслення сильних сторін ветерана включно з навчанням технік самодопомоги й емоційної регуляції.
- Інтеграція у соціальне середовище: залучення сім'ї, громади та організацій ветеранів для підтримки процесу реадаптації.

Очікувані результати від впровадження програми психокорекції передбачають значне покращення:

- зниження тривожності, депресивних проявів і ознак посттравматичного стресового розладу;
- поліпшення сну, концентрації та емоційної рівноваги;
- зміцнення самооцінки й відчуття контролю над життям;
- відновлення довіри й соціальних зв'язків із близькими і суспільством;
- формування навичок ефективного управління стресом і емоційною саморегуляцією.

Структура програми:

Програма має чотири основні етапи, які спрямовані на поступове відновлення психоемоційного стану ветеранів (див. табл. 3.1).

Таблиця 3.1

**Структура психо-корекційної програми щодо подолання наслідків
бойового стресу у військовослужбовців**

Етап	Мета	Основний зміст	Методи та техніки	Очікувані результати
1. Діагностико-аналітичний (1–2 заняття)	Визначення вихідного рівня психоемоційного стану ветеранів	Психодіагностик а рівня стресу, тривожності, депресії, соціальної адаптації	Опитувальники PSS, BDI-II, STAI, PCL-5; інтерв'ю, спостереження	Визначено індивідуальний профіль стану; створено базу для подальшої корекції
2. Стабілізаційно-ресурсний (3–5 занять)	Зменшення емоційного напруження, відновлення почуття контролю	Навчання релаксації, дихальних технік, тілесної усвідомленості, формування ресурсного образу	Прогресивна м'язова релаксація, дихальні вправи, візуалізація, метод “тут і зараз”	Зниження фізіологічних проявів стресу, стабілізація емоційного стану
3. Когнітивно-поведінковий (6–10 занять)	Опрацювання травматичних спогадів і дезадаптивних переконань	Переосмислення бойового досвіду, формування нових установок, робота з почуттям провини	Когнітивна реструктуризація, елементи EMDR, “переписування сценарію травми”, позитивне самоствердження	Зменшення симптомів ПТСР, формування адаптивних моделей мислення
4. Інтеграційно-соціальний (11–14 занять)	Підтримка соціальної адаптації та інтеграції у цивільне життя	Розвиток комунікативних навичок, взаємопідтримка, планування особистісного відновлення	Групова терапія, соціально-психологічний тренінг, нарративна терапія, арттерапія	Покращення соціальної взаємодії, зростання самооцінки, формування життєвих орієнтирів

Підхід запропонований у програмі забезпечує комплексний вплив на психоемоційний стан військовослужбовців, сприяє зниженню рівня тривожності, депресії та посттравматичних проявів, а також формує відчуття стабільності, впевненості та психологічної готовності до життя у мирних умовах.

3.3. Перевірка ефективності реалізованих програмних заходів

Після впровадження програми спостерігається зміна показників як у активних військовослужбовців, так і у ветеранів. Таблиця демонструє середні значення, мінімальні та максимальні бали, а також дисперсію (див. табл. 3.2).

Таблиця 3.2

**Динаміка результатів опитування військовослужбовців за
опитувальником PCL-5 (Weathers et al.)
до та після введення корекційної програми**

Група	Середнє (до)	Середнє (після)	Мінімум (після)	Максимум (після)	Дисперсія (до)	Дисперсія (після)	Примітки
Активні	27,7	20,3	6	32	54,48	38,50	Рівень стресу знизився, спостерігається покращення психоемоційного стану
Ветерани	25,2	19,5	7	34	86,36	60,25	Виявлено зменшення симптомів ПТСР, стан став більш стабільним

З табл. 3.2 видно, що активні учасники бойових дій після проведення корекційної методики показали середній бал 20,3, що трохи вище за середній результат ветеранів (19,5). Але разом з тим, обидві групи показали помітне покращення в порівнянні з початковими результатами до програми.

Мінімальні та максимальні значення у активних учасників - від 6 до 32, у ветеранів - від 7 до 34. Ці дані свідчать, що всі учасники відчули позитивні зміни, включаючи тих, хто мав високий рівень стресу на початку.

В групі активних учасників простежується зменшення дисперсії (38,50), що вказує на однорідність покращення. У ветеранів спостерігається

вища варіативність (60,25), що свідчить про менш однорідний вплив програми.

Таким чином, перші демонструють стабільні та значні покращення, другі теж досягли позитивних змін, але їх реакція на програму є різноманітнішою (див. рис. 3.1.).

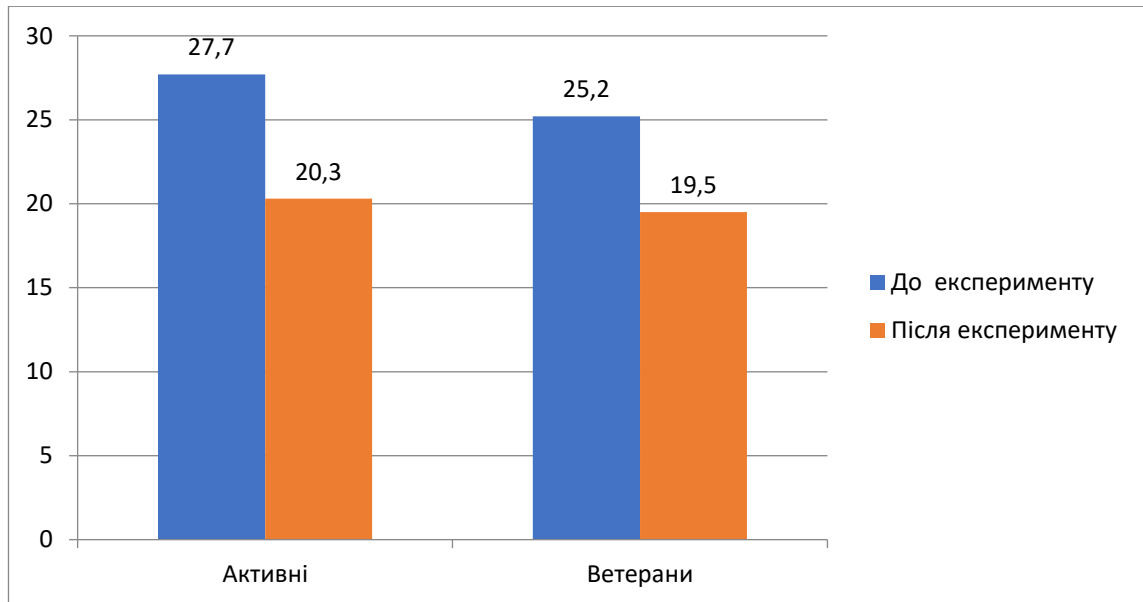


Рис 3.1. Гістограма результатів опитування військовослужбовців за опитувальником PCL-5 (Weathers et al.) після введення корекційної програми

Отже реалізація програми привела до зниження середніх балів за шкалою PCL-5 у обох групах, що підтверджує її ефективність у зменшенні симптомів стресу. При цьому активні військовослужбовці показують більш рівномірні покращення, тоді як у ветеранів вплив програми залишається більш варіативним.

Було проведено кореляційний аналіз між участю у програмі та зміною балів PCL-5. Результати показали (див. табл. 3.3).

В обох групах спостерігається висока позитивна кореляція між результатами “до” і “після”. Це означає, що учасники з вищими показниками ПТСР до експерименту залишилися серед тих, хто мав вищі показники й після, тобто зміни носять переважно рівномірний характер. Використання

програми, імовірно, знизило загальний рівень симптомів, але структура індивідуальних відмінностей не змінилася.

Таблиця 3.3

Кореляції Спірмена для обох груп за методикою PCL-5.

№	Група	n	ρ (Спірмена)	p- значення	Сила зв'язку	Інтерпретація результату
1	Активні	20	≈ 0.96	< 0.001	Дуже сильна	Порядок результатів до і після майже повністю збережений; спостерігається невелике зниження балів після експерименту
2	Ветерани	20	≈ 0.94	< 0.001	Сильна	Рівні результатів залишаються стабільними; експеримент не змінив розподіл рангових позицій значуще

Результати повторного опитування військовослужбовців за методикою Perceived Stress Scale (PSS, S. Cohen) показали наступне (див. табл. 3.4).

Таблиця 3.4

**Результати опитування військовослужбовців
за методикою Perceived Stress Scale (PSS, S. Cohen)
до та після застосування методики**

Група	Кількість учасників	Середнє PSS (до)	Середнє PSS (після)	Зміна (Δ = до - після)
Активні	20	27,55	20,45	7,10
Ветерани	20	26,20	18,55	7,65
Усього	40	26,88	19,50	7,38

Аналіз результатів за шкалою PSS (Perceived Stress Scale) показав, що після проведення втручання рівень сприйняття стресу знизився в обох групах військовослужбовців.

- У групі активних військових середній показник PSS зменшився з 27,55 до 20,45 бали, що свідчить про загальне покращення емоційного стану та зниження рівня напруженості на 7,10 бали.

- У групі ветеранів середній показник зменшився з 26,20 до 18,55 бали, тобто зниження становило 7,65 бали, що вказує на трохи більш виражений ефект зменшення стресу.

Узагальнено, середній показник PSS серед усіх 40 учасників знизився з 26,88 до 19,50 бали, що менше на 7,38 бали (див. рис. 3.2.).

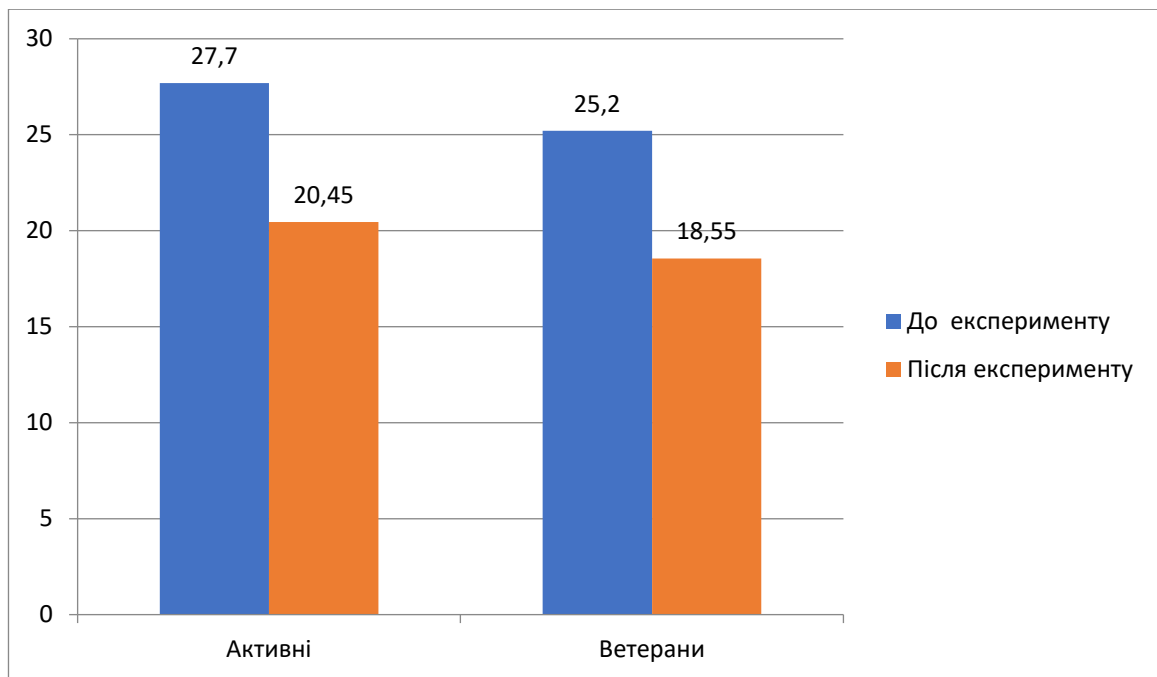


Рис 3.2. Гістограма результатів опитування військовослужбовців за методикою PSS, S. Cohen після застосування методики

Згідно з наведеними даними:

- У групі активних військових середній показник до експерименту становив 27,7 бали, а після - 20,45 бали, що свідчить про зниження рівня стресу на 7,25 бали.
- У групі ветеранів середнє значення зменшилося з 25,2 до 18,55 бали, тобто на 6,65 бали.

Обидві групи демонструють помітне зниження рівня стресу після експерименту, що вказує на ефективність проведеного психологічного втручання.

Порівняльний аналіз показує, щодо експерименту активні військові мали дещо вищий рівень стресу, ніж ветерани, а після експерименту в обох групах спостерігається значне покращення, але рівень зниження більш виражений у активних військових.

У цілому діаграма наочно демонструє, що втручання позитивно вплинуло на психологічний стан обох груп, зменшивши їхній суб'єктивний рівень стресу до помірних значень.

Вивчення кореляційних зв'язків (кореляція Стюдента) показало наступне (див. табл. 3.5).

Таблиця 3.5

Аналіз кореляційних зв'язків учасників експерименту до і після впровадження кореляційної програми

Група	Статистичний тест	p-значення	Інтерпретація
Активні	t-критерій Стюдента (парний)	< 0.001	Виявлено статистично значуще зниження рівня сприйнятого стресу (PSS) після втручання порівняно з показниками «до». Це свідчить про ефективність експериментального впливу та покращення психоемоційного стану учасників групи.
Ветерани	t-критерій Стюдента (парний)	< 0.001	Встановлено статистично значуще зменшення показників PSS після експерименту. Отримані результати вказують на виражений позитивний ефект втручання щодо зниження рівня стресу у ветеранів.

Кореляційні зв'язки підтверджують наявність монотонного зв'язку «до» та «після», незважаючи на загальне зниження рівня стресу після втручання. Обидві групи демонструють покращення стану: PSS зменшився для всіх учасників, але відносний ранг між учасниками залишився майже незмінним.

Повторні результати вивчення вираженості депресивності за опитувальником BDI-II представлені в таблиці (див. табл. 3.6).

Аналіз результатів за шкалою BDI-II показав, що після проведення експериментального втручання рівень депресивних симптомів знизився в обох групах військовослужбовців.

Таблиця 3.6

**Результати опитування військових за методикою BDI-II
(до та після введення корекційної програми)**

Група	Кількість учасників	Середнє BDI-II (до)	Середнє BDI-II (після)	Зміна (Δ = до - після)	Рівень депресивності (до)	Рівень депресивності (після)
Активні	20	8,45	6,45	2,00	Мінімальний	Мінімальний
Ветерани	20	13,55	10,55	3,00	Легкий	Мінімальний–легкий
Усього	40	11,00	8,50	2,50	Легкий	Мінімальний–легкий

У групі активних військових середній показник зменшився з 8,45 до 6,45 бали, що вказує на загальне покращення емоційного стану та збереження мінімального рівня депресії.

У групі ветеранів середнє значення зменшилося з 13,55 до 10,55 бали, що свідчить про зниження рівня депресивних проявів із легкого до мінімально-легкого рівня.

Загалом середній показник по всій вибірці зменшився з 11,0 до 8,5 бали, тобто на 2,5 бали. Це свідчить про позитивний вплив проведеного втручання, яке сприяло зменшенню емоційного напруження, тривожності та симптомів депресії.

Найбільше покращення спостерігається у ветеранів, що може бути пов'язано з їх більшою чутливістю до психологічної підтримки або більшими початковими показниками депресивності (див. рис. 3.3.).

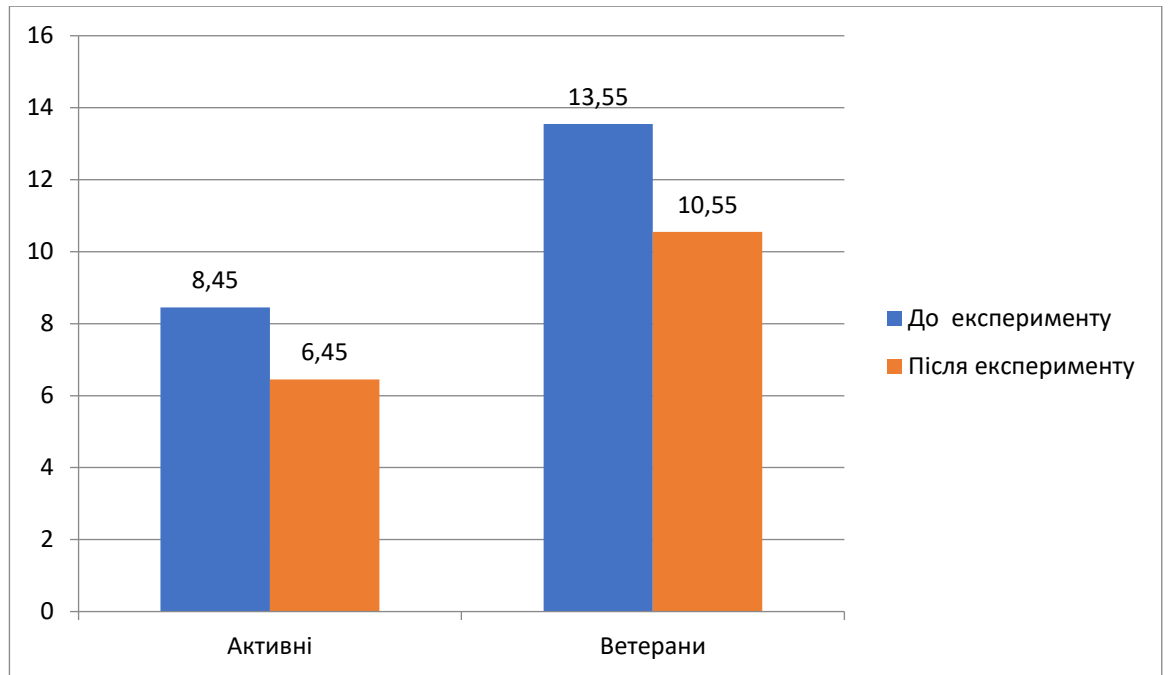


Рис 3.3. Гістограма динаміки рівня депресивності за методикою BDI-II для військових після впровадження програми

Як видно з графіка, в обох групах після участі у програмі спостерігається помітне зниження показників BDI-II, що вказує на ефективність корекційного впливу. Найбільш виражені позитивні зміни зафіксовано серед активних військових, у яких рівень депресивних проявів наблизився до норми.

Для оцінки монотонного зв'язку між результатами «до» та «після» застосовувалася кореляція Стюдента, що дозволила виявити закономірності зміни симптомів незалежно від абсолютних значень (див. табл. 3.7).

Результати показали дуже сильну позитивну монотонну залежність між BDI-II «до» та «після» для обох груп:

У групі активних військових $\rho \approx 0,931$, що свідчить про значне покращення стану з одночасним збереженням пропорційності між початковим та кінцевим рівнем депресивних симптомів.

У групі ветеранів $\rho = 1$, що вказує на майже ідеальну монотонну залежність та зниження показників після втручання.

Таблиця 3.7

**Аналіз кореляційних зв'язків учасників експерименту до і після
впровадження кореляційної програми**

Група	Статистичний тест	p-значення	Інтерпретація
Активні	t-критерій Стьюдента (парний)	< 0.001	Виявлено статистично значуще зниження рівня депресивних симптомів за шкалою BDI-II після експерименту порівняно з початковими показниками. Середнє зменшення становило 2 бали, що свідчить про покращення психоемоційного стану учасників.
Ветерани	t-критерій Стьюдента (парний)	< 0.001	Встановлено статистично значуще зниження показників BDI-II після втручання. Середнє зменшення на 3 бали вказує на виражений позитивний ефект експериментального впливу та зменшення депресивних проявів у ветеранів.

Таким чином, втручання призвело до зменшення депресивних симптомів у всіх учасників, при цьому учасники з вищими початковими значеннями залишались відносно «більш депресивними», що відображає збереження рангової структури даних.

Рівень тривожності за результатами повторного опитування показав наступне (див. табл. 3.8).

Таблиця 3.8

**Рівень тривожності за опитувальником STAI
(до та після корекційної програми)**

Група	Кількість учасників (n)	Середнє до	Середнє після	Середня зміна
Активні	20	37,3	32,1	-5,2
Ветерани	20	44,7	38,1	-6,6

З даних таблиці видно, що:

1. У групі Активні середній рівень тривожності до втручання становив 37,3 бали, після втручання він знизився до 32,1 бали, що свідчить про середнє зменшення тривожності на 5,2 бали.

2. У групі Ветерани середній рівень тривожності до втручання був вищим - 44,7 бали, після втручання знизився до 38,1 бали, що відповідає середній зміні 6,6 бали.

Таким чином, обидві групи продемонстрували помітне зниження рівня тривожності після втручання, при цьому ефект був дещо більшим у групі «Ветерани» (див. рис. 3.4.).

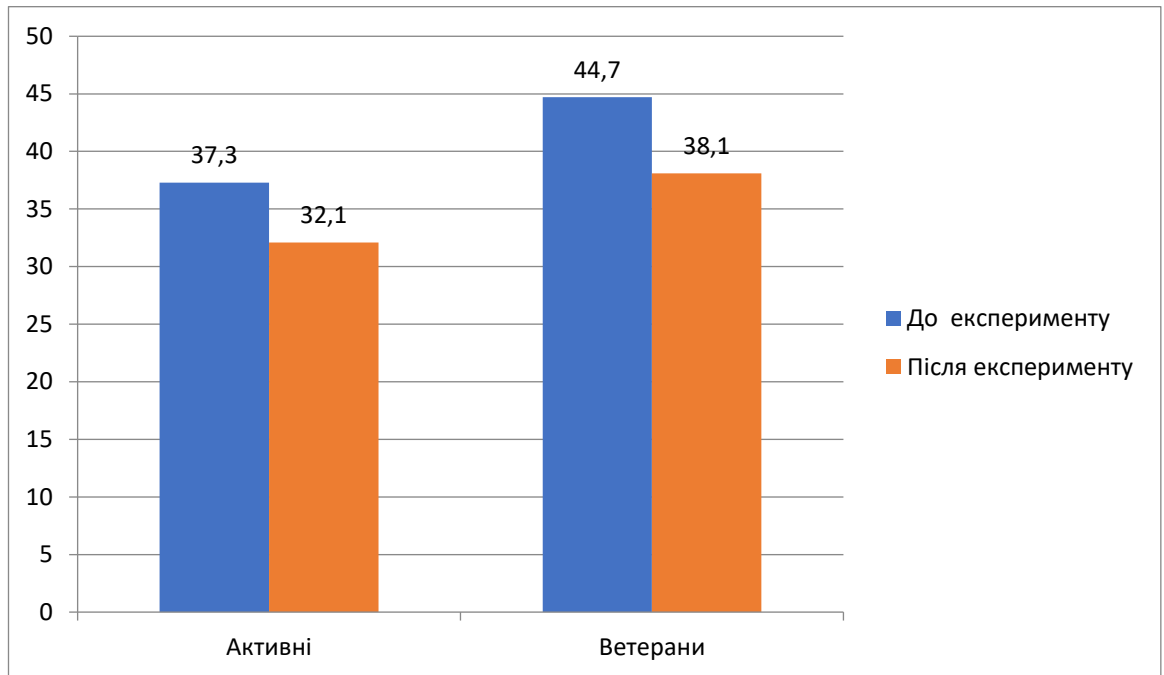


Рис. 3.4. Гістограма рівня тривожності за опитувальником STAI (до та після корекційної програми)

На графіку візуально видно зміну рівня тривожності (STAI) у двох групах учасників - «Активні» та «Ветерани» - до і після проведення експерименту.

У групі «Активні» середній рівень тривожності зменшився з 37,3 до 32,1 бали. Група «Ветерани» мала вищий початковий рівень тривожності - 44,7 бали, який після експерименту знизився до 38,1 бали. З наведених даних видно, що у обох групах після втручання спостерігається значне зменшення рівня тривожності, причому більш виражений ефект помітний у групі «Ветерани».

Вивчення кореляційних зв'язків дало можливість виявити наступне (див. табл. 3.9).

Таблиця 3.9

**Аналіз кореляційних зв'язків учасників експерименту до і після
впровадження кореляційної програми**

Група	Статистичний тест	p-значення	Інтерпретація
Активні	t-критерій Стьюдента (парний)	< 0.001	Виявлено статистично значуще зниження рівня тривожності за шкалою STAI після експерименту порівняно з початковими значеннями. Середнє зменшення показника становило 5 балів, що свідчить про покращення психоемоційного стану учасників.
Ветерани	t-критерій Стьюдента (парний)	< 0.001	Встановлено статистично значуще зменшення показників тривожності після втручання. Зниження середнього значення STAI на 5 балів вказує на виражений позитивний ефект експериментального впливу у групі ветеранів.

Обидві групи показують майже ідеальну позитивну монотонну залежність. Зниження показників на 5 балів свідчить про покращення стану тривожності після втручання. При цьому учасники, які спершу мали високий рівень тривожності, залишаються відносно більш тривожними, а ті, хто мав низький рівень, залишаються менш тривожними. Тобто абсолютний рівень тривожності зменшився, але ранговий порядок учасників зберігся.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3

Розроблена та реалізована психокорекційна програма, спрямована на подолання наслідків бойового стресу у військовослужбовців, продемонструвала високу ефективність за всіма ключовими показниками психоемоційного стану.

Дослідження показало, що після її реалізації:

Для оцінки ефективності впровадженої психокорекційної програми було виконано порівняльний аналіз психоемоційного стану військовослужбовців та ветеранів до та після її застосування. Для статистичного визначення змін було використано парний t-критерій Стьюдента, що дозволяє оцінювати значимість відмінностей між двома залежними вибірками.

Результати за шкалою PCL-5. Динамічний аналіз посттравматичних симптомів за допомогою шкали PCL-5 показав позитивні зрушення в обох групах. У військовослужбовців середній бал зменшився з 27,7 до 20,3, а дисперсія — з 54,48 до 38,50, що свідчить про більше узгодження ефектів програми. У ветеранів середній показник знизився з 25,2 до 19,5, при цьому дисперсія зменшилась із 86,36 до 60,25, що вказує на позитивну динаміку за більш варіативного характеру змін. Застосування парного t-критерію підтвердило статистично значуще зниження рівня ПТСР в обох групах ($p < 0,001$), відображаючи ефективність програми у зменшенні посттравматичних симптомів.

Результати за шкалою PSS (Perceived Stress Scale). Рівень суб'єктивного стресу за шкалою PSS значно знизився після реалізації програми. У військовослужбовців показник зменшився з 27,55 до 20,45, тобто на 7,10 бала. У ветеранів середній показник знизився з 26,20 до 18,55, що відповідає спаду на 7,65 бала. Загалом по вибірці середній бал змінився з 26,88 до 19,50. Результати статистичної обробки свідчать про значущі відмінності у рівнях стресу “до” та “після” втручання в обох групах ($p <$

0,001), що підтверджує позитивний вплив програми на суб'єктивне сприйняття рівня стресу.

Результати за шкалою BDI-II. Аналіз депресивних проявів за шкалою BDI-II показав зниження середніх балів. У військовослужбовців вони впали з 8,45 до 6,45 (на 2 бали), при цьому залишається мінімальний рівень депресивності. У ветеранів середній показник скоротився з 13,55 до 10,55 (на 3 бали), що означає перехід із легкого на мінімально-легкий рівень депресії. Загалом для вибірки середнє значення зменшилось із 11,0 до 8,5. Парний t-критерій підтвердив статистично значуще скорочення депресивних симптомів у всіх учасників ($p < 0,001$), що свідчить про позитивний ефект програми щодо поліпшення емоційного стану.

Результати за шкалою STAI. Рівень тривожності за опитувальником STAI також демонструє позитивну динаміку. У військовослужбовців середній показник тривожності впав із 37,3 до 32,1 бала (на 5,2 бала). У ветеранів початково вищий середній рівень тривожності у 44,7 після втручання знизився до 38,1 бала (зменшення на 6,6 бала). Статистичний аналіз через t-критерій Стьюдента засвідчив значуще зменшення рівня тривожності в обох групах ($p < 0,001$), ще раз підкреслюючи результативність програми щодо стабілізації тривожного стану.

Таким чином, застосування парного t-критерію Стьюдента дозволило встановити достовірні позитивні зміни за всіма досліджуваними показниками — рівнем посттравматичних симптомів, сприйнятого стресу, депресивності та тривожності. Отримані результати свідчать про комплексний позитивний вплив психокорекційної програми, яка сприяє стабілізації психоемоційного стану як активних військовослужбовців, так і ветеранів війни.

ВИСНОВКИ

На підставі результатів теоретико-емпіричного дослідження ми можемо зробити такі узагальнюючі висновки.

1. Бойовий стрес являє собою специфічний вид психоемоційного напруження, що виникає через екстремальні умови бойових дій і відображає комплексну відповідь організму та психіки людини на загрозу життю. Його розвиток зумовлений комбінацією фізіологічних, емоційних, когнітивних і соціальних чинників. Тривалий вплив стресу може спричиняти дезадаптаційні реакції, депресивні та тривожні розлади, а також посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

2. З'ясування особливостей реалізації сучасних психотерапевтичних практик щодо подолання наслідків бойового стресу військовослужбовців і ветеранів війни показало, що найефективнішими з них є когнітивно-поведінкові техніки, EMDR-терапія, методи роботи з тілом, групова терапія та психоосвіта, які сприяють інтеграції травматичних переживань.

3. Емпіричне дослідження проявів бойового стресу у військовослужбовців та ветеранів війни, в якому прийняли участь 40 респондентів (20 активних військовослужбовців і 20 ветеранів) показало, що симптоми ПТСР за шкалою PCL-5 мають середній рівень прояву у активних військових ($M = 27,7$) та ветеранів ($M = 25,2$). Результати ветеранів характеризувалися більшою дисперсією, що свідчить про значну індивідуальну варіабельність: серед них спостерігалися як групи з низьким рівнем ПТСР, так і з високим. У активних військових показники були більш однорідними, що вказує на стабільніший психоемоційний стан цієї групи.

Рівень стресу за шкалою PSS залишався помірним у обох групах: у активних військових – 27,55 бали, у ветеранів – 26,20 бали. Незначна різниця в показниках може пояснюватися впливом поточних службових завдань у військовослужбовців та відносною адаптацією ветеранів до цивільного

життя. Оцінка депресивних симптомів за шкалою BDI-II виявила мінімальний рівень депресії серед активних військових ($M = 8,45$) проти легкого рівня у ветеранів ($M = 13,55$), що свідчить про емоційне виснаження та труднощі адаптації останніх після завершення служби.

Рівень тривожності за шкалою STAI був помірним у активних військових ($M = 37,1$) та підвищеним у ветеранів ($M = 44,85$), що вказує на залишковий вплив бойового стресу та підкреслює необхідність подальшої психологічної підтримки. Напівструктуроване інтерв'ю підтвердило результати психометричних оцінок, надавши детальнішу характеристику психоемоційного стану учасників. Активні військові демонстрували стабільніший емоційний стан, кращу соціальну адаптацію та менші фізіологічні прояви стресу, тоді як ветерани частіше скаржилися на тривогу, страхи, емоційну нестабільність та порушення сну.

4. Розроблена психокорекційна програма для надання психологічної допомоги військовослужбовцям і ветеранам у подоланні наслідків бойового стресу виявила свою ефективність. Її застосування сприяє зниженню емоційного напруження, тривоги та депресії, розвитку навичок саморегуляції, покращенню міжособистісних взаємин та соціальної адаптації, а також формуванню психологічної стійкості. Рівень ПТСР за шкалою PCL-5 знизився у військових з 27,7 до 20,3 бали та у ветеранів – з 25,2 до 19,5 бали. Показники стресу (PSS) зменшилися у військових з 27,55 до 20,45 бали та у ветеранів – з 26,20 до 18,55 бали. Депресія за шкалою BDI-II скоротилася у військових з 8,45 до 6,45 бали та у ветеранів – з 13,55 до 10,55 бали. Рівень тривожності за шкалою STAI у військових знизився з 37,3 до 32,1 бали, а у ветеранів – з 44,7 до 38,1 бали.

5. Перевірка ефективності реалізованих програмних заходів була доведена за допомогою методів математичної статистики.

Таким чином, всі завдання були виконані, а мета дослідження досягнута.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Артеменко А., Батаєва, К. Мілітарна ідентичність та соціальна адаптація ветеранів АТО/ООС : монографія. Харків : Видавництво ХГУ «НУА», 2022. -192 с.
2. Беспаленко А. А., Щеглюк О. І., Кіх А. Ю., О. Волянський О. М., Корченко В. В., Михайловська М. М. Алгоритм реабілітації військовослужбовців з ампутацією кінцівок на основі мультипрофесійного та індивідуального підходу. Український журнал військової медицини, 2020. Т №1. с. 64
3. Бойко-Бузиль Ю. Ю., Большакова А. М. Реінтеграція ветеранів (в тому числі з інвалідністю): методичні рекомендації. Харків: Харківський національний університет внутрішніх справ, 2024. 199 с.
4. Байдик В. В. Групові форми роботи в системі психосоціальної допомоги дітям і сім'ям, що опинились у складних життєвих обставинах внаслідок військових дій: досвід упровадження. Київ: Ніка-Центр, 2020. 122 с.
5. Ветеран Хаб. Підтримка ветеранів і членів їхніх родин, 2024.
<https://veteranhub.com.ua>
6. Василенко С. В., Грилюк С. М., Грунтковський О. Л., Мозальов В. Є., Корольчук М. С., Стасюк В. В. та ін. *Психологічна допомога військовослужбовцям : навчально-методичний посібник*. Київ : НУОУ ім. Івана Черняхівського, 2021. 320 с.
7. Групові форми роботи в системі психосоціальної допомоги дітям і сім'ям, що опинились у складних життєвих обставинах внаслідок військових дій / В. В. Байдик, Ю. С. Бондарук, Ю. П. Гопкало та ін. Київ: Ніка-Центр, 2020. 122 с.
8. Грибок А. О. Психічне здоров'я військовослужбовців Збройних Сил України як головний фактор успішного виконання бойових завдань в складних та екстремальних умовах. Актуальні проблеми психології. Збірник

наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Київ, 2018. Том. XI : Психологія особистості. Психологічна допомога особистості. Вип. 18. С. 21–40.

9. Діагностування посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військовослужбовців/ветеранів / [Електронний ресурс] // *Psychology Journal of UDPU?* 2024. URL: <https://psyj.udpu.edu.ua>

10. Захаріна Т. І. Соціальна реінтеграція ветеранів російсько-української війни у закладах вищої освіти: монографія / Т. І. Захаріна. - Київ: Юрінком Інтер, 2025. - 460 с. - ISBN 978-966-667-874-7.

11. Коцан Н. Н. Соціальні аспекти реінтеграції ветеранів: теоретичні основи та роль держави / Н. Н. Коцан. - 2024. - С. 86–95.

12. Караяни, А.Г. *Психологічна реабілітація учасників бойових дій (Психологія бойового стресу та стрес-менеджменту)*. - Київ: Військовий університет, 2018. - 152 с.

13. Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Олійник В.О., Хоружий С.М., Ларіонов С.О., Сириця М.В. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами : метод. посіб. К. : 7БЦ, 2023. -175 с.

14. Макаренко О. М. Психологічна стійкість військовослужбовців у бойовій діяльності / О. М. Макаренко. – Київ : НУОУ, 2017. – 180 с.

15. Макаренко О. М. Психологічні механізми формування тривожних станів у військовослужбовців / О. М. Макаренко // Науковий вісник ХНПУ ім. Г. С. Сковороди. Психологія, 2019. - Вип. 64. - С. 135–144.

16. Максименко С. Д. Генеза здійснення особистості. Київ : КММ, 2006. 240 с.

17. Москаленко В. В. Соціальна психологія. Київ : Центр навчальної літератури, 2007. 640 с.

18. Міністерство у справах ветеранів України. Центри ветеранського розвитку та реабілітації. Київ: Мінвет, 2024. - <https://mva.gov.ua>

19. Лазарус Р. Теорія стресу і психологічна оцінка // Психологічний журнал, 1984. № 3. С. 12–26.
20. Осьодло В. І. Психологічні основи формування стресостійкості у військовослужбовців. Київ : НУОУ, 2019. 220 с.
21. Особливості прояву посттравматичного стресового розладу в Україні з 2022 року / [Електронний ресурс] // *Журнал Ментальне здоров'я*. – 2024. URL: <https://journals.oneu.od.ua>
22. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій: методичний посібник. / О. М. Кокун, Н. А. Агаєв, І. О. Пішко, Н. С. Лозінська. — Київ: «КНТ», 2023. — 168 с.
23. Основи психологічного консультування (лекційний курс) : навч.-метод. посіб. / уклад. Б. А. Якимчук, І. П. Якимчук. Умань : ПП Жовтий О.О., 2013. -204 с.
24. . Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навч. посіб. / Гридковець Л. та ін. ; за заг. ред. Л. Гридковець. Том 3. Київ, 2018. -236 с. URL: <https://www.osce.org/files/f/documents/4/d/430841.pdf>
25. Особливості стосунків «психотерапевт – клієнт» у сучасному соціокультурному середовищі : монографія / З. Г. Кісарчук та ін. ; за ред. З. Г. Кісарчук. Київ : Видавничий Дім «Слово», 2017. -С. 225.
26. Приходько І. І. Психологічна адаптація та стресостійкість військовослужбовців / І. І. Приходько. – Київ : НАСВ, 2020. – 204 с.
27. Путівник для ветеранів і членів їхніх родин у межах системи психосоціальної реінтеграції / за ред. О. Л. Токаревої. - Київ: Ветеран Фонд, 2023. - 98 с..
28. Посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців: теорія, дослідження та лікування / [Електронний ресурс] // *Psychological Personality Journal*. – 2023. URL: <https://psychpersonality.pnpu.edu.ua>
29. Подолання наслідків бойового стресу у військовослужбовців – учасників бойових дій шляхом психосоціального відновлення. URL:

ПОДОЛАННЯ НАСЛІДКІВ БОЙОВОГО СТРЕСУ У
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ – УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ ШЛЯХОМ
ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО ВІДНОВЛЕННЯ | Вісник Національного
 університету оборони України

30. Психіатрія та наркологія. Інструменти вимірювання залежностей : навч. посіб. / [кол. авт.], за ред. О. О. Сердюка, В. В. Чугунова ; Харків. нац. ун-т внутр. справ ; Запорізьк. держ. мед. ун-т ; ун-т Вейна ; Мічиган. ун-т. Харків - Запоріжжя, 2022. - 272 с.

31. Після війни психологічна підтримка може знадобитися близько 15 млн. українців, В.Ляшко. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/3679481-pisla-vijni-psihiologichna-pidtrimka-moze-znadobitisa-blizko-15-miljonam-ukrainciv-lasko.htm>

32. Грийоми психологічної самодопомоги учасникам бойових дій/ URL[^] [Pryiomy psykholohichnoi camodopomohy uchasnykam boiovykh dii.pdf](#)

33. Стаття про еволюцію підходів до WPTSD: актуалізація лікування бойового стресу з урахуванням сучасних воєнних реалій / [Електронний ресурс] // *Brieflands*. – 2025. URL: <https://brieflands.com>

34. Сельє Г. Стрес без дистресу / Ганс Сельє ; пер. з англ. – Київ : Знання, 1992. – 232 с

35. Сичова В. В. Психосоціальна реінтеграція ветеранів російсько-української війни та їхніх сімей: підходи та практики / В. В. Сичова, 2024. - . – 340 с.

36. Словник професійної термінології для майбутніх фахівців Національної гвардії України (до курсу «Українська мова за професійним спрямуванням») / Уклад.: М. П. Вовк, Р. С. Троцький, В. С. Молдавчук, О. В. Чуприна, О. А. Блінов, С. І. Шепель; за ред. А. О. Пожидаєва. К. : НАВС України, 2016. - 156 с.

37. Титаренко Т. М. Життєвий світ особистості: у межах і за межами буденності / Т. М. Титаренко. – Київ : Либідь, 2003. – 256 с.

38. Тімченко О. В. Психологічне забезпечення діяльності військовослужбовців у бойових умовах / О. В. Тімченко. – Харків : ХУПС, 2018. – 176 с.
39. Шестопалова Л. Ф. Психологічна допомога військовослужбовцям з проявами посттравматичних розладів / Л. Ф. Шестопалова. – Київ : ІПП НАПН України, 2019. – 198 с.
40. Чепелева Н. В. Психологічні механізми розуміння життєвого досвіду / Н. В. Чепелева. – Київ : Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАН України, 2004. – 210 с.
41. Чижевський С., Колесніченко О., Бондаренко О. (2022) Актуальні проблеми розвитку системи психологічної реабілітації військовослужбовців - учасників бойових дій. *Честь і закон*. 81(2). 139–149.
42. Череповська Н. І. Деструктивні інформаційні впливи медіа та профілактика їхніх наслідків у військовослужбовців та ветеранів АТО. Психологічна допомога особам, які беруть участь в антитерористичній операції : матеріали міжвідом. наук.-практ. конф., м. Київ, 30 берез. 2016 р. Київ, 2016. - 248 с.
43. Царенко Л. Г. EMDR. НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА, 2023. - URL: [lib.iitta.gov.ua/id/eprint/738996/3/MP_\(2\)_Царенко_Л.Г..pdf](http://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/738996/3/MP_(2)_Царенко_Л.Г..pdf)
44. USAID. Програма «Разом ми сильніші» - психосоціальна підтримка ветеранів та їхніх родин. - Київ: USAID, 2023. - <https://usaid.gov.ua>
45. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). – 5th ed. – Washington, DC : APA, 2013. – 947 p.
46. Cannon W. The Wisdom of the Body / Walter B. Cannon. – New York : W.W. Norton & Company, 1932. – 312 p.
47. Freud S. Beyond the Pleasure Principle / Sigmund Freud. – London : Hogarth Press, 1920. – 90 p.
48. Frankl V. E. Людина в пошуках справжнього сенсу / Віктор Франкл ; пер. з нім. О. Кісіль. – Львів : Літопис, 2016. – 176 с.

49. Rogers C. On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy / Carl R. Rogers. – Boston : Houghton Mifflin, 1961. – 420 p.
50. Bonanno G. A. Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? // *American Psychologist*, 2004. – Vol. 59, No. 1. – P. 20–28.
51. Richardson G. E. The Metatheory of Resilience and Resiliency // *Journal of Clinical Psychology*, 2002. – Vol. 58 (3). – P. 307–321.
52. Taylor S. Anxiety Sensitivity: Theory, Research, and Treatment of the Fear of Anxiety / S. Taylor. - Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1999. - 405 p.
53. Brewin C. R., Andrews B., Valentine J. D. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults / *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2000. - Vol. 68 (5). - P. 748–766.
54. Kisarchuk Z. H., Omelchenko Y. M., Lazos H. P., et al. Somatic experiencing: Using interoception and proprioception as core elements of trauma therapy, 2023. - URL: catalog.liha-pres.eu/index.php/liha-pres/catalog/download/348/10523/23645-1?inline=1
55. Brockdorf Y. EMDR-Українська. - URL: yuliabrockdorf.com/emdr-українська
56. Levine P. Somatic Experiencing: Using Interoception and Proprioception as Core Elements of Trauma Therapy. *Frontiers in Psychology*, 2015. - Vol. 6. - Article 93. - DOI: 10.3389/fpsyg.2015.00093
57. APA Guidelines PTSD and trauma: New APA guidelines highlight evidence-based treatments. *American Psychological Association*, 2025. - URL: www.apa.org/monitor/2025/07-08/guidelines-treating-ptsd-trauma
58. Hoge, C. W., Auchterlonie, J. L., & Milliken, C. S. (2021). *Mental health problems, use of mental health services, and attrition from military service after returning from deployment to Iraq or Afghanistan*. *Journal of the American Medical Association*, 295(9), 1023–1032.

59. Maguen, S., & Burkman, K. (2023). *Combat veterans' reintegration: Social and psychological factors influencing readjustment*. *Clinical Psychology Review*, 100, 102–116.
60. Briere, J., Scott, C. *Principles of Trauma Therapy: A Guide to Symptoms, Evaluation, and Treatment*. New York: Sage Publications, 2014 – 440 p.
61. Shapiro, F. *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy: Basic Principles, Protocols, and Procedures*. New York: Guilford Press, 2018 – 568 p.
62. Rogers, C.R. *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*. - Boston: Houghton Mifflin, 1961. - 384 p.
63. Frankl, V.E. *Man's Search for Meaning*. - Boston: Beacon Press, 2006. - 184 p.
64. Beck, A.T. *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. - New York: Guilford Press, 2005. - 432 p.
65. Ellis, A., Dryden, W. *The Practice of Rational Emotive Behavior Therapy*. - New York: Springer, 2001. - 272 p.
66. Horowitz, M. *Stress Response Syndromes*. - Northvale, NJ: Jason Aronson, 2001. - 243 p.
67. Herman, J. L. *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence — From Domestic Abuse to Political Terror*. — New York: Basic Books, 1992. — 464 p.
68. Shay, J. *Achilles in Vietnam: Combat Trauma and the Undoing of Character*. — New York: Scribner, 1994. — 352 p.
69. Litz, B. T. (ed.) *Moral Injury in Wartime: Social, Psychological, and Clinical Considerations*. — Boston: Northeastern University Press, 2016. — 280 p.
70. Porges, S. W. *The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-Regulation*. — New York: W.W. Norton & Company, 2011. — 448 p.

71. Griffin, M. G., Resick, P. A., Mechanic, M. B. Cognitive Processing Therapy for PTSD: A Comprehensive Review. — In: Journal of Traumatic Stress, 2003. — Vol. 16 (4). — P. 437–447.
72. Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A. et al. Treatment of Complex PTSD: Results of the ISTSS Expert Clinical Practice Guideline on Complex PTSD. — European Journal of Psychotraumatology, 2019. – 270 p.
73. Resick, P. A., Monson, C. M., Chard, K. M. Cognitive Processing Therapy for PTSD: A Comprehensive Manual. — New York: Guilford Press, 2017. — 336 p.
74. Forbes, D., Lewis, V., Varker, T. et al. Psychological First Aid: An Australian Guideline for Supporting Psychological Recovery After Disasters. — The Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 2020. — Vol. 54 (6). — P. 532–543.
75. Steele, K., van der Hart, O. *Treating Structural Dissociation: A Multi-Modal, Phase-Oriented Approach*. — In: *Journal of Trauma & Dissociation*, 2019. — Vol. 20 (2). — P. 143–160.
76. National Center for PTSD. Останні випуски: оглядові матеріали про психічне здоров'я ветеранів, нові дослідження, довгострокові проекти реєстрування ветеранів / [Електронний ресурс] // PTSD VA. URL: <https://www.ptsd.va.gov>, доступ вільний.
77. A Novel Stochastic Transformer-based Approach for Post-Traumatic Stress Disorder Detection using Audio Recording of Clinical Interviews / [URL: <https://arxiv.org>]
78. Linley A., Joseph S. Positive Change Following Trauma and Adversity: A Review. Journal of Traumatic Stress. Vol. 17, №. 1, February, 2004 .- pp. 11–21.
79. Loscalzo Y., Giannini M., Gori A., & Fabio A. D. (2018). The Wellbeing of Italian Peacekeeper Military: Psychological Resources, Quality of

Life and Internalizing Symptoms. *Frontiers in Psychology*. 9, 103. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00103>

80. Johnston S. L., Robinson C., Earles J. E., Via J., & Delaney E. M. (2017). State of Psychology in the US Armed Forces. In S. Bowles, & P. Bartone (Eds.), *Handbook of Military Psychology*. pp. 1–15. Cham: Springer. DOI:https://doi.org/10.1007/978-3-319-66192-6_1.

Результати по опитувальнику PCL-5 (Weathers et al.) (до експерименту)

№	Група	ІІ1	ІІ2	ІІ3	ІІ4	ІІ5	ІІ6	ІІ7	ІІ8	ІІ9	ІІ10	ІІ11	ІІ12	ІІ13	ІІ14	ІІ15	ІІ16	ІІ17	ІІ18	ІІ19	ІІ20	Сума балів
1	Активні	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	32
2	Активні	0	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	0	31
3	Активні	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	33
4	Активні	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	2	35
5	Активні	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1	32
6	Активні	2	2	1	1	2	2	1	1	2	2	1	1	2	2	1	1	2	2	1	2	33
7	Активні	1	2	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	33
8	Активні	0	1	1	2	1	2	0	1	1	2	1	2	1	2	0	1	1	2	1	2	26
9	Активні	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	1	35
10	Активні	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20
11	Активні	2	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	32
12	Активні	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	32
13	Активні	0	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	31
14	Активні	1	1	2	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	32
15	Активні	2	2	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	33
16	Активні	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	10
17	Активні	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	33
18	Активні	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	32
19	Активні	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	10
20	Активні	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	40
21	Ветерани	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20
22	Ветерани	2	2	1	1	2	2	1	1	2	2	1	1	2	2	1	1	2	2	1	1	30
23	Ветерани	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	32
24	Ветерани	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	10
25	Ветерани	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	33
26	Ветерани	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	26
27	Ветерани	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	1	35
28	Ветерани	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	32
29	Ветерани	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	14
30	Ветерани	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	33

[illegible]

Додаток Б

Індивідуальні значення PSS для 40 військових, поділених на групи «Активні» та «Ветерани»:

№	Група	PSS (до)	PSS (після)
1	Активні	28	22
2	Активні	25	18
3	Активні	30	24
4	Активні	27	20
5	Активні	32	26
6	Активні	26	19
7	Активні	24	17
8	Активні	29	23
9	Активні	31	25
10	Активні	27	21
11	Активні	22	14
12	Активні	33	27
13	Активні	20	12
14	Активні	35	28
15	Активні	26	19
16	Активні	28	21
17	Активні	30	24
18	Активні	25	18
19	Активні	27	20
20	Активні	29	23
21	Ветерани	24	16
22	Ветерани	26	19
23	Ветерани	22	14
24	Ветерани	28	21
25	Ветерани	30	24
26	Ветерани	20	11
27	Ветерани	25	18
28	Ветерани	27	20
29	Ветерани	29	22
30	Ветерани	23	15
31	Ветерани	31	25
32	Ветерани	18	10
33	Ветерани	34	27
34	Ветерани	26	19
35	Ветерани	21	12
36	Ветерани	32	25

Продовження додатку Б

№	Група	PSS (до)	PSS (після)
37	Ветерани	24	16
38	Ветерани	28	21
39	Ветерани	30	23
40	Ветерани	25	17

Додаток В

Індивідуальні результати BDI-II

№	Група	BDI-II (до)	BDI-II (після)
1	Активні	7	5
2	Активні	9	7
3	Активні	8	6
4	Активні	10	8
5	Активні	8	6
6	Активні	9	7
7	Активні	7	5
8	Активні	8	6
9	Активні	10	8
10	Активні	9	7
11	Активні	8	6
12	Активні	7	5
13	Активні	9	7
14	Активні	8	6
15	Активні	10	8
16	Активні	9	7
17	Активні	8	6
18	Активні	7	5
19	Активні	9	7
20	Активні	8	6
21	Ветерани	12	9
22	Ветерани	14	11
23	Ветерани	13	10
24	Ветерани	15	12
25	Ветерани	13	10
26	Ветерани	14	11
27	Ветерани	12	9
28	Ветерани	13	10
29	Ветерани	15	12
30	Ветерани	14	11
31	Ветерани	13	10
32	Ветерани	12	9
33	Ветерани	15	12
34	Ветерани	14	11
35	Ветерани	13	10
36	Ветерани	12	9
37	Ветерани	14	11
38	Ветерани	13	10
39	Ветерани	15	12
40	Ветерани	14	11

Додаток Г

Індивідуальні результати рівня тривожності (STAI)

№	Група	STAI (до)	STAI (після)
1	Активні	35	30
2	Активні	38	33
3	Активні	36	31
4	Активні	40	35
5	Активні	37	32
6	Активні	39	34
7	Активні	34	29
8	Активні	36	31
9	Активні	41	36
10	Активні	38	33
11	Активні	37	32
12	Активні	35	30
13	Активні	39	34
14	Активні	36	31
15	Активні	40	35
16	Активні	38	33
17	Активні	37	32
18	Активні	35	30
19	Активні	39	34
20	Активні	36	31
21	Ветерани	42	37
22	Ветерани	45	40
23	Ветерани	44	39
24	Ветерани	48	43
25	Ветерани	43	38
26	Ветерани	46	41
27	Ветерани	41	36
28	Ветерани	44	39
29	Ветерани	49	44
30	Ветерани	45	40
31	Ветерани	44	39
32	Ветерани	42	37
33	Ветерани	47	42
34	Ветерани	43	38

Продовження додатку Г

№	Група	STAI (до)	STAI (після)
35	Ветерани	46	41
36	Ветерани	41	36
37	Ветерани	45	40
38	Ветерани	44	39
39	Ветерани	49	44
40	Ветерани	46	41

Додаток Д**Питання для проведення інтерв'ю****Блок 1. Загальні дані:**

- Вік, тривалість служби, участь у бойових операціях;
- Рівень навчання та військова спеціалізація.

Блок 2. Емоційні реакції:

- Чи виникали у вас страх або тривога під час бойових дій?
- Як змінилося ваше емоційне сприйняття після повернення до цивільного життя?

Блок 3. Фізичні прояви стресу:

- Чи є у вас проблеми зі сном або часті кошмари?
- Чи помічали ви серцебиття, пітливість або підвищену втомлюваність у стресових ситуаціях?

Блок 4. Соціальна адаптація:

- Чи отримуєте ви підтримку від родини, друзів або колег?
- Чи виникають складнощі у спілкуванні або соціальній інтеграції?

Блок 5. Суб'єктивна оцінка стану:

- Як би ви оцінили свій рівень тривожності та депресії?
- Чи відчуваєте ви повторне психоемоційне напруження у повсякденному житті?