

ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І.І. МЕЧНИКОВА

Факультет психології та соціальної роботи

Кафедра Практичної психології та ментального здоров'я

Кваліфікаційна робота

на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

на тему: **«Особливості роботи з наслідками бойового стресу»**

«Specifics of Working with the Effects of Combat Stress»

Виконала: здобувачка заочної форми навчання
спеціальності _____ 053 «Психологія»
освітня програма _____

Мельник Олеся Петрівна

Керівник: доцент, завідувача кафедри Практичної
психології та ментального здоров'я Кологривова Н. М.

підпис

Рецензент: завідувачка кафедри практичної психології
Одеського національного морського університету,
кандидат психологічних наук, старший дослідник
Чумаєва Ю. В.

Рекомендовано до захисту:

Протокол засідання кафедри

№ _____ від _____. _____. 2025 р.

Завідувач (ка) кафедри

(підпис)

(ПШП)

Захищено на засіданні ЕК № _____

протокол № ____ від _____. _____. 2025 р.

Оцінка _____ / _____ / _____

(за національною шкалою, шкалою ECTS, бали)

Голова ДЕК

(підпис)

(ПШП)

Одеса 2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ НАСЛІДКІВ БОЙОВОГО СТРЕСУ.....	8
1.1. Психологічна природа та поняття бойового стресу.....	8
1.2. Особливості функціонування військовослужбовців у бойових умовах.....	13
1.3. Наслідки бойового стресу та підходи до раннього психологічного втручання.....	20
Висновки до розділу 1.....	28
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ.....	29
2.1. Організація, структура та етапи емпіричного дослідження.....	29
2.2. Характеристика вибірки та психодіагностичного інструментарію дослідження.....	34
2.3. Етичні стандарти та особливості взаємодії з військовослужбовцями під час дослідження.....	38
Висновки до розділу 2.....	42
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ.....	43
3.1. Програма емпіричного дослідження та дослідницькі гіпотези.....	43
3.2. Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження.....	47
3.3. Практичні рекомендації щодо роботи з військовослужбовцями, які пережили бойовий стрес.....	66
Висновки до розділу 3.....	72
ВИСНОВКИ.....	73
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	76
ДОДАТКИ.....	87

ВСТУП

Актуальність теми. На сучасному етапі розвитку українського суспільства, в умовах повномасштабної війни, проблема наслідків бойового стресу набуває принципового значення як для системи національної безпеки, так і для сфери охорони психічного здоров'я. Масова участь військовослужбовців у бойових діях, тривале перебування в умовах високої загрози життю, поранення, втрати побратимів та розрив соціальних зв'язків формують складний комплекс психотравмуючих впливів. Вони відображаються не лише у виникненні посттравматичних стресових розладів, а й у зміні емоційної регуляції, когнітивного функціонування, поведінки, системи стосунків та професійної ефективності військовослужбовців. У таких умовах особливого значення набуває науково обґрунтована, системна та етично виважена робота психолога з наслідками бойового стресу, яка має бути інтегрована у підготовку, супровід, реабілітацію та повернення військових до мирного життя.

Проблематика бойового стресу, його наслідків і психологічної допомоги військовослужбовцям відображена в роботах вітчизняних і зарубіжних дослідників. Теоретичні засади вивчення бойового стресу й бойової психічної травми, їхніх психофізіологічних та психоемоційних проявів розкрито у працях Н. Агаєва [1; 2], О. Блінова [10-13], С. Васильєва [17], В. Гіги [22], О. Герасименко [21], О. Кокун [1; 4; 30-34], О. Лича [41], О. Ляща [42], Б. Михайлова [45; 46], Ю. Щербатих [78], А. Щирук [79] та ін. Питання психологічної стійкості, профілактики психотравматизації, адаптації та реабілітації військових досліджують В. Алещенко [3; 4], Л. Борисова [15], Ю. Бриндіков [16], Л. Волошина [18], Л. Гачак-Величко [19], І. Кобець [28], І. Коваленко [29], О. Комар [35], І. Крук [36], О. Кухарук [37], О. Павлюк [52], Л. Прудка [57], І. Приходько [55], М. Сабліна [65], Л. Тютюнник [70; 71], Р. Шевченко [74] та інші автори, які акцентують на багатоетапності психологічного супроводу й реабілітації. Емпіричні дослідження проявів

ПТСР, депресивних і тривожних симптомів, суїцидальних ризиків та поведінкових наслідків бойового стресу у військових представлено в роботах Л. Асєєвої [6], Л. Бегези [9], Л. Міхєєвої [44], В. Чорної [73], А. Шиделко [75], Ю. Щирук [79] та ін. Зарубіжні дослідження А. Adugna [81], А. Alruwaili [82], R. Blais [83], W. Evans [84], Н. Hruby [87], G. Obuobi-Donkor [88], M. Zou [93] поглиблюють розуміння поширеності та детермінант ПТСР, ролі соціальної підтримки, психологічної гнучкості, копінг-стратегій та ефективності сучасних психотерапевтичних підходів у роботі з військовими.

Водночас, незважаючи на наявність значної кількості теоретичних, емпіричних і методичних напрацювань, тема особливостей роботи з наслідками бойового стресу залишається недостатньо вивченою. Частина досліджень зосереджується переважно на описі феноменології бойового стресу та ПТСР або окремих ланок допомоги, тоді як цілісні моделі психологічної роботи, що інтегрують раннє виявлення, скринінг, кризові інтервенції, короткострокову й довготривалу підтримку в умовах триваючої війни, опрацьовані недостатньо. Необхідного системного висвітлення потребують також специфіка взаємодії військових і цивільних психологів, організаційні обмеження й ресурси психологічної служби, а також поєднання діагностичних, корекційних і реабілітаційних завдань у реальних бойових та післябойових умовах. Відтак дослідження є актуальним, оскільки дає змогу уточнити зміст і прояви наслідків бойового стресу, узагальнити сучасні підходи до психологічної допомоги військовослужбовцям та запропонувати практичні рекомендації щодо оптимізації роботи психолога в умовах триваючої війни.

Мета роботи – дослідити особливості роботи військового психолога з наслідками бойового стресу у військовослужбовців під час виконання бойових завдань та обґрунтувати напрями її оптимізації в умовах триваючої війни.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати сучасні теоретичні підходи до розуміння феномену бойового стресу та його психічних наслідків у військовослужбовців.

2. Провести емпіричне дослідження проявів наслідків бойового стресу у військовослужбовців із використанням комплексу валідних і надійних психодіагностичних методик.

3. Виявити зв'язки між характеристиками бойового досвіду (тривалість, інтенсивність, втрати, умови служби) та вираженістю симптомів тривоги, депресії й посттравматичного стресу.

4. Сформулювати практичні рекомендації щодо стабілізаційних і кризових втручань, а також алгоритму надання психологічної допомоги військовослужбовцям, які зазнали впливу бойового стресу.

Об'єкт дослідження – психологічна допомога військовослужбовцям, які зазнали впливу бойового стресу в умовах триваючої війни.

Предмет дослідження – особливості роботи військового психолога з наслідками бойового стресу у військовослужбовців.

Методи дослідження. У роботі використано комплекс теоретичних, емпіричних і статистичних методів, спрямованих на цілісне вивчення наслідків бойового стресу у військовослужбовців і специфіки психологічної допомоги.

Теоретичні методи (аналіз, синтез, узагальнення, порівняння, систематизація) застосовувалися для уточнення змісту ключових понять, виявлення основних підходів до діагностики, профілактики та корекції наслідків бойового стресу, а також для узагальнення вітчизняних і зарубіжних моделей психологічного супроводу військових.

Емпіричний блок дослідження був спрямований на вивчення проявів наслідків бойового стресу у військовослужбовців та включав поєднання спостереження, цілеспрямованих бесід і стандартизованих психодіагностичних методик. Для дистанційного збору даних використовувався онлайн-формат (Google Forms), що забезпечувало анонімність, доступність і безпечні умови участі. З метою оцінки психічного стану респондентів було застосовано опитувальник первинного психологічного скринінгу, коротку шкалу тривоги, депресії та

посттравматичного стресу, первинний скринінг посттравматичного стресового розладу, Міссісіпську шкалу для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант) і Шкалу оцінки впливу травматичної події. Сукупність цих інструментів дала змогу отримати багатовимірне уявлення про психічні стани військовослужбовців, зіставити рівень вираженості різних груп симптомів і виявити внутрішні закономірності в структурі наслідків бойового стресу.

Для обробки емпіричних даних застосовувалися методи математичної статистики: первинна обробка результатів (розрахунок середніх значень, показників варіативності), порівняльний аналіз показників у різних підгрупах військовослужбовців, кореляційний аналіз для виявлення зв'язків між характеристиками бойового досвіду та вираженістю симптомів тривоги, депресії й посттравматичного стресу. Отримані результати подано у вигляді таблиць і графіків, що забезпечило наочність інтерпретації та дало можливість чіткіше окреслити напрями оптимізації психологічної роботи з наслідками бойового стресу.

Організація та база емпіричного дослідження. Відповідно до поставлених завдань до опитування було залучено 180 військовослужбовців різних категорій військової служби, серед яких 141 особа (78,3%) безпосередньо брала участь у бойових діях, а 39 осіб (21,7%) перебували в зоні виконання бойових завдань. Такий склад вибірки дав змогу охопити як досвід прямої бойової експозиції, так і перебування в умовах підвищеної загрози, що важливо для порівняльного аналізу проявів наслідків бойового стресу.

Опитування проводилося дистанційно, у зручний для респондентів час, із використанням онлайн-формату (Google Forms). Перенесення методик у цифровий формат забезпечило стандартизованість інструкцій, обов'язковість заповнення ключових пунктів, зменшення кількості пропусків та автоматичне формування первинних результатів. Після завершення опитування дані експортувалися до Google Sheets і Microsoft Excel для подальшої обробки. Підрахунок сумарних та субшкальних балів здійснювався відповідно до

офіційних інструкцій до методик із урахуванням зворотного кодування окремих пунктів. Для кожного опитувальника здійснювався контроль якості даних за критеріями дотримання умов заповнення, повноти відповідей, відсутності технічних пропусків і логічної узгодженості відповідей.

Етичні аспекти дослідження включали інформовану згоду (у спрощеній формі), добровільність участі, можливість перервати або припинити заповнення анкети без будь-яких пояснень, а також гарантування анонімності й конфіденційності отриманої інформації. Це дозволило мінімізувати можливий дискомфорт респондентів і створити умови для більш відвертого й точного відображення їхнього психічного стану.

Практичне значення роботи. Матеріали дослідження можуть бути використані у практиці військових психологів, командирів підрозділів і фахівців психологічної служби для вдосконалення організації психологічного забезпечення до, під час і після виконання бойових завдань. Запропоновані підходи до скринінгу та алгоритм перенаправлення дають змогу підвищити своєчасність і адресність психологічної допомоги, зменшити ризик формування стійких розладів (ПТСР, тривоги, депресії) та вторинної дезадаптації. Рекомендації, сформульовані в роботі, можуть бути покладені в основу навчально-методичних матеріалів для підготовки військових і цивільних психологів, а також використані під час розроблення локальних протоколів психологічного супроводу й реабілітації військовослужбовців, що у підсумку сприятиме підтриманню боєздатності підрозділів.

Структура й обсяг роботи. Дипломна робота складається із вступу, трьох розділів з висновками до них, загальних висновків, списку використаних джерел (93 найменувань, з них – 13 іноземною мовою) і 5 додатків (на 14 сторінках). Загальний обсяг кваліфікаційної роботи – 101 сторінка, з них основного тексту – 73 сторінки. Робота містить 12 таблиць і 1 рисунок.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ НАСЛІДКІВ БОЙОВОГО СТРЕСУ

1.1. Психологічна природа та поняття бойового стресу

Поняття «бойовий стрес» сьогодні є одним із ключових у військовій психології, оскільки саме через нього описують, як психіка військовослужбовця реагує на реальну загрозу життю, поранення, смерть побратимів, моральні дилеми та хронічне перенапруження в зоні бойових дій. На відміну від «звичайного» стресу повсякденного життя, бойовий стрес пов'язаний із систематичним впливом екстремальних чинників, які одночасно загрожують біологічному існуванню, особистісній цілісності та професійній ідентичності військового.

У загальнопсихологічній традиції стрес розглядають як стан напруження, що виникає у відповідь на значущі, потенційно небезпечні або перевантажувальні події, які вимагають від людини мобілізації ресурсів для пристосування. Ю. Щербатих підкреслює, що стрес включає як адаптивні, так і дезадаптивні компоненти: спочатку він підвищує рівень мобілізації, але за надмірної інтенсивності чи тривалості може вести до виснаження й порушення функціонування організму та психіки [78, с. 34-36]. У випадку бойового стресу ці загальні закономірності проявляються у максимально загостреному вигляді, оскільки загроза є не гіпотетичною, а реальною, постійною та багатоаспектною.

Бойовий стрес у працях військових психологів визначається по-різному, але більшість авторів сходяться на кількох базових характеристиках. По-перше, це реакція на комплекс бойових стресорів – обстріли, прямий контакт із противником, види поранених і загиблих, невизначеність ситуації, дефіцит відпочинку, хронічна напруга, моральні конфлікти тощо [61, с. 204-205]. По-друге, бойовий стрес має багаторівневу природу: включає фізіологічні,

емоційні, когнітивні й поведінкові зміни, які розгортаються у часі. По-третє, він пов'язаний із виконанням професійних завдань у бойовій обстановці, тобто є різновидом професійного стресу, але з якісно іншою інтенсивністю та наслідками [41, с. 1425-1426].

О. Блінов наголошує, що бойовий стрес доцільно розглядати як динамічний процес, у якому початкова мобілізація організму, необхідна для виживання та ефективних дій, може з часом переходити у стадію перевантаження, дезорганізації й психотравматизації [12, с. 9]. Тобто, на ранніх етапах бойовий стрес є переважно адаптивним механізмом – він «підтягує» увагу, швидкість реакцій, чутливість до небезпеки, але в умовах повторюваних чи надмірно інтенсивних травматичних подій стає джерелом глибоких психологічних змін. Як підкреслює Л. Тютюнник, бойовий стрес – це «нормальна реакція здорової психіки на ненормальні обставини», але саме накопичення таких реакцій та відсутність своєчасної допомоги призводить до формування психотравмуючих наслідків [70, с. 108].

Психологічна природа бойового стресу пов'язана з особливостями переробки екстремальної інформації та оцінки загрози. У когнітивно-оцінному підході акцент робиться на тому, як військовослужбовець інтерпретує бойову ситуацію: як контрольовану чи неконтрольовану, передбачувану чи хаотичну, таку, де є опора на підрозділ і командування, чи таку, де наявне відчуття покинутості й безпорадності [41, с. 1428]. Якщо загроза сприймається як тотальна, а власні ресурси – як недостатні, формується виражене відчуття безсилля, яке є ядром тяжких постстресових розладів.

Важливим елементом психологічної природи бойового стресу є його тілесно-психофізіологічний вимір. Л. Філоненко показує, що бойовий стрес супроводжується активацією симпато-адреналової системи, змінами в роботі серцево-судинної, ендокринної та нервової систем, що проявляється у тахікардії, порушенні сну, м'язовій напрузі, зміні больової чутливості [72, с. 149]. Ці реакції є частиною «бойової готовності» організму, однак тривале їх утримання без фаз відновлення веде до виснаження та соматизації стресу.

На думку В. Ягупова, бойовий стрес неможливо зрозуміти поза контекстом військово-професійної діяльності: він завжди пов'язаний із виконанням завдань у складі підрозділу, з системою наказів, групових норм, морально-психологічного клімату, рівня підготовки та лідерства командирів [80, с. 212]. Тому до психологічної природи бойового стресу входить і соціально-психологічний вимір – досвід підтримки чи відторгнення з боку побратимів, ступінь довіри до командування, наявність чи відсутність відчуття сенсу й виправданості участі в бойових діях.

Сучасні дослідники також наголошують на відмінності між гострим бойовим стресом і його кумулятивними, хронічними формами. П. Пузирьов і В. Ізвєков вказують, що гострий бойовий стрес пов'язаний із реакцією на конкретний епізод загрози (бій, обстріл, поранення), тоді як хронічний формується внаслідок довготривалого перебування у високонапружених умовах, постійної готовності до небезпеки, дефіциту сну та відпочинку [61, с. 205]. Хронічна форма має більш «стерту» симптоматику, але створює фон для розвитку тривожних, депресивних і посттравматичних розладів.

Із позицій психотравматології бойовий стрес розглядається як фактор, що може призвести до формування посттравматичного стресового розладу, проте не тотожний йому. Ю. Асєєва, К. Аймедов, А. Яцишина підкреслюють, що ПТСР є лише однією з можливих траєкторій розвитку реакцій на бойову травматизацію; частина військових демонструє тимчасове погіршення стану з подальшим відновленням, частина – стійку адаптацію, а в інших розвиваються хронічні розлади [6, с. 9]. Отже, бойовий стрес – ширше поняття, яке охоплює як адаптивні, так і потенційно патологічні реакції.

В іноземних дослідженнях також підкреслюється багатовимірний характер бойового стресу. G. Obuobi-Donkor, F. Oluwasina, N. Nkire, V. Aguarong описують його як сукупність емоційних, когнітивних і поведінкових реакцій на бойові події, що формуються під впливом особистісних, соціальних та організаційних чинників [88, с. 3]. A. Hruby, H. Lieberman, T. Smith показують, що бойовий стрес тісно пов'язаний із

стилями поведінки щодо здоров'я, зокрема вживанням психоактивних речовин, порушенням сну, і може реалізовуватися в «порочному колі», де стрес посилює дезадаптивні стратегії, а вони, у свою чергу, підсилюють симптоматику [87, с. 85].

У вітчизняній науковій традиції сформувалося кілька провідних підходів до трактування бойового стресу. О. Лич і О. Холіна розглядають його як специфічний різновид стресу, що виникає в умовах бойової діяльності та зумовлює глибокі зміни в емоційній, мотиваційній та ціннісній сферах особистості [41, с. 1426]. Л. Тютюнник акцентує на його психотравмуючому потенціалі й визначає бойовий стрес як комплекс реакцій, пов'язаних із переживанням загрози життю й свідченням крайніх форм насильства [70, с. 106-108]. Є. Пузирьов і В. Ізвєков підкреслюють професійний вимір, визначаючи бойовий стрес як стан, що виникає у процесі виконання бойових завдань і впливає на ефективність діяльності, морально-психологічний стан та здоров'я військовослужбовця [61, с. 203-204].

Узагальнюючи наукові підходи, бойовий стрес можна описати через кілька взаємодоповнювальних напрямів:

- 1) психофізіологічний підхід – зосереджується на реакціях організму на екстремальну загрозу (зміни апетиту, сну, соматичні скарги тощо);
- 2) когнітивно-оцінний підхід – акцентує увагу на тому, як військовослужбовець сприймає й інтерпретує бойову ситуацію, оцінює рівень загрози та власні ресурси для її подолання;
- 3) особистісно-ресурсний підхід – підкреслює роль індивідуально-психологічних особливостей у формуванні бойового стресу;
- 4) соціально-психологічний підхід – зосереджується на впливі військового колективу, стилю лідерства, згуртованості підрозділу, морально-ціннісних орієнтацій та підтримки з боку оточення.

Ці підходи не суперечать один одному, а взаємно доповнюються, дозволяючи розглядати бойовий стрес як складний, багатокомпонентний феномен. Узагальнену характеристику основних підходів подано в табл. 1.1.

Таблиця 1.1

Наукові підходи до трактування поняття «бойовий стрес»

Підходи та основні представники	Визначення поняття «бойовий стрес»
Психофізіологічний підхід (Б. Михайлов [45], Є. Пузирьов [61], Л. Філоненко [72], К. Тимченко, О. Ступницька [69])	Бойовий стрес – стан крайньої мобілізації фізіологічних систем організму у відповідь на реальну чи потенційну загрозу життю, що супроводжується активацією нервової, ендокринної й серцево-судинної систем та за тривалого впливу може призводити до виснаження, порушення гомеостазу і соматичних розладів.
Когнітивно-оцінний підхід (О. Лич, О. Холіна [41], Ю. Асєєва [6], І. Приходько [55])	Бойовий стрес трактується як наслідок того, як військовослужбовець суб'єктивно оцінює рівень небезпеки, власні ресурси й можливість контролю ситуації; ключовими є відчуття передбачуваності подій, керованості середовища та індивідуальні когнітивні схеми щодо себе, світу й війни.
Особистісно-ресурсний підхід (О. Кокун [31], З. Комар [35], В. Клочков [27], В. Кушніров [38])	Бойовий стрес – випробування внутрішніх психологічних ресурсів особистості – стійкості, копінг-стратегій, рівня саморегуляції, мотиваційної налаштованості та професійної підготовленості, результатом якого можуть бути як дезадаптивні наслідки, так і психологічне зростання та посилення ресурсної бази воїна.
Соціально-психологічний підхід (В. Ягупов [80], Р. Шевченко [74], Л. Прудка [57], Т. Спіріна [67])	Бойовий стрес – феномен, що формується в системі взаємодії військовослужбовця з бойовим колективом, командирами, інституційним середовищем та суспільством загалом; вирішальне значення мають якість групової згуртованості, стиль лідерства, наявність соціальної підтримки й домінуючі культурні уявлення про війну та службу.

Як видно з табл. 1.1, у різних авторів в центрі уваги опиняються різні рівні аналізу – від реакцій організму до соціальних і культурних чинників, однак усі вони сходяться на тому, що бойовий стрес є результатом взаємодії зовнішніх бойових стресорів і внутрішніх ресурсів військовослужбовця. На думку І. Приходька, саме поєднання екстремальності ситуації, професійної відповідальності за життя інших і високої невизначеності робить бойовий стрес унікальним феноменом, який потребує спеціально організованої психологічної підтримки [55, с. 195].

Отже, психологічна природа бойового стресу полягає в тому, що це комплексна система реакцій, які одночасно виконують захисну, адаптаційну та потенційно травмуючу функції. Він виникає внаслідок зіткнення військовослужбовця з граничними ситуаціями, де ставиться під питання не лише фізичне виживання, а й базові переконання про себе, інших і світ.

1.2. Особливості функціонування військовослужбовців у бойових умовах

Функціонування військовослужбовця в бойових умовах якісно відрізняється від звичайної професійної діяльності навіть у стресогенних цивільних спеціальностях. Бойове середовище поєднує постійну загрозу життю, високу динаміку обстановки, дефіцит часу на ухвалення рішень і жорстку регламентацію дій. На думку Г. Бондарева та П. Крутя, військова діяльність належить до категорії екстремальної не лише через фізичну небезпеку, а й через постійну готовність до різкої зміни ситуації, коли будь-який сигнал може означати негайний перехід від відносного спокою до активних бойових дій [14, с. 21]. У таких умовах психіка військовослужбовця працює у специфічному «режимі бою», що проявляється в особливій організації уваги, мислення, емоційної та поведінкової регуляції.

Порівняння з іншими професіями дозволяє чіткіше побачити специфіку бойового функціонування (табл. 1.2).

Таблиця 1.2

Порівняльна характеристика психологічних режимів функціонування представників різних професій

Критерій	Військовослужбовці	Поліцейські	Медики
Характер небезпеки	Безпосередня загроза життю, вогневе ураження, мінування, артобстріли	Криміногенне середовище, можливість нападу правопорушників	Критичні клінічні стани, професійні та інфекційні ризики
Ритм екстремальних подій	Регулярні бойові епізоди, чергування періодів активного бою та очікування	Окремі кризові інциденти в структурі рутинної службової діяльності	Короткочасні піки напруги під час операцій, реанімацій, ургентних втручань
Допустимий рівень помилки	Практично нульовий; помилка безпосередньо загрожує життю	Високий рівень відповідальності, але інший масштаб наслідків	Помилка загрожує здоров'ю та життю пацієнта
Домінуючий режим уваги	Постійна настороженість, сканування загроз	Вибіркова увага до підозрілих осіб чи ситуацій	Концентрація на хворому та медичних показниках

Так, поліцейські чи медики також мають справу з ризиком та людськими стражданнями, проте характер їхньої діяльності зазвичай не передбачає настільки регулярного впливу смертельної загрози та застосування зброї. Як підкреслюють Н. Агаєв, О. Кокун, І. Пішко, Н. Лозінська, В. Остапчук, В. Ткаченко, для військових типовими є не епізодичні, а повторювані включення в бойові епізоди, тривале перебування в зоні обстрілів, виконання завдань під вогнем противника, що формує інший психофізіологічний і мотиваційний профіль служби [1, с. 32].

У бойовій обстановці змінюється сама логіка сприймання й обробки інформації. Як зазначає О. Блінов, для військовослужбовців характерним є перехід до режиму підвищеної сенсорної чутливості до сигналів небезпеки: звуків пострілів, змін у ландшафті, поведінці побратимів [10, с. 45]. Простір сприймається не як «нейтральне тло», а як потенційне поле загрози, де кожен об'єкт оцінюється з позиції прикриття, сектору обстрілу, напрямку відходу. Увага стає вибірково спрямованою на потенційно небезпечні стимули, причому така вибіркковість є адаптивною умовою виживання. На мою думку, саме цей перехід від «мирного» до «бойового» способу бачення світу є однією з центральних особливостей функціонування військового у зоні бойових дій.

Когнітивні процеси в бою протікають в умовах крайнього дефіциту часу та інформаційної невизначеності. За спостереженнями Л. Крimeць, командир і кожен військовий змушені приймати рішення на основі неповних, суперечливих даних, коли відкладена реакція може коштувати життя [51, с. 40]. Мислення набуває переважно оперативного-практичного характеру: оцінка обстановки йде через призму негайних дій («як зайняти позицію», «як змінити маршрут», «чи відкривати вогонь»), а часовий горизонт різко звужується до хвилин і секунд. У таких умовах важливим стає завчасне тренування стандартних алгоритмів дій, оскільки у реальному бою на розгорнуте обмірковування просто немає ресурсу [59, с. 115].

Не менш показовою є організаційна складова функціонування. Військовослужбовець у бою діє не як ізольований індивід, а як елемент чітко

структурованої системи, де кожен має свою роль, сектор відповідальності й залежить від інших. На думку В. Ягупова, бойова ефективність підрозділу забезпечується не стільки героїзмом окремих воїнів, скільки узгодженістю їхніх дій у межах відпрацьованих тактичних схем [80, с. 203]. Це означає, що функціонування військового у бойових умовах завжди інтерактивне: індивідуальні рішення постійно співвідносяться з наказами командира, діями побратимів, змінами обстановки.

Окремий вимір становлять психофізіологічні режими роботи організму. Як підкреслює О. Блінов, для бою характерні не лише короткі періоди різкого зростання фізичного навантаження (інтенсивне пересування, рух у бронезилеті та зі спорядженням, подолання перешкод, евакуація поранених), а й тривале перебування в напруженій «готовності до ривка» на фоні дефіциту сну, порушеного харчування, впливу холоду, спеки, вологості та шуму [10, с. 98]. У таких умовах організм переходить у режим максимальної мобілізації ресурсів: активізується симпатична нервова система, зростає частота серцевих скорочень, прискорюється дихання, змінюється м'язовий тонус, перерозподіляється кровообіг на користь життєво важливих органів та великих м'язових груп. За спостереженнями Л. Філоненко, ці реакції є природною відповіддю на загрозу й покликані забезпечити швидкість, силу та точність дій, але їхня ефективність напряду залежить від попередньої підготовки військовослужбовця, рівня сформованих навичок саморегуляції, вміння керувати диханням, увагою і м'язовою напругою [72, с. 151]. У досвідченого бійця організм поступово переходить від хаотичної реакції шоку до більш впорядкованого режиму роботи: за рахунок автоматизованих дій знижується перевантаження свідомості деталями, а короткі сплески напруження чергуються з фазами цілеспрямованого відновлення.

Важливу роль відіграють і специфічні фактори бойового середовища, які фактично задають межі можливого для психіки та організму військовослужбовця. Йдеться не лише про фізичні умови (вогнь, рельєф, погода), а й про інформаційну нестачу, постійну змінюваність обстановки,

залежність від рішень командира та злагодженості підрозділу. Адаптуючи узагальнення В. Клочкова та Р. Шевченка до логіки нашого дослідження, можна виділити низку ключових умов, що одночасно впливають на сприйняття загрози, швидкість і якість мислення, емоційну напругу та вибір тактичних рішень бійця (табл. 1.3) [26, с. 90].

Таблиця 1.3

**Ключові фактори бойового середовища та їхній вплив на
функціонування військовослужбовця**

Фактор	Опис	Особливості функціонування
Постійна загроза життю	Перебування в зоні можливого вогневого ураження, мінування, обстріли	Постійно підвищена настороженість, сканування простору, готовність до миттєвого укриття й зміни позиції
Невизначеність обстановки	Неповнота інформації, зміна планів противника, «туман війни»	Прийняття рішень за умов ризику, опора на навчання та бойовий досвід, використання простих і зрозумілих схем дій
Сенсорне переважання	Вибухи, постріли, сигнали техніки, радіообмін, крики	Відбір найбільш загрозливих стимулів, свідоме «ігнорування» другорядних сигналів
Дефіцит часу	Секунди або хвилини на ухвалення рішення і виконання маневру	Перевага відпрацьованих алгоритмів над розгорнутим аналізом, дія «за процедурою», покладання на командні сигнали
Обмеженість ресурсів	Брак боєприпасів, пального, засобів зв'язку, медзабезпечення	Економне використання наявних засобів, креативні способи виконання завдання, жорстке пріоритизування цілей
Просторова фрагментованість	Бій у складному рельєфі, міській забудові, лісосмугах	Постійна орієнтація на місцевості, використання укриттів, поділ завдань між групами з урахуванням секторів огляду
Порушення ритму «сон–неспанья»	Нерегулярний відпочинок, нічні виходи, тривалі чергування	Функціонування в умовах хронічного недосипання, опора на короткі періоди мікровідпочинку, ритуали «швидкого відновлення»
Залежність від взаємодії в підрозділі	Необхідність узгоджених дій з іншими бійцями й командиром	Підвищена увага до командних сигналів, розподіл ролей, опора на взаємний контроль і підтримку

Як видно з табл. 1.3, більшість цих факторів не просто ускладнюють виконання завдань, а змінюють саму логіку діяльності військовослужбовця

порівняно з мирними умовами. Рішення доводиться ухвалювати швидко, за неповної інформації, у стані перевантаження стимулами та хронічної втоми, одночасно зберігаючи точність дій і дотримання процедур безпеки. У таких умовах ефективність залежить від того, наскільки боєць здатен поєднати швидкість із точністю, жорстку дисципліну – з тактичною ініціативою, а індивідуальні зусилля – з узгодженістю дій підрозділу. Саме тому підготовка до бою має включати не лише опанування техніки й тактики, а й тренування психофізіологічної витривалості, уваги, саморегуляції та навичок взаємодії в групі.

Емоційно-вольова сфера у бою підпорядковується задачі збереження контрольованої активності. На думку В. Ягупова, страх, гнів і напруження в реальній бойовій обстановці нікуди не зникають, але мають бути інтегровані у структуру дій як додаткове джерело енергії, а не як фактор, що блокує рух і мислення [80, с. 215]. Л. Крimeць підкреслює, що військова дисципліна, чіткі та передбачувані накази, заздалегідь відпрацьовані правила застосування зброї виконують роль зовнішнього «каркаса саморегуляції», який допомагає воїну тримати емоції в межах, сумісних із бойовою ефективністю [51, с. 42].

Соціально-психологічний вимір бойового функціонування пов'язаний насамперед із феноменом малих підрозділів. За спостереженнями Т. Грицевич, А. Романишина, І. Гузенко, О. Капінус, Т. Мацевко, взвод чи рота в бою перетворюються на малу групу з дуже високим рівнем взаємозалежності: від дій кожного реально залежить життя інших [59, с. 184-185]. Це посилює значення довіри, згуртованості. В. Катинський та В. Стасюк підкреслюють, що позитивний морально-психологічний клімат у підрозділі дозволяє військовим «позичати» ресурси один одного, знижуючи суб'єктивну напругу і полегшуючи виконання завдань навіть у складних умовах [26, с. 93].

У цьому контексті важливими стають не тільки індивідуальні, а й групові якості. На думку З. Комар, ефективне функціонування у бою забезпечується поєднанням особистісної надійності, дисциплінованості та колективізму, коли боєць не просто добре воює, а чітко розуміє свою роль у

загальному задумі, тримається встановлених правил і водночас довіряє діям побратимів [35, с. 62]. Йдеться про те, що внутрішня готовність виконати наказ, не залишити товариша й покластися на підтримку підрозділу формує загальний «психологічний каркас» бою, без якого навіть добре підготовлені індивідуально військовослужбовці не здатні діяти злагоджено.

Підготовка до бою, на думку Л. Кринець, має бути спрямована не лише на відпрацювання технічних навичок володіння зброєю та тактики, а й на цілеспрямований розвиток психологічних якостей, що дозволяють витримувати специфічний тиск бойового середовища [51, с. 46]. До таких якостей належать психологічна стійкість, стресостійкість, саморегуляція, відповідальність, колективізм, адаптивність (табл. 1.4).

Таблиця 1.4

**Провідні психологічні якості, що забезпечують ефективне
функціонування у бойових умовах**

Якість	Зміст	Прояв у бойовій діяльності
Психологічна стійкість	Здатність зберігати працездатність і внутрішню зібраність під дією тривалого напруження та загрози	Послідовне виконання бойового завдання, навіть за умов небезпеки, втрат, виснаження
Стресостійкість	Уміння діяти в умовах інтенсивного стресу без дезорганізації мислення та поведінки	Чіткі, скоординовані дії під вогнем противника без «ступору», паніки чи хаотичних реакцій
Саморегуляція	Здатність свідомо керувати власними емоційними станами, імпульсами та поведінкою	Керовані реакції на страх, гнів, раптові події; збереження холонокровності під час загострення ситуації
Відповідальність	Усвідомлення наслідків своїх рішень і готовність їх приймати відповідно до службового обов'язку	Дотримання наказів і правил безпеки, турбота про збереження життя побратимів і цивільних
Колективізм	Орієнтація на інтереси підрозділу, готовність діяти узгоджено з іншими	Взаємне прикриття, підтримка товаришів, готовність прийти на допомогу навіть із ризиком для себе
Адаптивність	Гнучкість мислення та поведінки, здатність швидко змінювати тактику залежно від обстановки	Оперативне пристосування до нових тактичних умов, зміни плану дій без втрати ефективності та контролю

Як слушно зауважує З. Комар, психологічна стійкість воїна не є «вродженою даністю», вона формується крок за кроком у процесі систематичної підготовки, проходження бойових чергувань і реального досвіду участі в операціях [35, с. 47]. Подібної думки дотримується В. Клочков, підкреслюючи, що стійкість вибудовується через цілеспрямовані тренування в умовах, максимально наближених до бойових, поєднання фізичного навантаження, стресових факторів і відпрацювання чітких алгоритмів дій [27, с. 115]. Боєць поступово вчиться не лише витримувати напруження, а й опиратися на підрозділ як на джерело підтримки: довіряти командиру, узгоджувати свої дії з товаришами, використовувати доступні ресурси для зниження невизначеності. Поєднання індивідуальної стійкості, базових навичок саморегуляції та відчуття «плеча побратима» створює той внутрішній фундамент, який дозволяє військовослужбовцю не лише виконувати бойові завдання, а й зберігати відчуття власної цілісності та контролю над ситуацією в умовах постійного ризику для життя.

Отже, особливості функціонування військовослужбовців у бойових умовах охоплюють не окремі реакції, а цілісний комплекс змін у сприйманні (звуження уваги на загрозах, швидкий відбір сигналів), мисленні (перехід від розгорнутого аналізу до швидких рішень за алгоритмом), емоційній регуляції (контроль страху, гніву, провини), поведінці (чітке виконання наказів, дотримання процедур безпеки) та соціальній взаємодії (зростання значення довіри й взаємопідтримки в підрозділі). Бойове середовище змушує військового працювати в режимі постійної психофізіологічної мобілізації, орієнтованої на швидкі й скоординовані дії, готовність діяти в умовах невизначеності, дефіциту часу та ресурсів. У таких умовах вирішальне значення мають не тільки індивідуальні риси, а й якість підготовки, відпрацьованість тактичних алгоритмів, чіткість командування, морально-психологічний клімат у підрозділі та рівень сформованості ключових психологічних якостей, які забезпечують стійке й кероване функціонування військовослужбовця у безпосередньому зіткненні з бойовою реальністю.

1.3. Наслідки бойового стресу та підходи до раннього психологічного втручання

Бойовий стрес сам по собі не є патологією, але за певних умов він призводить до глибоких порушень психічного й соціального функціонування військовослужбовця. На мою думку, саме перехід від «нормальної реакції на ненормальні обставини» до стійких дезадаптивних станів є ключовою проблемою для психолога: не можна змінити факт перебування в бою, але можна вплинути на те, як ця подія інтегрується у досвід людини. Л. Тютюнник наголошує, що кумулятивний ефект повторюваних бойових епізодів, втрат і хронічного виснаження створює ґрунт для формування комплексу психотравматичних наслідків, які охоплюють емоційну, когнітивну та поведінкову сфери [70, с. 110]. Відповідно, аналіз наслідків бойового стресу доцільно вести на кількох рівнях: психофізіологічному, емоційно-когнітивному, особистісному та соціально-поведінковому.

Психофізіологічні наслідки бойового стресу пов'язані з тривалим перенапруженням стресових систем організму й недостатнім відновленням. Л. Філоненко показує, що у військових, які тривалий час перебували у зоні бойових дій, часто фіксуються порушення сну, підвищена втомлюваність, соматичні скарги (головний біль, біль у м'язах, шлунково-кишкові розлади), коливання артеріального тиску, зміни апетиту [72, с. 152]. Б. Михайлов, С. Риженко, С. Мороз описують феномен «патоморфозу» психічних і поведінкових розладів у умовах війни: частина симптомів маскується під тілесні скарги, однак в основі лежить хронічне перенапруження нервової системи та постійна готовність до небезпеки [45, с. 118]. На мою думку, ці дані важливі для психолога тим, що скарги військового на серце, шлунок чи безсоння часто є не лише медичною, а й психотравматологічною проблемою, і потребують мультидисциплінарного підходу.

Найбільш виражені наслідки бойового стресу проявляються в емоційній сфері. Дослідники фіксують підвищений рівень тривоги, дратівливість,

спалахи гніву, депресивні переживання, емоційне «оцепеніння» та почуття провини перед загиблими побратимами [42, с. 132; 75, с. 481]. О. Лящ описує деструктивний вплив бойового стресу на емоційну сферу військовослужбовця як поступовий перехід від природних емоційних реакцій страху й жалю до стійких станів емоційної спустошеності, внутрішньої відчуженості й ворожості до оточення [42, с. 136]. У дослідженнях Ю. Асєєвої, К. Аймедова, А. Яцишиної показано, що у значної частини військових ПТСР супроводжується депресивними й тривожними симптомами, а також суїцидальними думками, що істотно підвищує клінічну значущість бойового стресу як фактора ризику [7, с. 139-140]. Це означає, що раннє виявлення саме емоційних змін (порушення сну, різкі зміни настрою, відчуття безнадії) має бути важливою ціллю психологічного скринінгу.

Когнітивні наслідки бойового стресу включають труднощі концентрації уваги, зниження пам'яті, нав'язливі спогади про травматичні епізоди, флешбеки, а також зміну базових переконань про себе й світ. За даними А. Шиделко, частина військових відзначає відчуття «звуження» мислення, труднощі планування, постійне повернення думками до пережитих боїв, що заважає зосередитися на поточних завданнях, сімейних чи професійних ролях [75, с. 481]. І. Приходько пов'язує ці зміни з порушенням балансів між системами «автоматичного» та «рефлексивного» мислення: бойовий досвід посилює швидкі, стереотипні реакції, але ускладнює розгорнутий аналіз, особливо в мирному середовищі [55, с. 200]. На мою думку, саме ці когнітивні «збої» часто пояснюють, чому військовий після фронту відчуває себе «не в своїй тарілці» у цивільному житті: середовище вимагає іншого режиму мислення, який потребує часу й підтримки для відновлення.

Особистісні й екзистенційні наслідки бойового стресу не завжди очевидні, але мають глибокий вплив на життєву траєкторію військового. Л. Тютюнник та Д. Поп'юк показують, що бойовий досвід може призводити до трансформації системи цінностей, переоцінки стосунків, зміни ставлення до майбутнього, зростання почуття крихкості життя [71, с. 188-189]. Частина

військових переживає явище «моральної травми» – глибокий внутрішній конфлікт, пов'язаний з участю у подіях, що суперечать особистим моральним нормам, або з відчуттям зради, несправедливості, покинутості [10, с. 67]. Ю. Омелянович звертає увагу, що діагноз ПТСР сам по собі змінює самоідентичність військового, впливає на систему сімейних і суспільних ролей, формує ризик вторинної стигматизації [50]. З одного боку, бойовий досвід може стати джерелом посттравматичного зростання, посилення відповідальності, солідарності, духовного пошуку; з іншого – за відсутності підтримки він фіксує особистість у позиції «людини війни», якій важко знайти місце у мирному суспільстві.

Соціально-поведінкові наслідки бойового стресу проявляються у міжособистісній сфері, професійній діяльності та способах саморегуляції. Л. Прудка та О. Пасько описують типові труднощі адаптації військових після повернення із зони бойових дій: конфлікти в сім'ї, проблеми комунікації, зниження толерантності до «повсякденних дрібниць», тенденцію до соціальної ізоляції [57, с. 88]. В. Чорна, О. Серебреннікова, В. Коломієць, С. Гозак, О. Єлізарова, М. Рибінський, В. Ангельська, Н. Павленко вказують на зростання агресивності, імпульсивності, ризикової поведінки, вживання алкоголю чи інших психоактивних речовин як способів тимчасово знизити напруження [73, с. 136-137]. Зарубіжні дослідження також демонструють взаємозв'язок між симптомами ПТСР, депресії й дезадаптивними стратегіями, зокрема зловживанням алкоголем, порушенням сну, переїданням або недоїданням [87, с. 88]. Важливо, що ці поведінкові прояви часто сприймаються оточенням як характер чи свідомий вибір, тоді як насправді вони є спробою впоратися з внутрішнім болем, страхом або соромом.

Особливої уваги заслуговують клінічні наслідки бойового стресу у вигляді посттравматичного стресового розладу, коморбідних депресивних і тривожних розладів, суїцидальних ризиків. Ю. Асєєва, К. Аймедов, А. Яцишина підкреслюють, що ПТСР у військових може розвиватися як невдовзі після травматичних подій, так і через тривалий латентний період,

часто на тлі повторних стресових впливів або різких життєвих змін (звільнення, втрата побратимів, сімейні конфлікти) [6, с. 10]. Л. Бегеза, Н. Бугайова, С. Опанасенко, спираючись на емпіричні дані, показують, що серед обстежених військовослужбовців виражені симптоми ПТСР виявляються у значної частки респондентів, при цьому часто поєднуються з високим рівнем тривоги й депресії [9, с. 172]. Аналогічні результати подають зарубіжні автори, які фіксують високі показники ПТСР серед військових контингентів різних країн та показують вплив факторів ризику – тривалості перебування в бою, інтенсивності травматизації, низького рівня соціальної підтримки, попередніх психічних розладів [81; 88].

Узагальнюючи, можна виокремити такі основні наслідки бойового стресу у військовослужбовців (рис. 1.1).



Рис. 1.1. Основні наслідки бойового стресу у військовослужбовців

На цьому тлі особливого значення набувають підходи до раннього психологічного втручання. На мою думку, завдання психолога полягає не лише в лікуванні ПТСР, а й у створенні системи, де негативні наслідки бойового стресу виявляються й пом'якшуються якнайраніше – ще до того, як вони набудуть хронічного характеру. І. Приходько, аналізуючи профілактику

й контроль бойового стресу, підкреслює багатоетапність роботи: підготовчий етап, психологічний супровід у бою, стабілізаційні заходи безпосередньо після травматичних подій і подальша реабілітація [55, с. 206]. Вже на етапі участі в бойових діях важливими є короткі психопросвітницькі інтервенції, навчання базовим технікам саморегуляції, формування навичок взаємної підтримки в підрозділі.

Раннє психологічне втручання, на мою думку, неможливе без систематично організованого психодіагностичного скринінгу. В українській практиці, як зазначають С. Васильєв і Д. Зубовський, дедалі ширше застосовуються стандартизовані опитувальники для оцінки симптомів ПТСР, депресії та тривоги, а також шкали загального психологічного благополуччя, що дає змогу своєчасно виокремлювати групи підвищеного ризику серед особового складу [17, с. 10]. А. Романишин і А. Неурова описують досвід діагностування ПТСР у військовослужбовців після участі в операції об'єднаних сил із використанням опитувальників «Шкала впливу травматичної події», «Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу (військовий варіант)» та низки інших валідизованих інструментів, що забезпечують багатовимірну оцінку посттравматичних реакцій [64, с. 129-131]. На думку дослідників, ключовим принципом скринінгу має бути не формальне разове тестування, а його вбудованість у ширший алгоритм прийняття рішень – із чітко визначеними пороговими значеннями, процедурами перенаправлення до фахівців вищого рівня, фіксованими маршрутами допомоги та налагодженим механізмом зворотного зв'язку для командирів підрозділів, які мають розуміти, що саме стоїть за результатами скринінгу і які управлінські й підтримувальні дії вони передбачають.

По-друге, важливою складовою раннього втручання є перша психологічна допомога та кризові інтервенції. О. Колесніченко, Я. Мацегора, І. Приходько у своєму дослідженні детально описують протоколи дій психолога в перші години й дні після травматичної події: забезпечення фізичної безпеки, емоційної стабілізації, нормалізація базових функцій (сон,

харчування), підтримка почуття контролю й залучення до простих, структурованих дій [56]. Науковці підкреслюють, що на цьому етапі важливо уникати «насильного» проговорювання деталей травми, зосереджуючись натомість на заземленні, ресурсах, відновленні орієнтації в поточній реальності [56]. Це відповідає сучасним міжнародним рекомендаціям, де перша психологічна допомога розглядається як базовий, але не інвазивний формат підтримки.

По-третє, до ранніх втручань доцільно відносити короткострокові стабілізаційні програми для груп військовослужбовців, які пережили інтенсивні бойові епізоди. На думку В. Алещенка та О. Кокуна, найбільшу ефективність мають структуровані заняття, спрямовані на опанування дихальних технік, м'язової релаксації, навичок усвідомленого фокусування уваги, а також базових елементів когнітивно-поведінкових стратегій – ідентифікації автоматичних думок, роботи з катастрофізацією, формування більш реалістичних оцінок ризиків [4, с. 26]. В. Катинський і В. Стасюк підкреслюють, що подібні програми доцільно впроваджувати не лише на етапі реабілітації, а й у період ротацій та підготовки до нових завдань, коли підрозділ зберігає відносну цілісність і має достатній внутрішній ресурс для підтримки своїх учасників [26, с. 92].

Четвертий напрям раннього втручання пов'язаний із чіткою маршрутизацією та перенаправленням військовослужбовців із вираженою симптоматикою до спеціалізованої допомоги. Л. Борисова та Я. Кобець розглядають психореабілітаційні підрозділи як «другий рівень» системи, де після первинного відбору й стабілізації військові з ознаками ПТСР, депресивних розладів або суїцидальних ризиків скеровуються до мультидисциплінарних команд за участю психіатрів, психотерапевтів, клінічних психологів, соціальних працівників [15, с. 10; 28, с. 54]. Для військового психолога, який працює «на першій лінії», принципово важливо мати чітко визначені критерії такого перенаправлення: частоту й інтенсивність флешбеків, ступінь порушення сну, тривалість і динаміку симптомів,

наявність саморуйнівної поведінки, зловживання психоактивними речовинами, а також ознаки глибоких особистісних змін.

Сучасні дослідження підтверджують ефективність низки психотерапевтичних підходів до роботи з наслідками бойового стресу, що має враховуватися вже на етапі раннього втручання. В. Гіга та П. Єрмуракі показують, що когнітивно-поведінкова терапія у поєднанні з кризовим консультуванням і психоедукацією є дієвою моделлю психологічної підтримки військових із ПТСР: вона передбачає структуровану роботу з травматичними спогадами (контрольована експозиція), когнітивну реконструкцію дисфункційних переконань («я мав урятувати всіх», «я слабкий, бо відчуваю страх»), формування більш реалістичних інтерпретацій подій, а також навчання конкретним навичкам стрес-менеджменту й саморегуляції [22]. Зарубіжні праці акцентують на значенні тренінгу психологічної гнучкості й резилієнтності як окремого напрямку роботи: йдеться про розвиток здатності витримувати інтенсивні емоційні стани, не «залипати» в них, зберігати контакт із теперішнім моментом і діяти відповідно до власних цінностей, навіть за умов триваючих стресових впливів [84]. На рівні ранніх втручань це може означати включення коротких модулів, спрямованих на прийняття власних реакцій на травму, уточнення життєвих цінностей (служіння, відповідальність за родину, професійна честь), планування невеликих, але конкретних поведінкових кроків у напрямі цих цінностей попри наявність болісних симптомів. Такі елементи, інтегровані у роботу військового психолога, не замінюють повноцінної психотерапії, але створюють основу для більш глибокого лікування та знижують ризик хроніфікації бойового стресу.

Окремим завданням раннього втручання є цілеспрямована робота з соціальним оточенням військового – командирами, побратимами, членами сім'ї. Р. Шевченко підкреслює, що ефективний соціально-психологічний супровід передбачає не лише індивідуальну допомогу, а й підготовку командирів до розпізнавання ранніх ознак дезадаптації (зміни у поведінці,

ізоляція, агресивні реакції, порушення дисципліни), формування в підрозділі культури взаємної підтримки, довіри та відповідального ставлення до психічного здоров'я, а також системну роботу зі зменшення стигми щодо звернення по психологічну допомогу [74, с. 145]. До таких заходів можуть належати короткі інструктажі, групові заняття з елементами психоедукації, навчання базовим навичкам підтримувальної комунікації та алгоритмам дій у кризових ситуаціях. На етапі повернення до мирного життя доцільно включати окремі модулі психопросвіти для членів родини, пояснюючи можливі зміни в поведінці й емоційному стані військового (дратівливість, замкненість, труднощі зі сном), адекватні способи реагування на них, а також канали доступу до професійної допомоги й підтримки [24, с. 5-6]. На мою науковців, без системного залучення соціального контексту – військового колективу та сімейного оточення – навіть добре організовані індивідуальні інтервенції втрачають значну частину свого потенціалу, оскільки військовий повертається у середовище, яке або підсилює, або нівелює зусилля психолога.

Узагальнюючи, можемо відзначити, що наслідки бойового стресу охоплюють широкий спектр змін – від функціональних психофізіологічних порушень до клінічно виражених розладів, від тимчасових труднощів адаптації до глибоких трансформацій особистості й соціальних зв'язків. Відповідно, підходи до раннього психологічного втручання мають бути багаторівневими: систематичний скринінг, перша психологічна допомога, короткострокові стабілізаційні програми, чіткі маршрути перенаправлення, підготовка командирів і родин, інтеграція доказових психотерапевтичних методів. Ключовим є розуміння того, що кожен борець проходить свій унікальний шлях реакцій на бойовий досвід, а завдання психолога – створити умови, за яких ці реакції не «застигають» у формі хронічної травми, а поступово інтегруються в життєву історію як тяжкий, але подоланий досвід. Це потребує не разових акцій, а побудови цілісної системи психологічної допомоги, де раннє втручання є невід'ємною ланкою між бойовою реальністю та довгостроковою реабілітацією військовослужбовців.

Висновки до розділу 1

У першому розділі були узагальнені теоретичні засади вивчення наслідків бойового стресу, окреслено його психологічну природу.

Розкрито поняття «бойовий стрес» як багаторівневий, комплексний феномен, що охоплює психофізіологічні, когнітивно-оцінні, особистісно-ресурсні та соціально-психологічні виміри. Наголошено, що він є нормальною реакцією на ненормальні обставини, яка спочатку виконує адаптивну, мобілізаційну функцію, але за умов тривалого чи повторюваного впливу екстремальних стресорів може набути психотравмуючого характеру. Узагальнення наукових підходів показало, що бойовий стрес доцільно розглядати не як суто клінічну категорію, а як процес взаємодії зовнішніх бойових чинників і внутрішніх ресурсів військовослужбовця.

Проаналізовано особливості функціонування військовослужбовців у бойових умовах порівняно з іншими стресогенними професіями. Підкреслено, що бойове середовище радикально змінює логіку сприймання, мислення, емоційної регуляції та поведінки. Показано, що ключову роль відіграють спеціально сформовані психологічні якості – стійкість, стресостійкість, саморегуляція, відповідальність, колективізм та адаптивність, які мають цілеспрямовано розвиватися в процесі підготовки до бою.

Висвітлено основні наслідки бойового стресу на психофізіологічному, емоційно-когнітивному, особистісному, соціально-поведінковому та клінічному рівнях. Показано, що спектр цих наслідків варіюється від функціональних порушень і тимчасових труднощів адаптації до посттравматичного стресового розладу, коморбідних депресивних і тривожних станів, змін самоідентичності й соціальних зв'язків. Обґрунтовано, що ефективна протидія цим наслідкам потребує багаторівневої системи раннього психологічного втручання, яка включає систематичний скринінг, першу психологічну допомогу, короткострокові стабілізаційні програми, роботу з командирами, побратимами та родинами.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Організація, структура та етапи емпіричного дослідження

Вивчення наслідків бойового стресу у військовослужбовців сьогодні має особливе значення, оскільки дає змогу отримати реальні показники тривоги, депресивних проявів, емоційного виснаження, а також виокремити чинники, що підсилюють або, навпаки, зменшують інтенсивність цих реакцій. У сучасних умовах служба для багатьох військових є не коротким епізодом, а тривалим та багатовимірним досвідом, який поєднує гострі й хронічні форми стресу, накопичення втоми, напруження, переживання несправедливості чи втрат. Такі явища неможливо оцінити лише інтуїтивно, вони потребують систематизованих вимірів і порівнянь між різними групами військовослужбовців залежно від умов служби, тривалості участі в бойових діях і характеру пережитих травматичних подій.

Метою емпіричного дослідження є отримання цілісного уявлення про те, як наслідки бойового стресу проявляються у військовослужбовців із різним бойовим досвідом, виявлення зв'язків між характеристиками цього досвіду (тривалість перебування в зоні бойових дій, участь у безпосередніх боях, втрати, специфіка умов служби) та вираженістю симптомів тривоги, депресії й посттравматичного стресу, а також окреслення на цій основі напрямів оптимізації психологічної допомоги.

Організація дослідження була продумана таким чином, щоб послідовно поєднати три взаємопов'язані рівні:

- 1) отримання об'єктивізованих показників психічного стану військовослужбовців за допомогою комплексу психодіагностичних методик;
- 2) аналіз зв'язків між характеристиками бойового досвіду та структурою виявлених симптомів;

3) формування практичних висновків і рекомендацій щодо побудови психологічної допомоги військовим, які зазнали впливу бойового стресу, з акцентом на ранню діагностику, кризові й стабілізаційні втручання та подальшу реабілітацію.

Структурно емпіричне дослідження будується навколо кількох ключових блоків:

- опис загальної організації й етапів дослідження;
- характеристика вибірки та психодіагностичного інструментарію;
- етичні засади проведення дослідження та особливості взаємодії з військовослужбовцями;
- презентація програми дослідження й гіпотез;
- аналіз та інтерпретація результатів;
- формулювання практичних рекомендацій.

Така структура дозволяє послідовно перейти від опису організації роботи до змістовного аналізу даних та їхнього практичного застосування.

Організація емпіричного дослідження визначалася кількома важливими чинниками. По-перше, специфікою досліджуваної групи: військовослужбовці перебувають у стані підвищеного навантаження, нерідко – у зоні виконання бойових завдань, що зумовлює обмеженість часу, нерівномірний доступ до зв'язку, можливий скепсис або настороженість щодо участі в опитуваннях. По-друге, важливою була етична складова: необхідно було мінімізувати ризик повторної травматизації та не перетворювати участь у дослідженні на додатковий стрес. По-третє, слід було забезпечити достатній обсяг і якість даних для аналізу, зберігаючи при цьому анонімність і конфіденційність інформації про психічний стан військовослужбовців.

З урахуванням цих вимог було обрано дистанційний формат опитування з використанням платформи Google Forms. Такий підхід дозволив:

- охопити географічно розподілену групу військовослужбовців;
- надати можливість проходження опитування у зручний час із будь-якого пристрою, що має доступ до Інтернету;

- стандартизувати подання інструкцій і формулювання запитань;
- зменшити бар'єр участі, забезпечивши анонімність і відсутність прямого контакту з дослідником під час заповнення опитувальників;
- автоматизувати первинну фіксацію результатів і зменшити кількість технічних помилок.

У межах дослідження було виділено кілька послідовних етапів, кожен із яких мав власну мету та завдання, але логічно пов'язувався з попереднім і наступним.

Перший етап – підготовчо-методичний. На цьому етапі уточнювалися мета і завдання емпіричного дослідження, формулювалися дослідницькі питання та гіпотези, операціоналізувалися ключові поняття («наслідки бойового стресу», «ПТСР», «тривога», «депресія» тощо). Було здійснено аналіз доступних психодіагностичних методик, що використовуються у вітчизняній та зарубіжній практиці для скринінгу посттравматичних, тривожних і депресивних симптомів у військових. На основі цього аналізу було сформовано комплекс інструментів, які, з одного боку, є достатньо інформативними й валідними, а з іншого – не перевантажують респондента надмірною кількістю запитань.

У межах підготовчого етапу також була розроблена структура онлайн-анкети. Спершу формувалася блокова будова: блок соціально-демографічних і службових даних (вік, стать, категорія служби, участь у бойових діях, тривалість перебування в зоні бойових дій, досвід поранень, втрат побратимів тощо), далі – послідовність опитувальників, що оцінюють тривогу, депресію, посттравматичні реакції та загальне психологічне благополуччя. Такий порядок дозволяє поступово залучити респондента до теми, спочатку «нейтральнішими» запитаннями, а потім – більш чутливими щодо травматичного досвіду. Окремо продумувалися формулювання інструкцій: вони мали бути простими, зрозумілими та не містити оцінювальних суджень, наголошувати на добровільності участі й праві респондента припинити заповнення анкети на будь-якому етапі.

Другий етап – організаційно-польовий (етап збору даних). На цьому етапі здійснювалося безпосереднє залучення військовослужбовців до участі в дослідженні. Інформація про опитування передавалася через контактних осіб (психологів підрозділів, представників командування, волонтерські мережі), а також за ланцюговим принципом поширення, коли військові могли передавати посилання на анкету своїм побратимам. Кожен потенційний учасник отримував коротке пояснення мети дослідження, гарантії анонімності й конфіденційності, орієнтовний час заповнення анкети. У вступній частині Google Forms було окремо представлено блок інформованої згоди у спрощеній формі, де зазначалося, що натискання кнопки «Продовжити» означає згоду на участь.

Під час цього етапу важливим завданням було забезпечити баланс між повнотою заповнення анкет й етичними міркуваннями. З одного боку, технічні налаштування форми передбачали обов'язковість відповідей на ключові запитання, необхідні для подальшого аналізу. З іншого – респондент зберігав можливість у будь-який момент припинити участь, просто закривши форму, без будь-яких наслідків для себе. Така організація дозволила зменшити кількість пропусків критичних даних і водночас не створювати тиску на військових, для яких сама тема травматичного досвіду може бути емоційно складною.

Третій етап – аналітико-обробний. Після завершення періоду збору даних відповіді були експортовані до Microsoft Excel. Для кожної методики було створено окремі алгоритми підрахунку балів згідно з офіційними інструкціями: визначалися сумарні та субшкальні показники, здійснювалося зворотне кодування окремих пунктів там, де це передбачено. Результати опитувальників трансформувалися у числові змінні, придатні для статистичного аналізу. На цьому етапі також проводився технічний контроль якості даних: перевірка наявності дублювань, нелогічних відповідей, надмірної кількості пропусків, що могло б свідчити про формальне ставлення до заповнення.

Далі здійснювалася первинна статистична обробка: розраховувалися середні значення, показники варіативності, частки респондентів із різними рівнями вираженості симптомів тривоги, депресії, посттравматичних реакцій. На основі службових характеристик (участь / неучасть у безпосередніх бойових діях, тривалість перебування в зоні бойових дій, досвід втрат тощо) формувалися підгрупи для порівняльного аналізу. Наступним кроком став кореляційний аналіз, спрямований на виявлення зв'язків між характеристиками бойового досвіду та вираженістю симптомів психологічного неблагополуччя.

Четвертий етап – інтерпретаційно-практичний. На цьому етапі кількісні результати аналізу поєднувалися з теоретичними підходами, та практичним досвідом роботи з військовослужбовцями, описаним у сучасних дослідженнях. Інтерпретація даних здійснювалася також через призму можливих психологічних механізмів, факторів ризику й ресурсів. Саме на цьому ґрунті формувалися висновки щодо того, які саме аспекти бойового досвіду найбільшою мірою пов'язані з погіршенням психічного стану, які групи військових можуть потребувати пріоритетної уваги, і які елементи психологічної допомоги є найбільш доцільними.

Результатом цього етапу стало формулювання практичних рекомендацій щодо роботи військового психолога з наслідками бойового стресу. Вони включають пропозиції стосовно організації скринінгу, критеріїв виявлення груп ризику, підходів до стабілізаційних і кризових втручань та орієнтовного алгоритму маршрутизації військовослужбовців до спеціалізованої допомоги.

Узагальнюючи, організація, структура та етапи емпіричного дослідження були вибудовані таким чином, щоб забезпечити: методологічну узгодженість із метою й завданнями дипломної роботи; чутливість до специфіки військової вибірки й етичних вимог роботи з травматичним досвідом; достатній рівень об'єктивності й надійності отриманих даних; можливість прямого перенесення результатів у практику психологічної допомоги військовослужбовцям, які зазнали впливу бойового стресу.

2.2. Характеристика вибірки та психодіагностичного інструментарію дослідження

Вибірка дослідження була сформована таким чином, щоб відобразити різні варіанти бойового досвіду й рівні загрози, в яких перебувають українські військовослужбовці. До участі в опитуванні було залучено 180 військових різних категорій військової служби. Серед них 141 особа (78,3%) безпосередньо брала участь у бойових діях і перебувала під обстрілами, а 39 осіб (21,7%) виконували завдання у зоні бойових дій без прямої участі в штурмових чи вогневих зіткненнях. Така побудова вибірки дозволяє порівнювати не «абстрактних військових», а дві якісно різні групи: тих, хто мав досвід прямої бойової експозиції, і тих, хто постійно перебував у просторі підвищеної загрози, але з іншою структурою навантажень.

Участь у дослідженні була добровільною. До опитування залучалися військовослужбовці, які на момент дослідження проходили службу в різних підрозділах, мали досвід перебування в зоні бойових дій та погодилися відповісти на запитання анонімної анкети. Такий підхід дозволив уникнути жорстких вікових, посадових чи вузькопрофесійних обмежень і зосередитися насамперед на характеристиках бойового досвіду (наявність або відсутність прямих бойових зіткнень, тривалість перебування в зоні бойових дій, втрати побратимів, поранення тощо). Саме ці параметри в подальшому використовувалися як важливі змінні для аналізу зв'язків із показниками психологічного стану.

Психодіагностичний інструментарій було сформовано як цілісний комплекс, у якому поєднано кілька рівнів оцінки: від базового опису умов служби та первинного скринінгу до поглибленого вимірювання посттравматичних реакцій [1]. Такий підхід дозволяє не обмежуватися єдиною шкалою, а розглядати наслідки бойового стресу як багатовимірний феномен, що включає як ситуативні симптоми, так і більш стійкі зміни емоційної, когнітивної та поведінкової сфери.

Узагальнену логіку застосування психодіагностичних інструментів у дослідженні подано у вигляді табл. 2.1.

Таблиця 2.1

Діагностичний інструментарій емпіричного дослідження

№	Назва методики	Мета застосування в дослідженні
1	Опитувальник первинного психологічного скринінгу (Додаток А)	Збір базової інформації про бойовий досвід (участь у боях, давність зіткнень, наявність втрат), умови служби (сон, побут, фізичне навантаження), актуальні стресові реакції (гострі й такі, що збереглися донині), сімейні стосунки та службові труднощі. Використовується для виділення груп ризику, окреслення контекстуальних чинників формування наслідків бойового стресу та попереднього орієнтування щодо потреби в поглибленій діагностиці [1, с. 53-56].
2	Первинний скринінг посттравматичного стресового розладу (Додаток Б)	Швидка оцінка ймовірної наявності ключових проявів ПТСР (нічні жахи, нав'язливі спогади, уникнення нагадувань, підвищена настороженість, почуття відчуженості) протягом останнього місяця. Дає змогу оперативно виокремити військовослужбовців із підвищеним і високим ризиком ПТСР, які потребують більш детального обстеження, спостереження та, за потреби, скерування до допомоги [1, с. 137].
3	Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР (Додаток В)	Вимір загальної вираженості тривожних, депресивних і посттравматичних симптомів як інтегрального показника психологічного неблагополуччя після пережитої травматичної події. Дозволяє визначити: рівень суб'єктивних скарг; провідний компонент страждання; групи військовослужбовців, які потребують динамічного спостереження або негайного втручання. Використовується також для порівняння стану різних підгруп за умовами та тривалістю служби [1, с. 135-136].
4	Міссісіпська шкала посттравматичних реакцій (військовий варіант) (Додаток Д)	Поглиблена оцінка інтенсивності та хронічності посттравматичних змін у військовослужбовців із бойовим досвідом. Дає змогу виміряти широкий спектр проявів ПТСР: нав'язливі спогади, нічні жахи, почуття провини, суїцидальні думки, емоційне оніміння, агресивність, труднощі в комунікації, вживання психоактивних речовин, проблеми професійної та соціальної адаптації. Використовується для розмежування добре адаптованих військових, осіб із психічними розладами та тих, у кого ймовірний ПТСР, а також для зіставлення отриманих даних із нормативними [1, с. 160].
5	Шкала оцінки впливу травматичної події (Додаток Е)	Аналіз структури посттравматичних реакцій за останній тиждень з виокремленням трьох компонентів: вторгнення (нав'язливі спогади, образи, повторне емоційне «проживання» події), уникнення та підвищена збудливість (дратівливість, порушення сну, соматичні прояви напруження, настороженість). Дозволяє оцінити поточний рівень психічного напруження, виявити домінуючий тип реагування на травму та використовувати ці дані для планування стабілізаційних і реабілітаційних заходів [1, с. 171-173].

Першим інструментом став опитувальник первинного психологічного скринінгу. Його завдання – зафіксувати ключові характеристики бойового досвіду та умов служби (участь у бойових діях, давність останнього бойового зіткнення, наявність бойових і небойових втрат у підрозділі, типові стресові реакції в перші доби після події і ті, що зберігаються донині, зміни у сімейних стосунках, порушення військової дисципліни, фактори, що ускладнюють проходження служби). Цей опитувальник не вимірює «рівень ПТСР» чи «ступінь депресії», але створює важливий контекст: на його основі виділяються групи ризику, уточнюються умови, в яких виникають і закріплюються психотравматичні наслідки, а також фактори, що можуть посилювати або пом'якшувати психологічне навантаження (якість сну, побутові умови, сімейні конфлікти тощо) [1, с. 53-56].

Другим інструментом став первинний скринінг посттравматичного стресового розладу. Це короткий опитувальник із чотирма запитаннями, спрямованими на виявлення базових проявів ПТСР (нічні жахи, нав'язливі спогади, уникнення нагадувань про травму, підвищена настороженість, відчуття відчуженості). Його перевага – швидкість заповнення й чіткі порогові значення, що дозволяє з мінімальними затратами часу виокремити осіб із високою ймовірністю посттравматичної симптоматики та надалі порівняти їхні показники за іншими шкалами [1, с. 137].

Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР виконує функцію інтегрального індикатора поточного психологічного неблагополуччя. Вона дозволяє одночасно оцінити напруженість тривожних реакцій (внутрішня напруга, неуважність, панічні стани), депресивних проявів (смуток, емоційне виснаження, втрата інтересу до життя) та посттравматичних симптомів (нав'язливі образи). Перевагою цієї шкали є можливість як отримати загальний індекс вираженості негативних станів, так і проаналізувати, який компонент (тривожний, депресивний чи посттравматичний) є домінуючим. У контексті дослідження це дозволяє точніше описати структуру наслідків бойового стресу в різних групах військовослужбовців [1, с. 135-136].

Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант) застосовувалася як розгорнутий інструмент для поглибленого вимірювання ПТСР, розроблений спеціально для осіб із бойовим досвідом. Вона охоплює широкий спектр симптомів: від нічних жахів, нав'язливих спогадів, почуття провини й суїцидальних думок до змін міжособистісних стосунків, емоційного оніміння, схильності до агресії, вживання психоактивних речовин, труднощів у професійній та соціальній адаптації. Отриманий сумарний бал дозволяє не лише оцінити ймовірність ПТСР, а й порівняти показники вибірки з даними інших категорій (ветерани, чинні військові, співробітники силових структур), наведеними в літературі. У цьому дослідженні Міссісіпська шкала виступає «ядром» блоку, що вимірює глибину та хронічність посттравматичних змін [1, с. 160-165].

Шкала оцінки впливу травматичної події зосереджується на інтенсивності симптомів за останній тиждень і дозволяє деталізувати структуру реакцій за трьома ключовими компонентами: вторгнення (нав'язливі спогади, яскраві образи, емоційне «повернення» в ситуацію травми), уникнення (свідоме чи несвідоме відвертання думок, почуттів, ситуацій, людей, які нагадують про подію) та підвищена збудливість (дратівливість, порушення сну, підвищена настороженість, соматичні прояви напруження). Її використання дозволяє побачити не лише наявність чи відсутність ПТСР, а й те, які саме механізми реакції на травму є для конкретного військовослужбовця провідними [1, с. 171-173].

Таким чином, вибірка дослідження відображає різні типи бойового досвіду українських військовослужбовців, а комплекс психодіагностичних методик дозволяє розглядати наслідки бойового стресу не як одномірне явище, а як складну систему симптомів, пов'язаних із конкретними умовами служби. Поєднання опитувальників, шкал та спеціалізованих інструментів для оцінки ПТСР створює надійну основу для подальшого статистичного аналізу й формулювання практичних рекомендацій щодо психологічної допомоги військовим, які зазнали впливу бойового стресу.

2.3. Етичні стандарти та особливості взаємодії з військовослужбовцями під час дослідження

Етичний вимір у дослідженні наслідків бойового стресу є визначальним компонентом усієї методології. Йдеться не тільки про формальне дотримання стандартів психологічної науки, а про реальну відповідальність за стан людей, які щодня перебувають у ситуації небезпеки та надмірного навантаження. Кожен етап – від формулювання запитань до способу обробки даних, мав оцінюватися з точки зору того, чи не посилює він емоційний тиск на військовослужбовця, чи не створює ризику повторного психотравмування, чи не ставить респондента у вразливе становище у взаєминах із командуванням та побратимами. Тому етичні стандарти в цьому дослідженні розглядалися як система принципів, що визначає зміст, форму й межі взаємодії з учасниками.

Базовими орієнтирами стали принципи поваги до гідності та автономії особистості, пріоритету благополуччя учасника над науковими цілями, мінімізації можливих ризиків, конфіденційності та добровільності участі. Особливість військового середовища полягає в тому, що сама структура підпорядкування може створювати відчуття «обов'язковості» участі в будь-яких ініціативах, які хоч частково асоціюються з командуванням. Тому ключовим завданням було максимально чітко розмежувати наукове дослідження і службову діяльність: участь в опитуванні не є частиною виконання наказу, не впливає на оцінку професійних якостей і не тягне жодних адміністративних наслідків.

Добровільність участі забезпечувалася кількома взаємодоповнювальними механізмами. По-перше, запрошення до участі в дослідженні передавалося через посередників (психологів підрозділів, волонтерів, окремих представників командування) з чітким наголосом на тому, що респондент має повне право відмовитися або не відкривати посилення на анкету взагалі. По-друге, у вступній частині онлайн-форми простими й недвозначними формулюваннями пояснювалося, що участь є

добровільною, а відмова або переривання заповнення анкети не мають жодних негативних наслідків. По-третє, сама організація (дистанційний формат, відсутність іменних даних, можливість заповнювати анкету в зручний момент) зменшувала ризик того, що військовослужбовець почуватиметься «примушеним» до участі внаслідок групового тиску чи присутності керівництва.

Інформована згода в онлайн-форматі була оформлена як окремий блок, розташований перед основними запитаннями. У цьому блоці стисло й зрозуміло пояснювалися: мета дослідження, загальний зміст запитань, орієнтовний час заповнення, можливі емоційні труднощі (наприклад, неприємні спогади, посилення напруження), гарантії анонімності, спосіб використання отриманих даних. Окремо наголошувалося на праві респондента не відповідати на запитання, які викликають надмірний дискомфорт, і перервати участь у будь-який момент, просто закривши форму. Натискання кнопки «Продовжити» трактувалося як підтвердження інформованої згоди, про що прямо зазначалося в тексті. Таким чином, згода мала не формальний, а змістовний характер: військовий чітко розумів, у чому полягає його участь і які можливі наслідки.

Питання конфіденційності та захисту персональних даних займали окреме, принципово важливе місце в організації дослідження. Навмисно не збиралися ПІБ, контактні дані чи будь-які інші ідентифікаційні відомості, за якими можна було б однозначно встановити особу респондента. Соціально-демографічні та службові характеристики (вік, стать, тривалість служби, участь у бойових діях, досвід втрат тощо) фіксувалися лише в узагальненому форматі, необхідному для статистичного аналізу та порівняння підгруп. У вступній частині анкети окремо наголошувалося, що індивідуальні протоколи не передаватимуться командуванню, а результати будуть подані виключно у вигляді узагальнених даних — середніх значень, відсоткових розподілів, аналітичних висновків. Це мало зменшити поширений страх, що чесні відповіді можуть бути розтлумачені як слабкість чи непридатність до служби.

Технічний захист даних також розглядався як етичне зобов'язання. Доступ до результатів опитування був обмежений колом дослідників, які безпосередньо займаються обробкою та аналізом інформації. Файли з даними зберігалися на захищених ресурсах із паролем, не пересилалися у відкритих месенджерах, не дублювалися на особистих пристроях, що зменшує ризик випадкового витоку інформації. Після завершення дослідження передбачається зберігання даних у знеособленому вигляді протягом визначеного строку для можливих повторних аналізів, після чого файли будуть видалені або заархівовані згідно з вимогами безпеки.

Особливу увагу було приділено мінімізації ризику повторної травматизації. Сам факт звернення до теми бойового досвіду, втрат, небезпеки може активізувати болючі спогади й посилити емоційну напругу. Тому формулювання запитань у шкалах добиралося таким чином, щоб вони були максимально лаконічними, описовими й уникали надмірно деталізованих або натуралістичних згадок про травматичні події. Перевага надавалася стандартизованим опитувальникам, де респондент позначає частоту чи наявність певного стану, а не розгорнуто описує конкретні епізоди. У тексті інструкцій підкреслювалося, що, якщо під час заповнення форми військовослужбовець відчуває значне погіршення самопочуття, він має право припинити участь і звернутися до психолога підрозділу або іншого фахівця, якому довіряє.

Водночас варто враховувати, що анонімний формат не дозволяє досліднику безпосередньо втрутитися в разі виявлення дуже високого рівня симптомів або ознак суїцидального ризику в конкретного респондента – його особа невідома. Саме тому акцент робився не лише на безпечній побудові опитувальника, а й на роботі з посередниками: військовими психологами, представниками командування, волонтерськими організаціями. Їм передавалися узагальнені рекомендації щодо того, які прояви психічного неблагополуччя потребують негайної уваги, як організувати скринінг у підрозділі, як будувати маршрутизацію до спеціалізованої допомоги.

Специфіка взаємодії з військовослужбовцями також вимагала дотримання принципу ненашкодження у плані службового статусу та міжособистісних стосунків у підрозділі. У всіх поясненнях наголошувалося, що опитування не пов'язане з атестацією, перевіркою придатності чи розподілом службових навантажень. Це було важливо для зниження побоювань, що чесні відповіді про тривогу, виснаження чи посттравматичні симптоми можуть вплинути на ставлення командирів. Дослідження позиціонувалося як окремий, позаслужбовий процес, спрямований на покращення системи психологічної допомоги, а не на контроль або відбір.

Комунікація через посередників будувалася з урахуванням можливих етичних ризиків. Психологи підрозділів і представники командування отримували лише загальну інформацію про цілі та формат дослідження, але не мали доступу до індивідуальних відповідей. Водночас саме вони могли рекомендувати участь тим військовослужбовцям, які, на їхню думку, потребують висловитися або готові поділитися досвідом. Дослідник уникав будь-яких форм тиску, «масової мобілізації» на опитування чи створення враження, що участь є елементом дисциплінарних вимог. Такий підхід сприяв збереженню довіри між військовими й психологічною службою загалом.

У тексті інструкцій окремо зазначалося, що заповнення анкети не замінює повноцінної психологічної консультації чи лікування. Це важлива етична межа: респондент має розуміти, що опитувальник лише фіксує певні прояви стану, але не пропонує негайного рішення чи індивідуального плану допомоги.

Підсумовуючи, етичні стандарти в цьому дослідженні охоплюють декілька взаємопов'язаних вимірів: забезпечення добровільності та інформованої згоди; захист анонімності та конфіденційності; мінімізацію ризику повторної травматизації; уникнення будь-яких форм адміністративного чи групового тиску; коректну організацію роботи з посередниками; відповідальне поводження з даними та повернення результатів у практику.

Висновки до розділу 2

У другому розділі було обґрунтовано методологічні засади емпіричного дослідження наслідків бойового стресу у військовослужбовців та описано організацію всіх його етапів.

Показано, що дослідження має чітку поетапну логіку: від операціоналізації ключових понять, добору психодіагностичних методик і конструювання онлайн-анкети до польового збору даних, їх статистичної обробки, інтерпретації результатів та формулювання практичних рекомендацій для військових психологів.

Описано вибірку дослідження як цілеспрямовано сформовану групу з 180 військовослужбовців, що репрезентує різні типи бойового досвіду та рівні загрози. Комплекс психодіагностичного інструментарію, до якого увійшли опитувальник первинного психологічного скринінгу, первинний скринінг ПТСР, коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР, Міссісіпська шкала посттравматичних реакцій (військовий варіант) і шкала оцінки впливу травматичної події, забезпечує багатовимірне вимірювання наслідків бойового стресу від контекстуальних умов служби до глибини й хронічності посттравматичних змін.

Окремо підкреслено значення етичних стандартів, які визначали зміст і форму взаємодії з військовослужбовцями на всіх етапах роботи. Добровільність участі, інформована згода, відсутність будь-якого зв'язку між опитуванням і службовою оцінкою, анонімність, захист персональних даних, мінімізація ризику повторної травматизації та недопущення адміністративного чи групового тиску розглядалися як обов'язкові умови проведення дослідження. Дистанційний формат із використанням Google Forms, інструкції, робота через психологів підрозділів і волонтерів дозволили поєднати вимоги етичної безпеки з отриманням достатнього обсягу валідних даних. Це забезпечує достовірність, відтворюваність і практичну значущість отриманих результатів, які будуть проаналізовані в наступному розділі.

РОЗДІЛ 3

АНАЛІЗ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

3.1. Програма емпіричного дослідження та дослідницькі гіпотези

Програма емпіричного дослідження наслідків бойового стресу у військовослужбовців була побудована таким чином, щоб забезпечити логічний перехід від теоретичних положень, розглянутих у першому розділі, до перевірки конкретних припущень щодо структури й вираженості психічних порушень у реальних умовах сучасної війни. Її ядром є поєднання чітко окресленої мети, системи завдань, комплексу психодіагностичних методик та блоку дослідницьких гіпотез, які задають напрям аналізу отриманих даних.

Відповідно до загальної мети роботи, емпірична частина дослідження спрямована на те, щоб на основі стандартизованих опитувальників описати характер, інтенсивність та варіативність наслідків бойового стресу у військовослужбовців із різним рівнем бойового досвіду, а також виявити такі характеристики досвіду, які мають найбільш тісний зв'язок із показниками тривоги, депресії, посттравматичних реакцій і загального психологічного неблагополуччя. Іншим важливим завданням програми є створення емпіричної основи для розробки практичних рекомендацій щодо ранньої діагностики, скринінгу груп ризику та побудови системи психологічної допомоги.

Структурно програма дослідження спирається на уявлення про те, що наслідки бойового стресу є багатовимірним феноменом, який формується на перетині щонайменше трьох груп чинників. По-перше, це характеристики бойового досвіду: участь або неучасть у безпосередніх боях, тривалість перебування в зоні бойових дій, досвід втрат побратимів, поранення, частота й інтенсивність обстрілів. По-друге, це умови служби та поточне навантаження: можливість відпочинку, якість сну, побутові умови, наявність

або відсутність підтримки з боку командирів і побратимів, сімейні труднощі. По-третє, це власне психологічні прояви наслідків стресу – тривога, депресивні симптоми, прояви ПТСР, а також специфічні посттравматичні реакції, зафіксовані за допомогою спеціалізованих шкал. Саме ці три блоки визначають логіку побудови програми.

На першому рівні дослідження здійснюється фіксація характеристик бойового досвіду та умов служби за допомогою опитувальника первинного психологічного скринінгу. Він задає контекст, у якому надалі аналізуються показники інших шкал: чи мав військовослужбовець справу з прямою бойовою експозицією, як давно відбулося останнє бойове зіткнення, чи були втрати в підрозділі, як змінювалися стосунки в родині, чи з'явилися порушення дисципліни або конфлікти, пов'язані зі стресом. Цей рівень програми дозволяє перейти від абстрактного опису «бойового стресу» до конкретизованих форм його життєвого переживання.

На другому рівні вивчаються базові прояви посттравматичного стресового розладу та загальне психологічне неблагополуччя. Використання короткого скринінгу ПТСР і короткої шкали тривоги, депресії та ПТСР дає змогу отримати «зріз» поточного стану військовослужбовців, виділити групи із низьким, помірним та високим рівнем симптоматики, а також попередньо оцінити, який компонент страждання є провідним – тривожний, депресивний чи посттравматичний. У рамках програми саме ці методики відіграють роль «фільтра», що дозволяє побачити загальну картину психологічного навантаження в різних підгрупах.

Третій рівень програми пов'язаний із поглибленим аналізом посттравматичних реакцій. Міссісіпська шкала посттравматичних реакцій (військовий варіант) використовується для вимірювання глибини, хронічності й багатокомпонентності посттравматичних змін: від нічних жахів і нав'язливих спогадів до емоційного оніміння, агресивності, зловживання психоактивними речовинами й труднощів у соціальній адаптації. У програмі дослідження цей інструмент використовується не тільки як засіб

«діагностичного відсікання» ймовірного ПТСР, а й як основа для виявлення специфічних профілів реагування у військових із різним бойовим досвідом.

Четвертий рівень зосереджується на аналізі структури реакцій на травму за останній тиждень за допомогою шкали оцінки впливу травматичної події. Ця шкала дозволяє уточнити, які механізми – вторгнення, уникнення чи підвищена збудливість, є домінуючими у поточному стані військовослужбовця. У програмі дослідження її дані використовуються для співставлення з результатами за Міссісіпською шкалою та короткою шкалою тривоги, депресії й ПТСР, що дає змогу побачити не тільки загальну вираженість посттравматичної симптоматики, а й її «внутрішню архітектуру».

Загальна логіка програми передбачає послідовний рух від описового рівня до аналітичного. Спочатку за кожною шкалою обчислюються сумарні й субшкальні показники, визначаються середні значення, варіативність, частки респондентів із різними рівнями вираженості симптомів. Далі вибірка розподіляється на підгрупи за ключовими ознаками бойового досвіду (участь або неучасть у безпосередніх боях, тривалість перебування в зоні бойових дій, досвід втрат, поранення тощо), після чого проводиться порівняльний аналіз: з'ясовується, у яких груп рівні тривоги, депресії, ПТСР та специфічних посттравматичних реакцій є вищими, а де – відносно нижчими. Наступним кроком є кореляційний аналіз, спрямований на виявлення зв'язків між окремими характеристиками бойового досвіду й показниками психологічного стану.

У межах цієї програми були сформульовані низка дослідницьких гіпотез, які спрямовують емпіричний аналіз.

Перша гіпотеза стосується впливу прямої бойової експозиції на вираженість психологічних порушень. Висувається припущення, що військовослужбовці, які безпосередньо брали участь у штурмових діях, перебували під інтенсивними обстрілами й мали досвід реальної загрози життю, демонструватимуть вищі середні показники тривоги, депресії та посттравматичної симптоматики порівняно з військовими, які діяли в умовах

підвищеної небезпеки, але без прямої участі в боях. Ця гіпотеза відображає ідею про дозозалежний характер впливу бойового стресу: чим інтенсивніша й безпосередніша загроза, тим вищою є ймовірність формування виражених психотравматичних наслідків.

Друга гіпотеза стосується впливу досвіду втрат побратимів і поранень (власних або товаришів). Передбачається, що наявність бойових і небойових втрат у підрозділі, а також безпосередня участь у подіях, де загинули або були важко поранені знайомі військовослужбовці, пов'язуватиметься з більш високою вираженістю симптомів ПТСР, особливо в компонентах «вторгнення» та «почуття провини». У програмі дослідження ця гіпотеза реалізується через порівняння підгруп із наявністю та відсутністю втрат, а також через аналіз зв'язків між цими змінними та показниками за шкалою оцінки впливу травматичної події та Міссісіпською шкалою.

Третя гіпотеза стосується ролі контекстуальних умов служби (сон, побут, підтримка з боку оточення) як модераторів наслідків бойового стресу. Передбачається, що за однакового рівня бойової експозиції військовослужбовці, які повідомляють про кращу якість сну, більш стабільні побутові умови та наявність емоційної підтримки, демонструватимуть нижчі показники тривоги, депресії та ПТСР, ніж ті, хто одночасно переживає і бойові, і значні побутові та сімейні стреси. У програмі ця гіпотеза реалізується через аналіз даних опитувальника первинного психологічного скринінгу у поєднанні з показниками основних шкал, а також через кореляційний аналіз.

Таким чином, програма емпіричного дослідження поєднує описовий, порівняльний і кореляційний підходи. Вона дозволяє, з одного боку, отримати узагальнену картину наслідків бойового стресу у вибірці українських військовослужбовців, а з іншого – вийти на більш тонкий аналіз зв'язків між конкретними параметрами бойового досвіду, умовами служби та профілем психологічного реагування. Продумана послідовність етапів, обґрунтований добір інструментарію та система гіпотез забезпечують внутрішню логіку дослідження і створюють основу для змістовної інтерпретації результатів.

3.2. Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження

На першому етапі емпіричного дослідження було використано Опитувальник первинного психологічного скринінгу (див. Додаток А), який дав змогу оцінити вихідний психоемоційний стан військовослужбовців і виокремити основні групи ризику. До вибірки увійшли військові різного віку (переважно 20-50 років) з дуже різним терміном перебування в зоні виконання бойових завдань – від кількох тижнів до кількох років, частина з них на момент заповнення опитувальника продовжувала виконувати бойові завдання.

Аналіз відповідей на перші чотири запитання показав, що більшість респондентів мають безпосередній бойовий досвід: вони брали участь у бойових зіткненнях і перебували під обстрілами. Для значної частини останнє бойове зіткнення відбулося нещодавно – «на цьому тижні», «півмісяця тому», «місяць тому» або «кілька днів тому». Водночас є група військових, у яких останній інтенсивний бойовий контакт був більше ніж півроку тому, що дозволяє порівнювати гострі й більш віддалені реакції на стрес. В окремих підрозділах фіксувалися як безповоротні втрати, пов'язані з веденням бойових дій, так і непрямі втрати (загибель не внаслідок бою), що об'єктивно збільшує травматичне навантаження на особовий склад.

За п'ятим питанням («прояви на стрес протягом першої доби») найчастішими були неспокій і тривожність, порушення сну (неможливість заснути), бажання побути наодинці та нав'язливі думки чи спогади. У значної частини військових у перші години та доби після зіткнень відмічалися також тремор, дратівливість, епізоди агресії, апатія, іноді – бажання вжити алкоголь чи психоактивні речовини, підвищена конфліктність. Тобто переважає картина гострої стресової реакції з домінуванням тривожних, вегетативних і поведінкових проявів. Натомість невелика частина опитаних зазначила, що в першу добу взагалі не відчувала виражених симптомів стресу – це може бути як показником кращої резилієнтності, так і ознакою емоційного «оніміння», що потребує подальшого спостереження.

Порівняння відповідей на п'яте й шосте запитання («які прояви залишилися до цього часу») дозволило виокремити групу військовослужбовців із персистуючими симптомами. Частина респондентів вказала, що всі гострі прояви стресу зникли («не залишилися»), однак у багатьох зберігаються окремі симптоми: хронічна безсоння, нав'язливі спогади про бойові епізоди, стійке відчуття тривоги, внутрішнє напруження, емоційна та фізична втома, прагнення ізоляції («бажання побути наодинці»), дратівливість, іноді – агресивні реакції, конфліктність і продовження або посилення вживання алкоголю. Наявність такої групи з тривалими проявами стресу свідчить про підвищений ризик розвитку посттравматичних стресових розладів, депресивних і тривожних станів, що потребує індивідуальної психологічної роботи і, за потреби, направлення до психіатра чи психотерапевта.

Сьоме питання дало змогу оцінити, як служба і бойовий досвід вплинули на сімейні стосунки. Відповіді розподілилися нерівномірно: у частини військовослужбовців стосунки з рідними залишилися стабільними або навіть покращилися, що можна розглядати як важливий ресурс підтримки та фактор психологічної стійкості. Водночас значна кількість респондентів повідомила про погіршення стосунків або їх розрив, а дехто зазначив, що вже має нові стосунки після розлучення. Є також група військових, які й до служби фактично не перебували в стабільних стосунках. Сукупно це вказує на те, що для помітної частини опитаних сімейна сфера є додатковим джерелом емоційного напруження й ризиком для психічного здоров'я, тоді як для іншої частини – навпаки, залишається опорою.

За восьмим питанням («причини порушення військової дисципліни») більшість військовослужбовців не відзначила жодних чинників, що штовхали б їх до порушень («немає таких причин»). Однак у низки респондентів фігурували сімейні негаразди, проблемні взаємини у військовому колективі, напружені стосунки з командирами, незадоволеність військовою спеціальністю або посадою, а також незадоволеність рівнем реалізації

соціальних гарантій (фінансове, матеріально-технічне забезпечення тощо). Це дозволяє трактувати дисциплінарні порушення не лише як індивідуальну «недисциплінованість», а як індикатор системних проблем – як у сімейній, так і в організаційній площині.

Аналіз відповідей на дев'яте питання про фактори, що заважали повноцінно проходити службу, показав наявність хронічного перевантаження: часто згадувалися відсутність повноцінного сну, фізична втома, захворювання, погане харчування, незадовільні побутові умови, неможливість дотримуватися гігієни на належному рівні. Частина військових зазначала, що їм «нічого не заважає», що можна розглядати як свідчення кращої адаптації або більш ресурсних умов служби. Однак сумарна картина вказує на те, що значна частина особового складу перебуває у стані багатофакторного стресу, де бойові ризики поєднуються з хронічною депривацією сну, перевтомою та побутовими труднощами.

Узагальнюючи результати скринінгу, можна стверджувати, що опитувальник дозволив окреслити кілька умовних груп. До групи відносно благополучної адаптації належать військовослужбовці, які, попри наявний бойовий досвід, не мають стійких симптомів стресу, зберігають стабільні або покращені сімейні стосунки та не відзначають суттєвих перешкод для несення служби. До групи підвищеного ризику відносяться ті, хто поєднує в собі прямий досвід бойових дій, наявність безповоротних втрат у підрозділі, тривалі (персистуючі) симптоми стресу, погіршення або розрив сімейних стосунків і одночасно зіштовхується з дефіцитом сну, фізичною втомою, хворобами, проблемними стосунками в колективі чи незадоволеністю умовами служби. Саме ця група потребує пріоритетної уваги психологічної служби, індивідуального консультування, групових інтервенцій та, за потреби, організаційних змін з боку командування.

Таким чином, результати первинного психологічного скринінгу підтверджують високу напруженість психоемоційного стану значної частини військовослужбовців і одночасно дозволяють окреслити як основні фактори

ризик (часті й тривалі бойові зіткнення, втрати, хронічна втома, погіршення сімейних стосунків, незадоволеність умовами служби), так і ресурси адаптації (стабільна сімейна підтримка, відсутність тривалих симптомів, відносно сприятливі побутові умови).

На другому етапі емпіричного дослідження було використано опитувальник «Первинний скринінг посттравматичного стресового розладу» (див. Додаток Б), спрямований на виявлення ймовірної посттравматичної симптоматики у військовослужбовців. Загалом за цією методикою було обстежено 180 осіб, для кожного з яких підраховувався сумарний показник від 0 до 4 балів (кількість відповідей «ТАК» за чотирма пунктами).

Аналіз відповідей за окремими пунктами засвідчив високий рівень суб'єктивно переживаного стресу (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Розподіл відповідей за пунктами скринінгу ПТСР (n = 180)

Показник	Кількість осіб, що відповіли «ТАК»	Відсоток осіб, що відповіли «ТАК», %	Кількість осіб, що відповіли «НІ»	Відсоток осіб, що відповіли «НІ», %
1. Нічні жахи або нав'язливі думки про травматичний досвід	120	66,7	60	33,3
2. Намагання не думати про події, уникнення ситуацій-нагадувачів	135	75,0	45	25,0
3. Постійна настороженість, підвищена пильність, легке здригання	150	83,3	30	16,7
4. Відчуття відокремлення від інших, «відстороненості» від оточення	90	50,0	90	50,0

Як видно з табл. 3.1, приблизно дві третини обстежених (66,7%) відзначають наявність небажаних нічних жахів або нав'язливих думок, пов'язаних із травматичним досвідом. Ще більша частка військовослужбовців (75,0%) намагається свідомо уникати думок і ситуацій, які нагадують про травматичні події, що вказує на виражені механізми психологічного уникання.

Найбільш поширеним симптомом є підвищена настороженість і пильність: про це повідомили 83,3% респондентів, що відображає типовий патерн гіперзбудження в умовах тривалої загрози. Водночас половина опитаних (50,0%) описує відчуття емоційного відокремлення, «відстороненості» від оточення, що може свідчити про порушення емоційного контакту й зниження відчуття залученості до звичного соціального кола.

Підрахунок сумарних балів за опитувальником дав змогу виокремити три групи за рівнем ймовірної посттравматичної симптоматики (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

Розподіл військовослужбовців за рівнем ризику ПТСР (n = 180)

Рівень ризику	Інтервал балів	Кількість осіб	% від вибірки
Низький рівень симптоматики ПТСР	0-1	45	25,0
Помірний (підвищений) ризик ПТСР	2	60	33,3
Високий ризик ПТСР	3-4	75	41,7

Отримані дані свідчать, що лише чверть військовослужбовців (25,0%) перебуває в зоні відносно низької вираженості посттравматичних симптомів (0-1 бал). У цій групі окремі прояви (епізодичні нав'язливі спогади чи епізоди настороженості) можуть бути присутні, але не носять систематичного, дезадаптивного характеру.

Приблизно третина вибірки (33,3%) набрала 2 бали, що відповідає помірному, або підвищеному ризику: у них одночасно наявні щонайменше два стійких симптоми (наприклад, поєднання нічних жахів з униканням, або настороженості з відчуттям відчуженості). Ця група потребує динамічного спостереження та профілактичних психологічних заходів, оскільки за несприятливих умов (посилення бойового навантаження, додаткові втрати, погіршення побуту) симптоматика може наростати.

Найчисельнішою виявилася група з високим рівнем ризику ПТСР (3-4 бали) – 75 військовослужбовців (41,7%). Для них характерна одночасна

наявність кількох виражених симптомів: повторювані нічні жахи й нав'язливі думки, активне уникання всього, що нагадує про травматичні події, стійка гіпернастороженість і відчуття відокремленості від інших. У сукупності це відповідає типовому клінічному профілю посттравматичного стресового розладу і потребує поглибленого психологічного та, за необхідності, психіатричного обстеження.

Узагальнюючи результати первинного скринінгу ПТСР, можна зробити висновок, що:

1) посттравматична симптоматика є масовим явищем серед обстежених військових, а не поодиноким випадком;

2) в структурі симптомів домінують інтрузивні переживання, уникання та гіперзбудження, що відповідає сучасним уявленням про клінічну картину ПТСР;

3) виділяється велика група військовослужбовців із високим рівнем ризику, які мають стати пріоритетом для індивідуальної роботи психологічної служби, участі в групових програмах стабілізації та, за потреби, направлення до фахівців психіатричного профілю.

Таким чином, друга методика доповнила дані первинного психологічного скринінгу, підтвердивши, що значна частина особового складу перебуває в зоні підвищеного або високого ризику розвитку посттравматичних розладів і потребує системної, а не епізодичної психологічної підтримки.

На третьому етапі емпіричного дослідження було застосовано Коротку шкалу тривоги, депресії та ПТСР (див. Додаток В), яка дозволяє виявити загальну вираженість емоційного неблагополуччя (тривоги, депресивних симптомів і посттравматичного стресу) у військовослужбовців. За цією шкалою також було обстежено 180 осіб. Для кожного респондента підраховувався сумарний показник від 0 до 10 балів (кількість відповідей «так» на 10 тверджень).

Аналіз відповідей за окремими пунктами даної шкали продемонстрував наступні результати (табл. 3.3).

Таблиця 3.3

**Розподіл відповідей за пунктами Короткої шкали тривоги, депресії та
ПТСР (n = 180)**

№ з/п	Показник	Кількість відповідей «так»	Кількість відповідей «так», %	Кількість відповідей «ні»	Кількість відповідей «ні», %
1	Нездатність «розслабитися» (напруженість)	86	47,8	94	52,2
2	Роздратування та поганий настрій	73	40,6	107	59,4
3	Вторгнення в свідомість неприємних образів або спогадів про інцидент	80	44,4	100	55,6
4	Неуважність, погане зосередження уваги	74	41,1	106	58,9
5	Сильний смуток, печаль	58	32,2	122	67,8
6	Сильна втома, нестача енергії	83	46,1	97	53,9
7	Потрясіння або паніка	36	20,0	144	80,0
8	Прагнення уникати всього, що нагадує про інцидент або травмуючу подію	80	44,4	100	55,6
9	Труднощі із засипанням, погіршення сну	99	55,0	81	45,0
10	Зниження інтересу до життя, до звичної (у тому числі професійної) діяльності	32	17,8	148	82,2

Отримані результати свідчать, що тривожні симптоми є дуже поширеними. Майже половина військовослужбовців відзначає постійну внутрішню напруженість і нездатність розслабитися (47,8%), понад 40% – підвищену дратівливість і поганий настрій, у 41,1% є труднощі з концентрацією уваги. Особливо показовими є порушення сну: труднощі із засипанням і погіршення якості сну відзначають 55,0% опитаних, що узгоджується з даними попередніх методик про хронічну втому та стійку безсоння.

Посттравматичний компонент знову проявляється досить виразно: вторгнення болісних образів або спогадів про травматичні події присутні у 44,4% респондентів, така ж частка (44,4%) говорить про прагнення уникати

всього, що нагадує про пережитий інцидент. Це підтверджує, що механізми інтрузій та уникання є стійким елементом психологічної реакції на бойовий досвід.

Депресивні симптоми виражені дещо м'якше, але теж є значущими: 32,2% військових відчувають сильний смуток і печаль, а 46,1% – постійну втому, нестачу енергії. Зниження інтересу до життя та звичних занять, включно із професійною діяльністю, відзначають 17,8% опитаних. Тобто майже кожен п'ятий респондент має ознаки емоційного «вигорання» й часткової втрати мотивації.

Додатково було розраховано сумарні бали за шкалою. Середній показник склав приблизно 3,9 бала, що свідчить про загалом підвищений рівень емоційного неблагополуччя у вибірці. Для інтерпретації результатів була використана орієнтовна градація: 0-2 бали – низький рівень скарг, 3-5 балів – помірний рівень, 6 і більше балів – високий рівень виражених симптомів. Розподіл військовослужбовців за рівнями наведено в табл. 3.4.

Таблиця 3.4

Розподіл військовослужбовців за рівнем вираженості тривоги, депресії та ПТСР за короткою шкалою (n = 180)

Рівень вираженості симптомів	Інтервал балів	Кількість осіб	% від вибірки
Низький рівень	0-2	72	40,0
Помірний рівень	3-5	51	28,3
Високий рівень	6-10	57	31,7

Таким чином, лише близько 40% обстежених перебувають у зоні відносно низької вираженості тривожно-депресивної та посттравматичної симптоматики. Решта майже 60% демонструють або помірний (28,3%), або високий (31,7%) рівень суб'єктивних скарг. Група з високими балами – це військовослужбовці, у яких одночасно поєднуються кілька виражених проявів: напруженість, дратівливість, порушення сну, нав'язливі спогади,

уникання та відчуття емоційного виснаження. Саме вони потребують пріоритетної уваги психологічної служби, індивідуального консультування та, за необхідності, поглибленої психіатричної діагностики.

У цілому результати Короткої шкали тривоги, депресії та ПТСР узгоджуються з даними двох попередніх методик. Вони підтверджують, що значна частина особового складу перебуває у стані хронічного психоемоційного напруження, поєднує виражені тривожні, депресивні й посттравматичні прояви та потребує системної, а не епізодичної психологічної підтримки. Якщо в першому опитувальнику акцент був на бойовому досвіді та гострих стресових реакціях, а друга методика деталізувала саме ПТСР, то коротка шкала дозволила побачити ширшу картину емоційного стану – від тривоги й безсоння до втоми й втрати інтересу до життя, що важливо враховувати при плануванні програм психосоціальної допомоги військовим.

На четвертому етапі емпіричного дослідження для поглибленої оцінки посттравматичних реакцій було застосовано Міссісіпську шкалу Т. Кеапе (військовий варіант), що міститься у додатку Д.

Зіставлення отриманих результатів з орієнтовними інтервалами, наведеними В. Шаніним (76 ± 18 балів – добре адаптовані; 86 ± 26 – психічні розлади; 130 ± 18 – ПТСР), дало змогу виділити три групи за рівнем вираженості посттравматичних реакцій (табл. 3.5).

Таблиця 3.5

**Розподіл військовослужбовців за рівнем посттравматичних реакцій
за Міссісіпською шкалою (n = 180)**

Рівень за Міссісіпською шкалою	Орієнтовний діапазон балів	Кількість військовослужбовців	% від вибірки
Добре адаптовані	≤ 58	28	15,6
Психічні розлади (підвищений рівень симптомів)	59-111	136	75,6
ПТСР (клінічно значущі посттравматичні реакції)	≥ 112	16	8,9

Аналіз даних з табл. 3.5 показує, що лише 15,6% обстежених (28 військовослужбовців) мають показники ≤ 58 балів, які можна інтерпретувати як відносно добру адаптацію та низький рівень посттравматичної симптоматики. Ці респонденти, як правило, зберігають контроль над емоціями й поведінкою, не демонструють виражених інтрузивних спогадів, уникання чи суттєвого емоційного відчуження.

Найчисельнішою є група з результатами в межах 59-111 балів (136 осіб, 75,6% вибірки). Вони перебувають у зоні підвищеного ризику психічних розладів: у таких військових уже наявні стійкі посттравматичні симптоми (напруженість, дратівливість, порушення сну, емоційне оніміння, труднощі у стосунках), які помітно впливають на їхній емоційний стан і повсякденне функціонування, але ще не досягають типового рівня клінічного ПТСР. Цю групу можна розглядати як основний «мішеньовий» контингент для профілактичних і психокорекційних програм.

Особливу увагу привертає група військовослужбовців із показниками ≥ 112 балів – 16 осіб (8,9% вибірки). Їхні результати відповідають діапазону ПТСР, окресленому В. Шаніним, і свідчать про виражені, клінічно значущі посттравматичні зміни. Для цієї категорії характерне поєднання інтенсивних інтрузивних спогадів, повторного переживання травматичних подій, різко вираженого емоційного відчуження, підвищеної агресивності та гіпернастороженості, а також високого рівня внутрішньої напруги й виснаження. Саме ці військові потребують першочергового направлення на поглиблену психодіагностику й спеціалізовану психотерапевтичну та, за потреби, психіатричну допомогу.

Подальший аналіз відповідей за окремими твердженнями Міссісіпської шкали деталізує структуру посттравматичних переживань. Понад половина респондентів принаймні частково погоджується з тим, що до служби в армії вони мали більше друзів, ніж зараз, і що коло близьких людей істотно звузилося. Частина військових відзначає, що люди, які добре їх знають, певною мірою їх побоюються. Це свідчить про зростання соціальної дистанції,

труднощі у відновленні довірливих стосунків і сприйняття себе як потенційно небезпечних для оточення.

Дуже поширені симптоми повторного переживання та інтрузивних спогадів: значна частина військових описує ситуації, коли відчуває себе ніби знову в армії, а будь-які нагадування про минуле легко виводять із рівноваги і завдають емоційного болю. Частина респондентів повідомляє про нічні кошмари, прокидання «в холодному поту» й небажання далі засинати, що узгоджується з даними попередніх методик щодо порушень сну.

Важливим компонентом є емоційне відчуження. Багато військовослужбовців зазначають, що речі, які викликають у інших людей сміх чи сльози, залишають їх байдужими; значна частина вважає, що навіть члени родини не розуміють, що вони відчувають, а про деякі епізоди служби вони не можуть відверто розповісти, бо переконані, що цього «нікому не зрозуміти». Це вказує на формування характерного для ПТСР комплексу симптомів емоційного оніміння та внутрішньої ізоляції.

Разом із тим результати шкали демонструють і ресурсні аспекти. Відчутна частка респондентів вважає, що здатна вступати в емоційно близькі стосунки, що їх і надалі радують ті самі речі, що й раніше, що їм неважко працювати після демобілізації та подобається перебувати в товаристві інших людей. Це означає, що навіть за наявності травматичного досвіду зберігаються важливі «опорні точки» – працездатність, інтерес до життя, соціальна активність, які можуть бути базою для подальшої реабілітації.

Тривожним сигналом є відповіді, пов'язані з суїцидальними тенденціями й почуттям провини. Хоча більшість військовослужбовців заперечує стале бажання покінчити з собою, у частини з них з'являються думки про те, що життя стало «нестерпним» через спогади про війну. Досить часто фіксується і «провина вижившого»: респонденти задають собі питання, чому живими залишилися саме вони, тоді як побратими загинули. Такі переживання підвищують ризик депресивних та суїцидальних станів і мають обов'язково враховуватися при плануванні психокорекційної допомоги.

Ще один суттєвий блок симптомів стосується гіперзбудження та порушення поведінкової регуляції. Більша частина респондентів легко здригається від несподіваних звуків, у деяких часто трапляються спалахи гніву й втрата самовладання через дрібниці. Окрема група військовослужбовців визнає, що іноді використовує алкоголь або снодійні для полегшення засинання чи «забування» подій, пов'язаних із бойовим досвідом, що свідчить про формування потенційно небезпечних копінг-стратегій.

У підсумку результати Міссісіпської шкали загалом узгоджуються з даними трьох попередніх методик, але дозволяють побачити більш комплексну картину посттравматичних змін. По-перше, підтверджується масовість проблеми: близько трьох чвертей військовослужбовців мають рівень посттравматичних реакцій, який відповідає зоні психічних розладів, а майже десята частина – показники, характерні для ПТСР. По-друге, виявляються чотири ядрові компоненти порушень: інтрузивні спогади й повторне проживання травми; емоційне відчуження і звуження соціальних контактів; гіперзбудження та підвищена агресивність; суїцидальні думки й почуття провини. По-третє, у частини військових зберігаються вагомні ресурси адаптації, що створює реалістичне підґрунтя для позитивної динаміки за умови своєчасної, комплексної та системної психосоціальної підтримки.

На п'ятому етапі емпіричного дослідження було застосовано Шкалу оцінки впливу травматичної події (див. Додаток Е). Узагальнені результати подано в табл. 3.6.

Таблиця 3.6

Розподіл військовослужбовців за наявністю симптомів за Шкалою оцінки впливу травматичної події (n = 180)

Субшкала	Є прояви	% від вибірки	Немає проявів	% від вибірки
«Вторгнення»	173 осіб	96,1	7 осіб	3,9
«Уникнення»	166 осіб	92,2	14 осіб	7,8
«Збудливість»	166 осіб	92,2	14 осіб	7,8

Отримані дані показують, що відсутність симптомів за будь-яким із трьох кластерів є радше винятком, ніж правилом. За субшкалою «вторгнення» ненульові бали мають 173 військовослужбовці (96,1% вибірки), тобто майже всі опитані принаймні іноді переживають нав'язливі спогади, епізоди повторного «проживання» події, важкі сни чи раптові образи в уяві. Лише 7 осіб (3,9%) не відзначили жодного із цих проявів. Дуже подібною є картина за субшкалами «уникнення» та «збудливість»: у 166 респондентів (92,2%) фіксуються ті чи інші форми уникання нагадувань про травму та симптоми гіпернастороженості, тоді як повна відсутність таких ознак характерна лише для 14 військових (7,8%). Це означає, що для переважної більшості опитаних травматичний досвід продовжує мати відчутний психологічний «відголос» у трьох взаємопов'язаних вимірах.

Аналіз середніх значень дозволяє оцінити не лише сам факт наявності, а й інтенсивність симптомів. Середній бал за субшкалою «вторгнення» становить 12,5 (при коливанні від 0 до 33), що приблизно відповідає третині від максимально можливого рівня. Це свідчить про те, що інтрузивні прояви (нічні жахи, повторне прокручування подій, раптові «спалахи» спогадів) для багатьох військових є не поодинокими епізодами, а досить регулярним елементом повсякденного досвіду. За субшкалою «уникнення» середній показник дорівнює 11,1 бала (0-32), що відображає помірну вираженість свідомих і напівсвідомих зусиль не думати про травматичні події, не говорити про них і уникати ситуацій, людей чи місць, які про них нагадують. Середнє значення за субшкалою «збудливість» становить 9,9 бала (0-25), вказуючи на помірний, але масовий рівень внутрішньої напруги, легкого здригання від раптових звуків, труднощів із засинанням та вегетативних реакцій тривоги.

Показово, що саме субшкала «вторгнення» дає дещо вищі середні значення, ніж «уникнення» й «збудливість». Це узгоджується з результатами попередніх методик і підтверджує, що ядром посттравматичних змін у даній вибірці є нав'язливе повернення травматичного досвіду у свідомість. Навіть за наявності захисних стратегій уникання спогади у вигляді образів, снів чи

«флешбеків» спонтанно прориваються, підтримуючи відчуття постійного напруження.

Висока частота проявів уникання (понад 90% вибірки з ненульовими балами) свідчить, що більшість військових намагаються психологічно віддалитися від болісних подій: «витіснити» їх із пам'яті, не говорити про них, оминати теми й подразники, які викликають спогади. З одного боку, це допомагає тимчасово знизити емоційну напругу та зосередитися на службових завданнях; з іншого – надмірне уникання заважає природному «перепроживанню» травми й може сприяти фіксації симптомів, у тому числі небажанню звертатися по психологічну допомогу.

Не менш важливими є дані за субшкалою «збудливість». Те, що понад 90 % респондентів мають хоча б мінімальні прояви гіпернастороженості, свідчить про сформований стан постійної внутрішньої «боеготовності» нервової системи. У зоні бойових дій така готовність має адаптивний характер, однак у відносно безпечних умовах вона призводить до хронічної втоми, труднощів зі сном, перепадів настрою, надмірної реактивності на різкі звуки чи несподівані ситуації, ускладнює повсякденне спілкування та відпочинок.

Поєднання трьох кластерів симптомів у більшості опитаних підтверджує, що наслідки бойових подій для психічного стану мають комплексний, а не фрагментарний характер. Для значної частини військовослужбовців інтрузивні спогади автоматично «підтягують» за собою і поведінкові реакції уникання, і фізіологічні прояви гіперзбудження: будь-яке нагадування про травму не тільки відновлює образи минулого, а й супроводжується хвилею емоційного та тілесного напруження, яке важко контролювати. Саме ця взаємодія трьох компонентів підсилює ризик формування повноцінного посттравматичного стресового розладу.

Водночас середні бали за всіма субшкалами залишаються у зоні помірних значень, а максимальні показники (33 бали за «вторгненням», 32 – за «уникненням», 25 – за «збудливістю») притаманні відносно невеликій групі респондентів. Це дає підстави говорити не про тотальну дезадаптацію, а про

широкий спектр станів – від легких залишкових проявів стресу до виражених посттравматичних симптомів. Частина військових, попри наявність скарг, зберігає контроль над поведінкою, працездатність, здатність підтримувати стосунки з близькими й використовувати наявні ресурси адаптації. Для них основним завданням психологічної служби є профілактика поглиблення симптомів і підтримка поступової інтеграції травматичного досвіду.

Узагальнюючи результати п'ятого етапу, можна зробити висновок, що вплив бойових травматичних подій є практично універсальним: за кожною з трьох субшкал переважна більшість військовослужбовців має ті чи інші прояви, а повна відсутність симптомів є радше винятком. Структура реакцій відтворює класичну триаду посттравматичного стресу – інтрузії, уникання та гіперзбудження, причому найпомітнішим компонентом виступає вторгнення травматичних спогадів. Інтенсивність симптомів у середньому відповідає помірному рівню, однак їх масовість підтверджує, що йдеться про системну проблему, яка потребує організованої психосоціальної підтримки. Результати Шкали оцінки впливу травматичної події добре узгоджуються з даними попередніх чотирьох методик, ще раз підкреслюючи необхідність комплексних програм психологічної допомоги, реабілітації та профілактики суїцидальної поведінки серед військовослужбовців.

Окремим етапом став кореляційний аналіз, спрямований на виявлення зв'язків між характеристиками бойового досвіду та вираженістю симптомів психологічного неблагополуччя. Для цього використовувалися показники опитувальника первинного психологічного скринінгу (інтенсивність і безпосередність бойової експозиції, тривалість перебування в зоні бойових дій, наявність бойових і небойових втрат, умови служби, достатність соціальної та сімейної підтримки) та інтегральні індекси за основними шкалами: Короткою шкалою тривоги, депресії та ПТСР, скринінгом ПТСР, Міссісіпською шкалою, а також Шкали оцінки впливу травматичної події. З огляду на те, що частина змінних мала порядковий характер і їхні розподіли відхилялися, були обчислені рангові кореляції Спірмена (табл. 3.7).

Таблиця 3.7

**Кореляційні зв'язки між показниками бойового досвіду
та психологічного неблагополуччя (n = 180)**

Показники бойового досвіду / Психологічні показники	Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР (сумарний бал)	Скринінг ПТСР (сумарний бал)	Міссісіпська шкала (сумарний бал)	Шкала оцінки впливу травматичної події		
				«Вторгнення»	«Уникнення»	«Збудливість»
Пряма участь у штурмових діях / інтенсивних боях	$r_s = 0,42^{***}$	$r_s = 0,44^{***}$	$r_s = 0,47^{***}$	$r_s = 0,45^{***}$	$r_s = 0,28^{**}$	$r_s = 0,43^{***}$
Інтенсивність обстрілів та бойових зіткнень	$r_s = 0,40^{***}$	$r_s = 0,41^{***}$	$r_s = 0,46^{***}$	$r_s = 0,44^{***}$	$r_s = 0,26^{**}$	$r_s = 0,42^{***}$
Тривалість перебування в зоні бойових дій	$r_s = 0,27^{**}$	$r_s = 0,25^{**}$	$r_s = 0,38^{***}$	$r_s = 0,24^{**}$	$r_s = 0,09$ (ns)	$r_s = 0,36^{***}$
Наявність бойових / небойових втрат у підрозділі	$r_s = 0,29^{**}$	$r_s = 0,37^{***}$	$r_s = 0,40^{***}$	$r_s = 0,41^{***}$	$r_s = 0,22^{**}$	$r_s = 0,30^{***}$
Негативні умови служби (сон, побут, перевтома)	$r_s = 0,34^{***}$	$r_s = 0,26^{**}$	$r_s = 0,25^{**}$	$r_s = 0,27^{**}$	$r_s = 0,07$ (ns)	$r_s = 0,33^{***}$
Недостатність соціальної / сімейної підтримки	$r_s = 0,36^{***}$	$r_s = 0,24^{**}$	$r_s = 0,39^{***}$	$r_s = 0,26^{**}$	$r_s = 0,21^{**}$	$r_s = 0,23^{**}$

Примітка: r_s – коефіцієнт рангової кореляції Спірмена; ns – зв'язок статистично незначущий ($p \geq 0,05$); * – кореляція статистично значуща при $p < 0,05$; ** – кореляція статистично значуща при $p < 0,01$; *** – кореляція статистично значуща при $p < 0,001$.

Кореляційний аналіз (табл. 3.7) показує узгоджений зв'язок між характеристиками бойового досвіду та показниками психологічного неблагополуччя. Пряма участь у штурмових діях і загалом інтенсивність бойових зіткнень мають помірні позитивні кореляції з усіма індикаторами емоційного стану: для короткої шкали тривоги, депресії та ПТСР, скринінгу ПТСР, Міссісіпської шкали та субшкал «вторгнення» і «збудливість» коефіцієнти перебувають приблизно в діапазоні $r_s = 0,40-0,47$ при високій статистичній значущості ($p < 0,001$). Це означає, що чим більш інтенсивним і

безпосереднім є залучення військовослужбовця до штурмів та обстрілів, тим вищими є його узагальнені показники тривоги, депресії, ПТСР і частота інтрузивних спогадів та гіперзбудження. Зв'язки з униканням також значущі, але слабші ($r_s = 0,26-0,28$), що свідчить: уникання є важливим компонентом посттравматичної реакції, однак більш чутливими до прямого бойового стресу виступають саме інтрузії та стан хронічної настороженості.

Тривалість перебування в зоні бойових дій демонструє дещо інший профіль зв'язків. Вона помірно корелює з сумарним балом за Міссісіпською шкалою ($r_s = 0,38$; $p < 0,001$) та субшкалою «збудливість» ($r_s = 0,36$; $p < 0,001$), тоді як зв'язки з короткою шкалою тривоги, депресії та ПТСР і скринінгом ПТСР є слабо-помірними ($r_s = 0,24-0,27$) і практично відсутні для уникання ($r_s = 0,09$; статистично незначущий). Це дозволяє інтерпретувати тривалий термін служби в зоні бойових дій як чинник передусім накопичення стану хронічної «перевозбудженості» нервової системи, внутрішньої напруги, виснаження та багатокомпонентних посттравматичних змін, тоді як уникання як провідна стратегія психологічного захисту не є автоматичним наслідком саме тривалості перебування на фронті.

Досвід бойових і небойових втрат у підрозділі виявився суттєво пов'язаним із посттравматичними індикаторами. Наявність втрат корелює з короткою шкалою тривоги, депресії та ПТСР ($r_s = 0,29$; $p < 0,01$), скринінгом ПТСР ($r_s = 0,37$; $p < 0,001$), Міссісіпською шкалою ($r_s = 0,40$; $p < 0,001$) та всіма трьома субшкалами Шкали оцінки впливу травматичної події, особливо з «вторгненням» ($r_s = 0,41$; $p < 0,001$). Це означає, що втрати побратимів, незалежно від того, пов'язані вони безпосередньо з боєм чи ні, істотно підсилюють інтрузивні переживання, суб'єктивний тягар ПТСР-симптомів і загальний рівень емоційного неблагополуччя. Підвищені значення за «вторгненням» та Міссісіпською шкалою цілком відповідають очікуванню, що саме травматичний досвід смерті та поранень близьких людей найбільшою мірою запускає повторне «прокручування» подій, складні почуття провини й горя.

Особливу групу предикторів становлять умови служби та соціально-сімейний контекст. Негативні умови (порушення сну, побутові труднощі, перевтома) демонструють системні позитивні кореляції як з короткою шкалою тривоги, депресії та ПТСР ($r_s = 0,34$; $p < 0,001$), так і з рештою показників, за винятком уникання, де зв'язок статистично незначущий. Аналогічно недостатність соціальної й сімейної підтримки пов'язана з більш високими балами за всіма індикаторами психологічного неблагополуччя ($r_s = 0,23-0,39$; $p < 0,01-0,001$), у тому числі і з униканням. У сукупності це підтверджує, що несприятливий організаційно-побутовий фон та дефіцит підтримки не просто «додають дискомфорту», а системно посилюють усі основні кластери симптомів – від тривоги й депресії до інтрузивних спогадів і гіперзбудження. Тобто за однакового рівня бойової загрози військовослужбовець із кращим сном, нормальнішими побутовими умовами та підтримкою родини й колективу має значно нижчий ризик психологічного неблагополуччя.

Якщо співвіднести отримані результати з гіпотезами, можна зробити такі висновки. Перша гіпотеза про те, що пряма бойова експозиція (штурми, інтенсивні обстріли) асоціюється з вищими показниками тривоги, депресії та ПТСР, отримала чітке емпіричне підтвердження: відповідні коефіцієнти кореляції Спірмена перебувають у зоні помірних позитивних зв'язків і є статистично значущими для всіх використаних шкал. Друга гіпотеза щодо впливу досвіду втрат побратимів і поранень також підтверджується: наявність бойових і небойових втрат у підрозділі пов'язана з підвищеними показниками за скринінгом ПТСР, Міссісіпською шкалою та субшкалою «вторгнення», що повністю відповідає припущенню про посилення посттравматичних симптомів у цьому контексті. Третя гіпотеза про роль контекстуальних умов служби й соціально-сімейної підтримки як модераторів наслідків бойового стресу знаходить переконливе підтвердження: індекс негативних умов служби та показник недостатності підтримки системно корелюють із ключовими індикаторами емоційного неблагополуччя, що емпірично фіксує посилення або пом'якшення впливу бойового стресу залежно від якості середовища. У

підсумку кореляційний аналіз підтверджує всі три гіпотези й одночасно показує, що психічні наслідки бойового стресу формуються на перетині інтенсивності бойових подій, досвіду втрат і умов життя та служби.

Узагальнюючи результати п'яти методик і кореляційного аналізу, можна стверджувати, що психоемоційний стан більшості обстежених військовослужбовців характеризується вираженням і багатокомпонентним стресовим навантаженням. Первинний скринінг, шкала ПТСР, коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР, Міссісіпська шкала та Шкала оцінки впливу травматичної події послідовно показали високу поширеність інтрузивних спогадів, уникання, гіперзбудження, порушень сну, тривожних і депресивних проявів. Лише відносно невелика частка військових перебуває у зоні низької симптоматики, тоді як більшість опитаних має помірний або високий рівень емоційного неблагополуччя і, відповідно, підвищений чи високий ризик розвитку ПТСР. Водночас результати свідчать про широкий спектр станів – від відносно збереженої адаптації до значущих посттравматичних змін.

Кореляційний аналіз підтвердив, що психологічні наслідки бойового стресу формуються на перетині трьох ключових блоків чинників: інтенсивності й безпосередності бойових дій, досвіду втрат та повсякденних умов служби і соціально-сімейного оточення. Пряма участь у штурмах, часті обстріли, наявність бойових і небойових втрат, хронічна перевтома, порушення сну, побутові труднощі та дефіцит підтримки стабільно пов'язані з підвищенням усіх основних показників психологічного неблагополуччя. Водночас наявність стабільних сімейних стосунків, відносно кращих умов служби й збережених ресурсів адаптації (працездатність, інтерес до життя, здатність до близьких контактів) виступає захисним фактором і пом'якшує вплив травматичного досвіду. Таким чином, результати підтверджують висунуті гіпотези й чітко показують необхідність комплексних, системних програм психологічної допомоги, що поєднують індивідуальну і групову роботу з поліпшенням організаційно-побутових умов служби та підтримкою сімей військовослужбовців.

3.3. Практичні рекомендації щодо роботи з військовослужбовцями, які пережили бойовий стрес

Практичні рекомендації щодо роботи з військовослужбовцями, які пережили бойовий стрес, мають спиратися на те, що виявило емпіричне дослідження: більшість військових перебуває в стані хронічного психоемоційного напруження, значна частина має виражені симптоми ПТСР, тривоги, депресії, порушення сну, а також переживає наслідки бойових і небойових втрат, тривалої служби в зоні бойових дій та складних побутових умов. Це означає, що потрібна системна, поетапно організована робота, що охоплює індивідуальний, груповий, сімейний та організаційний рівні й поєднує раннє виявлення ризиків, цілеспрямовані психокорекційні втручання та зміну умов служби.

Першим практичним висновком із результатів скринінгу є необхідність регулярної психологічної діагностики, а не одноразового обстеження. Доцільно запровадити періодичний первинний скринінг у підрозділах із використанням коротких опитувальників, схожих на ті, що застосовувалися в дослідженні: індикатори гострого стресу, коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР, прості опитувальники для виявлення інтрузивних спогадів, уникання та гіперзбудження. Важливо, щоб ці процедури проводилися конфіденційно, не мали каральних наслідків і сприймалися особовим складом як елемент турботи, а не контролю. Результати такого моніторингу мають дозволяти виділяти групи підвищеного ризику та планувати подальші кроки – індивідуальні бесіди, включення до груп підтримки, направлення до фахівців вищого рівня.

Другий ключовий напрям – організація ранньої психологічної допомоги в період гострих стресових реакцій. Дослідження показало, що в перші години й доби після бойових зіткнень у багатьох військових виникають тремор, безсоння, нав'язливі думки, дратівливість, епізоди агресії, бажання ізолюватися чи вжити алкоголь. У цей період ефективними є короткі

стабілізаційні втручання: забезпечення відносно безпечного простору, можливості виспатися, поїсти, прийняти душ; навчання простим дихальним і тілесним технікам зниження напруги; нормалізація переживань («те, що ви відчуваєте, є типовою реакцією на надзвичайну ситуацію»). Важливо уникати як драматизації («у вас точно ПТСР»), так і знецінення («не перебільшуй, з усіма таке»). Оптимально, коли у підрозділі є підготовлений психолог або боець із базовою підготовкою з психологічної першої допомоги, який може оперативно підхопити цих людей.

Окремого акценту потребує група військовослужбовців із персистуючими симптомами стресу та високими показниками за шкалами ПТСР. Для них доцільно впроваджувати ступеневу модель допомоги. На першому рівні – поглиблена психодіагностика (індивідуальне інтерв'ю, уточнення структури симптомів, оцінка суїцидального ризику, фіксація супутніх проблем – вживання алкоголю, конфлікти, порушення дисципліни). На другому – короткі цільові протоколи роботи з травмою: техніки безпечного «заземлення» при флешбеках, робота зі сном (гігієна сну, навчання навичкам засинання, іноді – координація з лікарем щодо медикаментозної підтримки), поступове зниження уникання, опрацювання почуття провини вижившого. На третьому рівні – направлення до психотерапевта або психіатра, якщо симптоми мають клінічний характер, суттєво порушують функціонування або супроводжуються суїцидальними думками. Важливо, щоб направлення відбувалося не як «усунення проблемної людини з підрозділу», а як турбота й професійна допомога.

З огляду на високу поширеність порушень сну, хронічної втоми та гіпернастороженості практичною рекомендацією є обов'язкове включення до програм психологічної підтримки блоку, спрямованого на відновлення базових фізіологічних ресурсів. Йдеться не тільки про «правильний сон», а про цілісний режим: по можливості чіткі зміни, періоди відпочинку без постійних тривог, доступ до більш-менш якісного харчування, можливість елементарної гігієни. Психолог у співпраці з командуванням має добиватися того, щоб хоча

б для частини особового складу створювалися «вікна відновлення», коли боєць може відійти від переднього краю, виспатися, пройти короткий релаксаційний тренінг, отримати індивідуальну консультацію. У роботі з самими військовими важливо навчати їх простим технікам саморегуляції, які можна застосовувати навіть в умовах фронту: дихальні вправи, короткі вправи на м'язову релаксацію, навички переключення уваги, «якірні» вправи на повернення в «тут і тепер» при нав'язливих спогадах.

Велике значення мають групові форми роботи. Дані дослідження показали, що багато військових відчують емоційне відокремлення, звуження кола контактів, переконання, що «ніхто все одно не зрозуміє». Групи психологічної підтримки, групи взаємодопомоги або тренінгові заняття в межах підрозділу можуть стати безпечним середовищем, де досвід нормалізується, а відчуття ізоляції зменшується. Доцільно організовувати невеликі закриті групи, у яких учасники мають схожий бойовий досвід і можуть обговорювати як травматичні епізоди, так і буденні труднощі – сон, стосунки, повернення додому. Важливо, щоб ведучий (психолог чи підготовлений фасилітатор) володів навичками роботи з травмою і міг утримувати баланс між «виговоритися» та повторним травматизаційним «розкручуванням» жахливих подробиць. У групову роботу варто включати елементи навчання навичкам: управління гнівом, конструктивна комунікація, планування «маленьких кроків» повсякденного відновлення.

Сімейний вимір може бути як потужним ресурсом, так і значним джерелом стресу. Отже, практичні рекомендації мають обов'язково включати роботу з близькими військовослужбовців. Це може бути сімейне консультування, короткі просвітницькі зустрічі або онлайн-вебінари для рідних, роздаткові матеріали про те, як змінюється поведінка людини після фронту, які реакції є типовими, а які – потребують спеціалізованої допомоги. Важливо навчати близьких, як підтримувати, не форсуючи розповідей про травматичні події; як не сприймати дратівливість і емоційне «охолодження» як відсутність любові; як реагувати на епізоди безсоння, нічних жахів,

раптових спалахів гніву. Там, де сімейні конфлікти вже сильно загострилися або дійшло до розриву стосунків, доцільна триваліша сімейна терапія, але навіть короткі втручання можуть зменшити рівень взаємних звинувачень та змінити фокус на спільний пошук рішень.

Окремим адресатом рекомендацій виступає командний склад. Оскільки від стилю управління, як показують дані дослідження, багато в чому залежить суб'єктивний рівень стресу, дисциплінарні порушення та готовність бійців звертатися по допомогу, доцільно систематично навчати командирів основам стрес-менеджменту й психологічної підтримки. Командири мають знати основні ознаки гострого стресу й ПТСР, розуміти, чим відрізняється звичайна втома від стану, що потребує втручання фахівця. Важливо також формувати в них установку, що звернення військовослужбовця до психолога – це не прояв слабкості чи «проблемності», а елемент професійної надійності, який у перспективі знижує ризики неадекватної поведінки, конфліктів і зривів на бойових завданнях. До програм навчання командирів варто включати модулі про комунікацію зі підлеглими у стані стресу, недопустимість приниження та стигматизації психологічних труднощів.

На організаційному рівні рекомендовано по можливості мінімізувати ті фактори, які в дослідженні продемонстрували системні зв'язки з погіршенням психічного стану: хронічну депривацію сну, відсутність нормальних побутових умов, перевантаження завданнями без періодів відновлення. Зрозуміло, що у фронтових умовах це не завжди повністю реалізовано, але навіть часткове поліпшення може мати суттєвий ефект. Ідеться про створення більш комфортних спальних місць, організацію пунктів обігріву, можливість регулярного прийняття душу, структуровані графіки чергувань із реальними перервами. Там, де це можливо, доцільно впроваджувати ротації, щоб військовий не перебував занадто довго в зоні найвищого ризику без зміни обстановки. Добре спланована ротація з елементами психологічної розрядки (дефузійні заняття, спорт, творчі активності, індивідуальні консультації) може суттєво знизити рівень накопиченого напруження.

Особливої уваги потребує профілактика суїцидальної поведінки й робота з почуттям провини вижившого, яке яскраво проявилось в результатах Міссісіпської шкали. На практичному рівні це означає необхідність впровадження чітких протоколів виявлення суїцидального ризику: регулярні індивідуальні бесіди з бійцями із групи високого ризику, прямі, але делікатні запитання про думки щодо смерті та самогубства, уважне ставлення до висловлювань на кшталт «життя стало нестерпним», «краще б я загинув замість нього». Психологи й командири повинні знати алгоритм дій у разі виявлення високого ризику: забезпечення безпечного середовища, тимчасове вилучення доступу до зброї, невідкладне залучення психіатра або кризового фахівця, підтримка з боку найбільш близьких побратимів. У роботі з почуттям провини важливими є нормалізація цього переживання як типового наслідку втрати, допомога в пошуку альтернативних інтерпретацій («я зробив усе можливе в тій ситуації»), підтримка форм активного вшанування пам'яті загиблих, що переводять провину в більш конструктивні форми.

Важливим напрямом є також підготовка до повернення в мирне життя й супровід демобілізованих військових. Оскільки дослідження показало, що значна частина симптомів має хронічний характер і зберігається в часі, підтримка не може обмежуватися періодом активної служби. Доцільно створювати програми «перехідних етапів», коли перед демобілізацією військовий проходить комплексну оцінку психічного стану, отримує індивідуальні рекомендації, контакти центрів допомоги в тилу, за потреби – направлення до спеціалістів. Після повернення до мирного середовища важливо забезпечити доступність груп підтримки для ветеранів, можливості безкоштовної або доступної психотерапії, робочі місця, де враховується їхній стан, а також інтеграцію сім'ї в процес реабілітації.

Узагальнюючи, практичні рекомендації, що впливають із результатів емпіричного дослідження, можна звести до кількох принципових позицій:

1. Робота з військовослужбовцями, які пережили бойовий стрес, має бути системною, поетапною та багаторівневою. Йдеться про поєднання

регулярного скринінгу, ранньої психологічної допомоги, цілеспрямованих психокорекційних програм, медичної підтримки та довгострокового супроводу після ротацій і демобілізації. Важливо вибудовувати чіткий маршрут допомоги: від виявлення ризику – до стабілізаційних втручань, а за потреби – до спеціалізованої психотерапевтичної та психіатричної допомоги. Системність означає також наявність зрозумілих протоколів дій для психологів і командирів, а не залежність допомоги від особистої ініціативи окремих фахівців.

2. У центрі уваги мають бути не лише окремі симптоми (безсоння, дратівливість, флешбеки тощо), а й сукупність чинників, що підтримують або послаблюють психологічне неблагополуччя. Емпіричні дані показали роль інтенсивності бойового досвіду, втрат побратимів, тривалості перебування в зоні боїв, хронічної втоми, проблем із побутом, конфліктів у колективі та сімейної нестабільності. Тому практична робота повинна включати не тільки індивідуальне консультування, а й зміну умов служби, оптимізацію режиму відпочинку, роботу з сім'єю, корекцію деструктивних копінг-стратегій (зокрема зловживання алкоголем).

3. Ефективна допомога можлива лише за умови реальної міждисциплінарної та міжрівневої взаємодії – психологів, медиків, командирів, самих військовослужбовців та їхніх родин. Психолог без підтримки командування не здатен змінити режим служби чи забезпечити ротацію, так само як командир без фахової консультації не завжди може коректно оцінити ступінь ризику й потребу в спеціалізованій допомозі. Важливо вибудовувати культуру довіри, у якій звернення по психологічну допомогу сприймається як відповідальний крок, спрямований на збереження боєздатності й життя.

Такий інтегрований підхід дає реалістичні шанси не тільки зменшити поширеність ПТСР та інших психічних розладів серед військовослужбовців, а й зберегти та посилити ті ресурси адаптації, які, попри важкий бойовий досвід, продовжують підтримувати наших захисників.

Висновки до розділу 3

У третьому розділі здійснено системний аналіз результатів емпіричного дослідження наслідків бойового стресу у військовослужбовців.

На основі п'яти стандартизованих методик показано, що для більшості обстежених характерний виражений, багатокомпонентний стресовий стан: поширені інтрузивні спогади, уникання, гіперзбудження, порушення сну, тривожні й депресивні прояви. Лише відносно невелика частина військових перебуває в зоні низької симптоматики, тоді як більшість має помірний або високий рівень емоційного неблагополуччя і, відповідно, підвищений чи високий ризик розвитку ПТСР. Виокремлено групи з відносно збереженою адаптацією, підвищеним ризиком психічних розладів та клінічно значущими посттравматичними змінами, для яких характерні поєднання нічних жахів, нав'язливих спогадів, емоційного відчуження, хронічної напруги, порушень сну, а в окремих випадках – суїцидальних думок і провини вижившого. Водночас виявлено й ресурсні компоненти – збережену працездатність, здатність до близьких стосунків, інтерес до життя, що створює підґрунтя для позитивної динаміки за умови своєчасної підтримки.

Кореляційний аналіз показав, що ключовими детермінантами психологічного неблагополуччя є інтенсивність і безпосередність бойової експозиції, досвід бойових і небойових втрат, хронічна перевтома, несприятливі побутові умови та дефіцит соціальної й сімейної підтримки. Натомість стабільні стосунки з близькими, відносно кращі організаційно-побутові умови та збережені особистісні ресурси виступають захисними факторами, що пом'якшують вплив травматичного досвіду. Отримані дані підтверджують висунуті гіпотези та обґрунтовують необхідність комплексних, довготривалих програм психологічної допомоги й реабілітації військовослужбовців.

ВИСНОВКИ

У роботі було досліджено особливості роботи військового психолога з наслідками бойового стресу у військовослужбовців під час виконання бойових завдань та обґрунтовано напрями її оптимізації в умовах триваючої війни. На основі результатів теоретичного аналізу та емпіричних даних сформульовано такі узагальнені висновки:

1. Проаналізовано сучасні теоретичні підходи до розуміння феномену бойового стресу та його психічних наслідків у військовослужбовців. Показано, що бойовий стрес є комплексною системою психофізіологічних, емоційних, когнітивних і поведінкових реакцій на екстремальні бойові стресори, які одночасно виконують адаптаційну й потенційно травмуючу функції. Наголошено на відмінності між гострим і хронічним бойовим стресом, причому кумулятивні, тривалі форми створюють ґрунт для розвитку тривожних, депресивних та посттравматичних розладів. Узагальнено чотири провідні підходи до його трактування – психофізіологічний, когнітивно-оцінний, особистісно-ресурсний і соціально-психологічний, які у взаємодоповнювальний спосіб розкривають багатовимірну природу цього феномену. Підкреслено, що бойовий стрес є нормальною реакцією здорової психіки на ненормальні обставини, однак за відсутності своєчасної підтримки та за умов повторюваної травматизації він перетворюється на джерело стійких психотравматичних наслідків, що зумовлює потребу у спеціально організованій системі психологічної допомоги.

2. Проведено емпіричне дослідження проявів наслідків бойового стресу у військовослужбовців із використанням комплексу валідних психодіагностичних методик, що дало змогу виокремити як групу відносно збереженої адаптації, так і широку групу підвищеного ризику. Первинний психологічний скринінг засвідчив масовий характер гострих і персистуючих стресових реакцій (безсоння, нав'язливі спогади, тривога, внутрішнє напруження, схильність до ізоляції), тісно пов'язаних із частими бойовими

зіткненнями, втратами, хронічною втомою та погіршенням сімейних стосунків. Результати скринінгу ПТСР і короткої шкали тривоги, депресії та ПТСР показали, що більшість обстежених перебуває у зоні помірного або високого ризику посттравматичних розладів, поєднуючи інтрузивні переживання, уникання та гіперзбудження з ознаками емоційного виснаження й зниження мотивації. Дані Міссісіпської шкали та Шкали оцінки впливу травматичної події підтвердили наявність масових посттравматичних змін: у трьох чвертей військовослужбовців зафіксовано рівень симптомів, що відповідає зоні психічних розладів, а у частини – клінічно значущий рівень ПТСР із вираженими інтрузіями, емоційним відчуженням, гіпернастороженістю та почуттям провини. Водночас виявлено й ресурсні чинники – збереження працездатності, здатності до близьких стосунків і сімейної підтримки у частини респондентів, що створює підґрунтя для позитивної динаміки за умови своєчасної, системної психосоціальної допомоги.

3. На основі кореляційного аналізу виявлено системні зв'язки між характеристиками бойового досвіду та вираженістю тривожних, депресивних і посттравматичних симптомів. Пряма участь у штурмах і інтенсивних обстрілах помірно й статистично значущо корелює з усіма основними показниками психологічного неблагополуччя, насамперед із інтрузивними спогадами та гіперзбудженням, що підтверджує провідну роль прямої бойової експозиції в загостренні ПТСР-подібної симптоматики. Тривалість перебування в зоні бойових дій пов'язана передусім із накопиченням стану хронічної напруги та «перезбудженості», що відображається у вищих балах за Міссісіпською шкалою та субшкалою «збудливість». Досвід бойових і небойових втрат у підрозділі істотно посилює інтрузивні переживання, почуття провини та загальний тягар посттравматичних симптомів. Негативні умови служби (хронічна втома, порушення сну, побутові труднощі) та недостатність соціальної й сімейної підтримки демонструють узгоджені позитивні кореляції з усіма ключовими індикаторами стресу, що засвідчує

їхню роль як факторів, які «підживлюють» психічне виснаження. Водночас кращі організаційно-побутові умови, стабільні стосунки з близькими та збережені адаптаційні ресурси виступають захисними чинниками, які пом'якшують вплив бойового стресу. У сукупності результати підтверджують висунуті гіпотези про те, що психічні наслідки бойового стресу формуються на перетині інтенсивності бойових подій, досвіду втрат і якості умов служби та підтримки.

4. На основі отриманих емпіричних даних сформульовано комплекс практичних рекомендацій щодо стабілізаційних і кризових втручань та побудови алгоритму психологічної допомоги військовослужбовцям, які зазнали впливу бойового стресу. Запропоновано поетапну, багаторівневу модель роботи, що включає регулярний психологічний скринінг у підрозділах, ранні стабілізаційні втручання в зоні бойових дій, ступеневу допомогу бійцям із персистуючими ПТСР-симптомами та своєчасне залучення психотерапевта й психіатра у випадках клінічно значущих розладів. Окремо підкреслено важливість відновлення базових фізіологічних ресурсів (сон, відпочинок, гігієна, харчування), навчання військових простим технікам саморегуляції та організації «вікон відновлення» і ротацій. Значну увагу приділено груповим формам роботи й сімейному виміру: групи підтримки, просвітницькі заходи для близьких, сімейне консультування розглядаються як ключові засоби зниження ізоляції, напруження у стосунках і вторинної травматизації. Для командирів рекомендовано систематичне навчання основам стрес-менеджменту й психологічної підтримки, формування недискримінаційного ставлення до звернення по допомогу та участі у зміні режиму служби й умов побуту. Окремим блоком окреслено протоколи профілактики суїцидальної поведінки та роботи з почуттям провини вижившого, а також заходи супроводу демобілізованих бійців у період повернення до мирного життя. У цілому запропонований алгоритм допомоги інтегрує індивідуальний, груповий, сімейний та організаційний рівні й спрямований на зменшення ризику ПТСР і збереження адаптаційних ресурсів військовослужбовців.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаєв Н. А., Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Остапчук В. В., Ткаченко В. В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.
2. Агаєв Н. А., Дикун В. Г., Чорний В. С. Морально-психологічне забезпечення у Збройних Силах України : підручник : у 2 ч. Ч. 1. Вид. 2-ге, перероб. зі змін. та допов. Київ: НУОУ ім. І. Черняхівського, 2020. 754 с.
3. Алещенко В. І., Сафін О. Д., Потапчук Є. М. Організація забезпечення збереження психічного здоров'я військовослужбовців. Методичний посібник для офіцерів, професорсько-викладацького складу, слухачів і курсантів ЗС України. Київ: Вища школа, 2017. 134 с.
4. Алещенко В. І., Кокун О. М. Психологічний супровід військовослужбовців у бойових умовах: виклики сучасності. *Psychological Journal*. 2025. Т. 11, № 1. С. 18-33. DOI: 10.31108/1.2025.11.1.2
5. Андросюк В., Галустьян О. Міжнародний досвід психологічної підтримки поліцейських і військовослужбовців перед звільненням зі служби. *Юридична психологія*. 2024. № 2(35). С. 34-44. DOI: 10.33270/03243502.34
6. Асєєва Ю. О., Аймедов К. В., Яцишина А. М. Визначення поняття ПТСР у військових: теоретичні основи, клінічні прояви та фактори ризику. *Ментальне здоров'я*. 2024. №2. С. 8-17. DOI: 10.32782/3041-2005/2024-2-2
7. Асєєва Ю. О., Аймедов К. В., Яцишина А. М. Вплив воєнних дій на розвиток ПТСР у військовослужбовців. *Габітус*. 2024. Вип. 63. С. 137-141. DOI: <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.63.23>
8. Балашова С. П., Васильєв С. П., Дубровинський Г. Р., Кирик В. Л. Практикум із військової психології: навч. посіб. Київ: Видавничо-поліграфічний центр «Київський університет», 2015. 98 с.
9. Бегеза Л. Є., Бугайова Н. М., Опанасенко С. В. Емпіричне дослідження особливостей проявів ПТСР у військовослужбовців. *Науковий вісник*

- Ужгородського національного університету. Серія: Психологія. 2025. № 2. С. 170-174. DOI: <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2025.2.30>*
- 10.Блінов О. А. Психологія бойової психічної травми: монографія. Київ: Талком, 2016. 246 с.
 - 11.Блінов О.А. Психологічний захист від бойового стресу в збройних силах провідних країн світу. *Проблеми сучасної психології*: Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 2017. Вип. 38. С. 38-52. URL: <https://files.core.ac.uk/download/pdf/344932267.pdf>
 - 12.Блінов О. А. Психологія бойового стресу : автореферат дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.04. Київ, 2020. 43 с. URL: <https://er.nau.edu.ua/handle/NAU/47058>
 - 13.Блінов О. А. Інноваційний психологічний інструментарій діагностики, психотерапії та психокорекції бойового стресу : навч.-метод. посіб. Київ : Талком, 2020. 129 с.
 - 14.Бондарев Г. В., Круть П. П. Основи військової психології : навч. посіб. Харків, 2020. 272 с.
 - 15.Борисова О. О. Психореабілітація учасників/учасниць бойових дій як психологічна допомога другого рівня в Україні. *Наукові записки. Психологія*. 2024. Вип. 1(3). С. 9-17. DOI: <https://doi.org/10.32782/cusu-psy-2024-1-1>
 - 16.Бриндіков Ю. Л. Теорія та практика реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій в системі соціальних служб : автореф. дис. ... д-ра пед. наук : 13.00.05. Тернопіль, 2019. 42 с.
 - 17.Васильєв С. П., Зубовський Д. С. Психодіагностика посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. *Український психологічний журнал: зб. наук. пр. КНУ імені Тараса Шевченка*. Київ, 2016. №1. С. 6-16.
 - 18.Волошина В. В. Сутність поняття психологічної реабілітації військовослужбовців. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. 2024. № 2. С. 7-11. DOI: [10.32782/psy-visnyk/2024.2.1](https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2024.2.1)

- 19.Гачак-Величко Л. А. Психологічний супровід військовослужбовців у зоні ведення бойових дій. *Габітус*. 2023. Вип. 46. С. 129-133. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/habit_2023_46_22
- 20.Гачак-Величко Л. А., Кузик І. Б., Пирожик А. А. Особливості психологічного супроводу військовослужбовців на різних етапах їх військово-професійної діяльності. *Габітус*. 2024. Вип. 66. С. 143-148. DOI: <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.66.23>
- 21.Герасименко Л. О., Скрипніков А. М., Ісаков Р. І. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад : навчальний посібник. Київ : ВСВ «Медицина», 2023. 120 с.
- 22.Гіга В., Єрмуракі П. Використання когнітивно-поведінкової терапії в комплексі психологічної підтримки військовослужбовців із ПТСР. *Матеріали МЦНД (14 березня 2025 р., м. Кривий Ріг, Україна)*. 2025. С. 208-211. DOI: <https://doi.org/10.62731/mcnd-14.03.2025.004>
- 23.Глушук А., Кандибал А., Оданельчук Н. Посттравматичний стресовий розлад як наслідок війни у військовослужбовців та цивільних. *Вісник Національного університету оборони України*. 2024. Вип. 82(6). С. 19-25. DOI: <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2024-82-6-19-25>
- 24.Дашко І. М., Михайліченко Л. В. Адаптація військовослужбовців після повернення із зони бойових дій: психологічні труднощі та підтримка військовослужбовців. *Гуманітарний форум*. 2025. Том 3, № 1. С. 1-7. DOI: [https://doi.org/10.60022/3\(1\)-4GF](https://doi.org/10.60022/3(1)-4GF)
- 25.Жданюк А. Фактори ризику суїцидальних настроїв серед військовослужбовців: попередження та психологічна підтримка. *Universum*. 2024. Вип. 14. С. 417-424. URL: <https://archive.liga.science/index.php/universum/article/view/1410>.
- 26.Катинський В., Стасюк В. Морально-психологічний стан як складова збереження психологічного здоров'я військовослужбовців. *Вісник Національного університету оборони України*. 2025. Вип. 83(1). С. 89-95. DOI: <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2025-83-1-89-95>

- 27.Клочков В. В. Розвиток психологічної стійкості військовослужбовців Сухопутних військ до дій в бойових умовах : дис. ... д-ра філософії : 19.00.04. Київ, 2024. 346 с.
- 28.Кобець І. Актуальні проблеми реабілітації та професійної інтеграції військовослужбовців. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія.* 2025. № 1. С. 53-57. DOI: <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2025.1.9>
- 29.Коваленко І., Березан О., Помогайбо В. Посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців: теорія, дослідження та лікування. *Особистість в умовах війни.* 2023. № 2 (2023). С. 263-278. DOI: <https://doi.org/10.33989/2226-4078.2023.2.288310>
- 30.Коkun О. М., Мороз В. М., Лозінська Н. С., Пішко І. О. Психологічна профілактика психотравматизації військовослужбовців Збройних Сил України : метод. посіб. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2021. 301 с.
- 31.Коkun О. М., Клочков В. В., Мороз В. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Забезпечення психологічної стійкості військовослужбовців в умовах бойових дій: метод. посіб. Київ-Одеса : Фенікс, 2022. 128 с.
- 32.Коkun 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. Київ : Центр учбової літератури, 2023. 175 с.
- 33.Коkun О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій: методичний посібник. Київ: «КНТ», 2023. 168 с.
- 34.Коkun О. М., Лозінська Н. С., Пішко І. О., Олійник В. О. Діагностика психологічних змін у військовослужбовців в умовах війни : метод. посіб. Київ : ТОВ «7БЦ», 2025. 162 с. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/744685/>
- 35.Комар З. Психологічна стійкість воїна: підручник для військових психологів. Київ, 2017. 184 с. URL: https://shron1.chtyvo.org.ua/Komar_Zoran/Psykholohichna_stiikist_voina.pdf

36. Крук І. М., Григус І. М. Сучасний погляд на психологічну реабілітацію військовослужбовців з ПТСР. *Rehabilitation and Recreation*. 2023. Вип. (15). С. 50-56. DOI: 10.32782/2522-1795.2023.15.6
37. Кухарук О., Сириця М. Путівник у сфері ментального здоров'я військовослужбовців в умовах війни. Київ: Центр реадaptaції та реабілітації «ЯРМІЗ», 2023. 88 с.
38. Кушніров В. А. Особливості ресурсів психологічної безпеки військовослужбовців: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01. Одеса, 2021. 16 с.
39. Лавренюк Я. В., Кулешова О. В. Комплексний підхід до медико-психологічної реабілітації військовослужбовців: огляд науково обґрунтованих практик та втручань. *Наукові записки. Серія: Психологія*. 2024. № 2. С. 77-81. DOI: <https://doi.org/10.32782/cusu-psy-2024-2-11>
40. Лісовський П. М. Військова психологія: методологічний аналіз: навчальний посібник. Київ: Кондор-Видавництво, 2017. 290 с. URL: https://pdf.lib.vntu.edu.ua/books/2022/Lisovskii_2017_290.pdf
41. Лич О. М., Холіна О. С. Психологічний аналіз бойового стресу військовослужбовців: зміст та сутність. *Наукові перспективи*. 2024. № 11 (53). С. 1424-1435. DOI: [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-11\(53\)-1424-1435](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-11(53)-1424-1435)
42. Лящ О. Деструктивний вплив бойового стресу на емоційну сферу особистості військового. *Психологічні перспективи*. 2021. Вип. 37. С. 128-140. DOI: <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2021-37-128-140>
43. Майстренко К., Леженко С. Психологічна та соціальна адаптація військовослужбовців під час війни: механізми підтримки та реабілітації. *Публічне управління та місцеве самоврядування*. 2024. № 3. С. 43-49. DOI: <https://doi.org/10.32782/2414-4436/2024-3-6>
44. Міхеєва Л. В., Олійник М. П. Емпіричне дослідження психологічних особливостей прояву посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. *Психологічні травелогі*. 2023. № 4 (7). С. 123-129.

45. Михайлов Б. В., Риженко С. А., Мороз С. М. Війна в Україні: патоморфоз психічних і поведінкових розладів. Дніпро: Свідлер А. Л., 2019. 377 с.
46. Михайлов Б. В., Чугунов В. В., Курило В. О., Саржевський С. Н. Посттравматичні стресові розлади : навчальний посібник / за заг. ред. проф. Б. В. Михайлова. Вид. 2-е, перер. та допов. Харків. : ХМАПО, 2014. 223 с.
47. Недвига О. В. Психологічне забезпечення професійної діяльності військовослужбовців-саперів в особливих умовах діяльності : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.09. Київ, 2019. 22 с.
48. Неурова А. Б., Мацевко Т. М. Психологічна діагностика військовослужбовців та підрозділів: навч.-метод. посіб. Львів : Нац. акад. сухопут. військ, 2022. 340 с.
49. Неурова А. Б., Романишин А. М. Психологія індивідуальної роботи з військовослужбовцями: навч.-метод. посіб. Київ: Центр учбової літератури, 2023. 334 с.
50. Омелянчик В. Суспільні та сімейні аспекти діагнозу посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців після повернення з зони бойових дій. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2019. Вип. 4(1). DOI: <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v4i1.183> (дата звернення: 17.11.2025).
51. Основи формування психічної стійкості військовослужбовців у бойових умовах: підручник / за заг. ред. Л. В. Кринець. Київ: НУОУ, 2022. 348 с.
52. Павлюк М., Овдій І. Психологічна адаптація військовослужбовців Збройних Сил України. *Вісник Національного університету оборони України*. 2022. Вип. 70(6). С. 134-141. DOI: <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2022-70-6-134-141>
53. Пономаренко Я., Філоненко В. Оцінка рівня агресивності у військовослужбовців: результати дослідження. *Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом. Психологія*. 2024. № 2 (63). С. 32-37. DOI: <https://doi.org/10.32689/maup.psych.2024.2.4>
54. Помилуйко А. Психологічна адаптація та збереження психічного здоров'я військовослужбовців під час військового конфлікту. *Актуальні проблеми*

- практичної психології* : зб. наук. праць (17 трав. 2024 р., м. Одеса). Одеса, 2024. С. 327-331. URL: <http://dspace.pdpu.edu.ua/handle/123456789/20421>
55. Приходько І. І. Профілактика та контроль бойового стресу у військовослужбовців: систематизація досліджень. *Вісник ХНПУ імені Г. С. Сковороди. Психологія*. 2021. № 1 (64). С. 193-215. DOI: <https://doi.org/10.34142/23129387.2021.64.12>
 56. Протоколи надання першої психологічної допомоги військовослужбовцям Національної гвардії України в екстремальних умовах діяльності : посібник / О. С. Колесніченко, Я. В. Мацегора, І. І. Приходько / За заг. ред. проф. І. І. Приходька. Харків : НА НГУ, 2018. 40 с. URL: https://books.ndcnangu.co.ua/knigi/posibnyk_PPD.pdf
 57. Прудка Л. М., Пасько О. М. Психологічні аспекти адаптації військових, які брали участь у бойових діях. *Південноукраїнський правничий часопис*. 2024. № 2. С. 86-92. DOI: <https://doi.org/10.32850/sulj.2024.2.14>
 58. Психологічна допомога учасникам АТО та їх сім'ям: колективна монографія / М. І. Мушкевич, Р. П. Федоренко, А. П. Мельник та ін.; за заг. ред. М. І. Мушкевич. Луцьк: Вежа-Друк, 2016. 260 с. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/153586467.pdf>
 59. Психологія бою: посібник / Т. Л. Грицевич, І. М. Гузенко, О. С. Капінус, Т. М. Мацевко, А. М. Романишин; за ред. А. М. Романишина. Львів: Астролябія, 2017. 352 с.
 60. Психолого-психіатричні наслідки воєнного часу: навчальний посібник / заг. ред. професора В. В. Огоренко; Дніпро: Ліра, 2023. 311 с.
 61. Пузирьов Є. В., Ізвєков В. В. Бойовий стрес та його наслідки для військовослужбовців. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Психологія*. 2023. Т. 34 (73), № 1. С. 203-209. DOI: <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2023.1/33>
 62. Радецька Л. В., Лаба І. О., Смачило А. І., Нечаєва О. О., Лопатенко К. О., Баумер М. М. Особливості проявів бойових стресових розладів у поранених військовослужбовців Збройних Сил України – учасників бойових дій.

- Медсестринство*. 2020. Вип. (4). С. 23-26. DOI: <https://doi.org/10.11603/2411-1597.2020.4.11868>
63. Романенко Ю., Коляденко Н. Посттравматичний стресовий розлад як медико-психо-соціальна проблема. *Перспективи та інновації науки*. 2021. №2(2). С. 297-304. DOI: 10.52058/2786-4952-2021-2(2)-297-304
64. Романишин А., Неурова А. Діагностування посттравматичних стресових розладів особового складу після участі в операції об'єднаних сил. *Вісник Національного університету оборони України*. 2021. Т. 62, № 4. С. 127-133. DOI: <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2021-62-4-127-133>
65. Сабліна Н. В. Психологічна допомога та робота психолога з військовими та їх родинами у дні війни. *Військова психологія: навч.-терапевт. посіб.* Вінниця: ТВОРИ, 2023. 227 с.
66. Салюк М., Меркулов М. Психологічні особливості прояву посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. *Молодий вчений*. 2024. № 4 (128). С. 114-119. DOI: 10.32839/2304-5809/2024-4-128-42
67. Спіріна Т., Дуля А., Боброва О. Соціально-психологічна адаптація військовослужбовців у післявоєнний період. *Ввічливість. Humanitas*. 2025. Вип. 1. С. 157-162. DOI: <https://doi.org/10.32782/humanitas/2025.1.21>
68. Сургунд Н., Вербга Г. Особливості психологічної реабілітації військовослужбовців на етапі відновлення. *Psychology Travelogs*. 2024. № 3. С. 47-56. DOI: <https://doi.org/10.31891/PT-2024-3-5>
69. Тимченко К. В., Ступницька О. Г. Вплив бойового стресу на психоемоційний стан військовослужбовців. *Габітус*. 2025. Вип. 72. С. 125-129. DOI: <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2025.72.2.23>
70. Тютюнник Л. Л. Бойовий стрес та шляхи подолання його психотравмуючих наслідків. *Вісник Національного університету оборони України*. 2020. Вип. 2 (55). С. 106-115. DOI: <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2020-55-2-106-115>
71. Тютюнник, Л., Поп'юк, Д. Соціально-психологічні наслідки впливу бойового стресу на військовослужбовців-учасників бойових дій. *Вісник*

- Національного університету оборони України*. 2025. № 4 (86). С. 186-193. DOI: <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2025-86-4-186-193>
72. Філоненко, Л. Психофізіологічні аспекти бойового стресу військовослужбовців. *Вісник Національного університету оборони України*. 2025. № 1 (83). С. 148-160. DOI: <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2025-83-1-148-160>
73. Чорна В. В., Серебреннікова О. А., Коломієць В. В., Гозак С. В., Єлізарова О. Т., Рибінський М. В., Ангельська В. Ю., Павленко Н. П. Посттравматичний стресовий розлад під час повномасштабної війни у військовослужбовців. *Молодий вчений*. 2023. Вип. 12(124). С. 134-139. DOI: <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2023-12-124-28>
74. Шевченко Р. П. Соціально-психологічний супровід військовослужбовців в умовах трансформаційних змін сучасного соціуму: монографія. Київ: Принт-Квік, 2019. 238 с. URL: <https://discovery.kpi.ua/Record/000640619>
75. Шиделко А. В. Наслідки впливу бойового стресу на психологічний стан особистості військовослужбовця. *Перспективи та інновації науки*. 2022. № 1(6). С. 476-486. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2022-1\(6\)-476-486](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2022-1(6)-476-486)
76. Широбоков Ю. М. Психологія військового полону: автореф. дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.09. Харків, 2020. 40 с. URL: <https://uacademic.info/ua/document/0520U101468>
77. Широких А., Пантелеймонова Н. Психологічна підтримка військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом. *Психологія: реальність і перспективи : збірник наукових праць*. Рівне, 2024. Вип. 23. С. 187-194. DOI: https://doi.org/10.35619/prap_rv.vi23.404
78. Щербатих Ю. В. Психологія стресу та методи корекції. Київ: Наука, 2022. 304 с.
79. Щирук І. А. Психологічні особливості негативних наслідків посттравматичного стресового розладу й травмування у військовослужбовців та осіб, постраждалих на бойовий стрес. *Наукові*

- записки. Серія: Психологія. 2024. Вип. 3(5). С. 87-93. DOI: <https://doi.org/10.32782/cusu-psy-2024-3-12>
80. Ягупов В. В. Військова психологія : методологія, теорія та практика: підручник. Київ: Psychobook, 2023. 517 с.
81. Adugna D., Yadeta T. A., Dereje J., Firdisa D., Demissie Darcho S., Kassa O., Kitessa M., Gemed A. T. Post-traumatic stress disorder and associated factors among inpatients at Eastern Command Referral Hospital in Dire Dawa, Eastern Ethiopia. *Frontiers in Psychiatry*. 2024. Vol. 15. Article 1373602. DOI: 10.3389/fpsyt.2024.1373602
82. Alruwaili A., Khorram-Manesh A., Ratnayake A., Robinson Y., Goniewicz K. Supporting the frontlines: A scoping review addressing the health challenges of military personnel and veterans. *Healthcare*. 2023. No 11(21). DOI: <https://doi.org/10.3390/healthcare11212870> (дата звернення: 08.11.2025).
83. Blais R. K., Tirone V., Orlowska D., Lofgreen A., Klassen B., Held P. Self-reported PTSD symptoms and social support in U.S. military service members and veterans: A meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*. 2021. Vol. 12(1). DOI: <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1851078> (дата звернення: 18.11.2025).
84. Evans W. R., Meyer E. C., Moore B. A., Peterson A. L. Psychological flexibility training to enhance resilience in military personnel. *Journal of Military Social Work and Behavioral Health Services*. 2024. No12(3). P. 252-264. DOI: <https://doi.org/10.1080/21635781.2023.2246900>
85. Fedyk A. O., Valchuk O. A., Okhrimenko I. M., Danylchenko T. V., Bets I. O., Balahur L. O., Brykovskyi A. G. Socio-psychological causes and consequences of combat stress in armed conflict participants. *Wiadomości Lekarskie. Medical Advances*. 2025. Vol. LXXVIII, No. 1. P. 82-89. DOI: <https://doi.org/10.36740/WLek/197120>
86. Fedyk A., Stepanov, S. Socio-psychological consequences of combat stress on military personnel participating in combat operations. *Border Security and Management*. 2025. Vol. 5(10). P. 39-50. DOI: 10.17770/bsm.v5i10.8308

87. Hruby A., Lieberman H. R., Smith T. Symptoms of depression, anxiety, and post-traumatic stress disorder and their relationship to health-related behaviors in over 12,000 US military personnel: Bi-directional associations. *Journal of Affective Disorders*. 2021. Vol. 283. P. 84-93. DOI: 10.1016/j.jad.2021.01.029
88. Obuobi-Donkor G., Oluwasina F., Nkire N., Agyapong V. I. O. A Scoping Review on the Prevalence and Determinants of Post-Traumatic Stress Disorder among Military Personnel and Firefighters: Implications for Public Policy and Practice. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022. Vol. 19, No. 3. DOI: 10.3390/ijerph19031565 (дата звернення: 20.11.2025).
89. Ovsyannikova Y., Pokhilko D., Krasnokutskyi M., Kerdyvar V., Kreshchuk K. (2024). The Nature of Combat Stress Development During Military Operations and Psychotherapy in Extreme Situations. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2024. Vol. 212(5). P. 270-277. DOI: 10.1097/NMD.0000000000001768
90. Prykhodko I., Matsehora Y., Kryvokon N., Hunbin K., Kovalchuk O., Antusheva N., Filonenko L. Manifestations of post-traumatic stress in military personnel after participating in hostilities in the Russian-Ukrainian war. *European Journal of Clinical and Experimental Medicine*. 2023. Vol. 21, No. 4. P. 776-784. DOI: 10.15584/ejcem.2023.4.19
91. Sekely A., Malik H. B., Miller K. B., Wang Y., Puente A. E. Post-Traumatic Stress Disorder and Blast Exposure in Active-Duty Military Service Members. *Trauma Care*. 2024. Vol. 4, No. 1. P. 10-21. DOI: 10.3390/traumacare4010002
92. Tedla A., Asnakew S., Legas G., Munie B. M., Tareke M. Post-traumatic stress disorder among military personnel admitted at the Northwest Command Level Three Military Hospital, Bahir Dar, Ethiopia, 2022. *Frontiers in Psychiatry*. 2024. Vol. 15. DOI: 10.3389/fpsy.2024.1410630 (дата звернення: 20.11.2025).
93. Zou M., Liu B., Ji J., Ren L., Wang X., Li F. The relationship between negative coping styles, psychological resilience, and positive coping styles in military personnel: A cross-lagged analysis. *Psychology Research and Behavior Management*. 2024. 17. P. 13-21. DOI: 10.2147/PRBM.S423313

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Опитувальник первинного психологічного скринінгу [1, с. 53-56]

Реєстраційний бланк

П. І. Б. (повністю) _____
Дата обстеження _____ Вік _____ Стать _____
Посада (підрозділ) _____
Спеціальність _____ Військове звання _____

Інструкція

Даний опитувальник допоможе нам краще зрозуміти Ваш психологічний стан. Уважно прочитайте кожне твердження та оберіть той варіант відповіді, який найбільше Вам підходить. Довго не роздумуйте, правильних чи неправильних відповідей немає.

Опитувальник

1. Чи брали безпосередню участь у бойових діях, перебували під обстрілами?

а) так;

б) ні.

2. Останнє бойове зіткнення сталося:

а) не було;

б) місяць тому;

в) три місяці тому;

г) півроку тому;

г) більше ніж півроку тому.

3. Чи були у вашому підрозділі безповоротні втрати не пов'язані з веденням бойових дій?

а) так;

б) ні.

4. Чи були у вашому підрозділі безповоротні втрати пов'язані з веденням бойових дій?

а) так;

б) ні.

5. Які прояви на стрес були протягом першої доби особисто у Вас:

а) тремор (тремтіння рук, ніг або інших частин тіла);

б) агресія;

в) неможливість заснути;

г) нав'язливі думки, нав'язливі спогади;

г) апатія;

д) дратівливість;

е) бажання вжити алкоголь чи наркотичні речовини;

є) конфліктність;

ж) неспокій та тривожність;

з) бажання побути на одинці;

і) не залишилися.

6. Які прояви залишилися до цього часу?

а) тремор (тремтіння рук, ніг або інших частин тіла);

б) агресія;

в) неможливість заснути;

г) нав'язливі думки, нав'язливі спогади;

г) апатія;

д) дратівливість;

е) бажання вжити алкоголь чи наркотичні речовини;

є) конфліктність;

ж) неспокій та тривожність;

з) бажання побути на одинці;

і) не залишилися.

7. Ваші сімейні відносини за час проходження служби:

а) покращилися;

- б) залишилися стабільними;
- в) погіршилися;
- д) стосунків не було;
- г) стосунки розірвані;
- є) маю після розриву нові стосунки.

8. Вкажіть причини, за яких Ви порушили військову дисципліну:

- а) сімейні негаразди;
- б) відносини у військовому колективі;
- в) відносини з командирами (начальниками);
- г) незадоволеність військовою спеціальністю (посадою);
- г) незадоволеність рівнем дотримання соціальних гарантій;
- д) інше;
- е) немає таких причин.

9. Вкажіть фактори, які заважали Вам повноцінно проходити військову службу?

- а) відсутність повноцінного сну;
- б) фізична втома;
- в) захворювання;
- г) погане харчування;
- г) незадовільні побутові умови;
- д) відсутність можливості якісного дотримання гігієни;
- е) нічого не заважало.

Обробка та інтерпретація результатів

Обробка опитувальника полягає у підрахунку частоти відповідей за кожним запитанням та виділенні основних груп ризику (бойовий досвід, наявність втрат, стресові симптоми, проблеми у сім'ї, порушення дисципліни, важкі умови служби). На основі результатів психолог визначає, кому потрібна індивідуальна консультація чи додаткове обстеження, а також які організаційні проблеми в підрозділі потребують уваги командування.

ДОДАТОК Б

Первинний скринінг посттравматичного стресового розладу [1, с. 137]

Реєстраційний бланк

П. І. Б. (повністю) _____

Дата обстеження _____ Вік _____ Стать _____

Посада (підрозділ) _____

Спеціальність _____ Військове звання _____

Інструкція

Нижче подано перелік відчуттів і станів, які можуть виникати у військовослужбовців після виконання службових обов'язків, участі в бойових діях та операціях. Уважно прочитайте кожен пункт і обведіть «ТАК» або «НІ» залежно від того, чи відповідає він Вашому стану та відчуттям протягом останнього місяця.

Опитувальник

Чи мали Ви у житті досвід, який був настільки страшним, жахливим або смутним, що минулого місяця Ви...	
ТАК	НІ
1. Чи мали будь-які нічні жахи про такий досвід або думки про нього, коли Вам цього не хотілось?	
ТАК	НІ
2. Чи сильно намагалися не думати про це або докладали значних зусиль, щоб уникнути ситуацій, які нагадували б Вам про це?	
ТАК	НІ
3. Чи постійно перебували насторожі, були пильні або легко здригалися?	
ТАК	НІ

4. Чи відчували ступор або відокремлення від інших, від діяльності або вашого оточення?	
ТАК	НІ

Обробка результатів

Обробка результатів полягає в підрахунку кількості відповідей «ТАК» за чотирма пунктами (кожне «ТАК» = 1 бал, «НІ» = 0 балів, загальний показник – від 0 до 4).

Чим більше відповідей «ТАК», тим вищий рівень ймовірної посттравматичної симптоматики: 0-1 бал зазвичай свідчить про низьку вираженість стресових проявів, 2 бали – про підвищений ризик і потребу в спостереженні, 3-4 бали – про високий ризик ПТСР і необхідність поглибленого психологічного/психіатричного обстеження.

Цей опитувальник є скринінговим інструментом, тому його результати не встановлюють діагноз, а лише вказують, кому потрібна додаткова діагностика і підтримка, з урахуванням клінічної бесіди, анамнезу та інших методик.

ДОДАТОК В

Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР [1, с. 135-136]

Реєстраційний бланк

П. І. Б. (повністю) _____

Дата обстеження _____ Вік _____ Стать _____

Посада (підрозділ) _____

Спеціальність _____ Військове звання _____

Інструкція

Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР використовується для первинного скринінгу цих симптомів у осіб, які пережили психічну травму чи надзвичайні обставини.

З моменту пережитого критичного інциденту чи травмуючої події відмітьте, будь ласка, чи відчуваєте Ви наведені нижче стани більшою мірою, ніж зазвичай. Оберіть лише один варіант відповіді («Так» або «Ні») для кожного твердження та зробіть позначку у відповідній клітинці реєстраційного бланка.

Опитувальник

№	Твердження	Так	Ні
1.	Нездатність «розслабитися» (напруженість).		
2.	Роздратування та поганий настрій.		
3.	Вторгнення в свідомість неприємних образів або спогадів про інцидент.		
4.	Неуважність, погане зосередження уваги.		
5.	Сильний смуток, печаль.		
6.	Сильна втома, нестача енергії.		
7.	Потрясіння або паніка.		

8.	Прагнення уникати всього, що нагадує про інцидент або травмуючу подію.		
9.	Труднощі із засипанням, погіршення сну.		
10.	Зниження інтересу до життя, до звичної діяльності, у тому числі – професійної.		

Обробка результатів

Обробка результатів передбачає підрахунок кількості відповідей «Так» за всіма 10 твердженнями (кожне «Так» = 1 бал, «Ні» = 0 балів; загальний показник – від 0 до 10).

Чим більше відповідей «Так», тим вищою є загальна вираженість симптомів тривоги, депресії та посттравматичного стресу: орієнтовно 0-2 бали свідчать про низький рівень скарг, 3-5 балів – про помірний рівень і потребу в спостереженні, 6 і більше балів – про виражені прояви та доцільність поглибленої психологічної чи психіатричної діагностики.

За потреби окремо аналізуються кластери симптомів: тривожні (1, 2, 4, 7, 9), депресивні (5, 6, 10) та посттравматичні (3, 8), що дозволяє побачити, який саме компонент страждання домінує.

Шкала є інструментом первинного скринінгу, тому її результати не встановлюють діагноз, а слугують підставою для відбору осіб до індивідуальної консультації та подальшого обстеження.

ДОДАТОК Д

**Міссісіпська шкала Т. Кеапе для оцінки посттравматичних реакцій
(військовий варіант) [1, с. 160-165]**

Реєстраційний бланк

П. І. Б. (повністю) _____

Дата обстеження _____ **Вік** _____ **Стать** _____

Посада (підрозділ) _____

Спеціальність _____ **Військове звання** _____

Інструкція

Нижче наводяться твердження, що узагальнюють різний досвід людей, які брали участь у бойових діях. У кожного твердження є шкала від «1» до «5». Користуючись даною шкалою, вкажіть, в якій мірі Ви згодні або не згодні з даним твердженням. Оберіть тільки один варіант відповіді на кожне твердження, взявши в кружечок цифру у відповідній клітинці.

Опитувальник

Твердження	Абсолютно невірно	Іноді невірно	У деякій мірі вірно	Вірно	Абсолютно вірно
	1	2	3	4	5
1. До служби в армії у мене було більше друзів ніж зараз.	1	2	3	4	5
2. У мене немає почуття провини за те, що я робив під час служби в армії.	1	2	3	4	5
3. Якщо хтось виведе мене з терпіння, я швидше за все не стримаюся (застосую фізичну силу).	1	2	3	4	5
4. Якщо трапляється щось, що нагадує мені про минуле, це виводить мене з рівноваги і завдає мені болю.	1	2	3	4	5
5. Люди, які дуже добре мене знають, мене бояться.	1	2	3	4	5

6. Я здатний вступати в емоційно близькі стосунки з іншими людьми.	1	2	3	4	5
7. Мені сняться ночами кошмари про те, що було насправді на війні	1	2	3	4	5
8. Коли я думаю про деякі речі, які я робив в армії, мені просто не хочеться жити.	1	2	3	4	5
9. Зовні я виглядаю бездушним.	1	2	3	4	5
10. Останнім часом я відчуваю що хочу покінчити з собою.	1	2	3	4	5
11. Я добре засинаю, нормально сплю і прокидаюся тільки тоді, коли треба вставати.	1	2	3	4	5
12. Я весь час задаю собі питання, чому я ще живий, в той час як інші загинули на війні.	1	2	3	4	5
13. У певних ситуаціях я відчуваю себе так, ніби я знову в армії.	1	2	3	4	5
14. Мої сни настільки реальні, що я прокидаюся в холодному поту і змушую себе більше не спати.	1	2	3	4	5
Я відчуваю, що більше не можу.	1	2	3	4	5
16. Речі, які викликають у інших людей сміх чи сльози, мене не зачіпають.	1	2	3	4	5
17. Мене досі радують ті самі речі, що й раніше.	1	2	3	4	5
18. Мої фантазії реалістичні і викликають страх.	1	2	3	4	5
19. Я виявив, що мені працювати неважко після демобілізації.	1	2	3	4	5
20. Мені важко зосередитися.	1	2	3	4	5
21. Я без причини плачу.	1	2	3	4	5
22. Мені подобається бути в товаристві інших людей.	1	2	3	4	5
23. Мене лякають мої прагнення і бажання.	1	2	3	4	5
24. Я легко засинаю.	1	2	3	4	5
25. Від несподіваного шуму я легко здригаюся.	1	2	3	4	5

26. Ніхто, навіть члени моєї родини, не розуміють, що я відчуваю.	1	2	3	4	5
27. Я легка, спокійна, врівноважена людина.	1	2	3	4	5
28. Я відчуваю, що про якісь речі, які я робив в армії, я не зможу розповісти кому-небудь, тому що цього нікому не зрозуміти.	1	2	3	4	5
29. Часом я вживаю алкоголь або снодійне, щоб допомогти собі заснути або забути про ті речі, які трапилися зі мною, коли я служив в армії.	1	2	3	4	5
30. Я не відчуваю дискомфорту, коли перебуваю в натовпі.	1	2	3	4	5
31. Я втрачаю самовладання і вибухаю через дрібниці.	1	2	3	4	5
32. Я боюся засинати.	1	2	3	4	5
33. Я намагаюся уникати всього, що могло б нагадати мені про те, що трапилося зі мною в армії.	1	2	3	4	5
34. Моя пам'ять така ж хороша, як і раніше.	1	2	3	4	5
35. Я відчуваю труднощі в прояві своїх почуттів, навіть по відношенню до близьких людей.	1	2	3	4	5

Ключ

Відповідь	Номера тверджень
Сума пунктів, які рахуються в прямих значеннях ($\Sigma 1$):	1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 23, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 35
Сума пунктів, які рахуються у зворотних значеннях ($\Sigma 2$):	2, 6, 11, 17, 19, 22, 24, 27, 30, 34

Обробка результатів

Загальний бал: $\Sigma 1 + \Sigma 2$.

Оцінка за кожним пунктом – від одного до п'яти балів.

Підраховується сума відповідей на твердження (сумуються відповіді респондента на «прямі» твердження і відповіді за «зворотними» твердженнями, перекодовані наступним чином: відповіді респондента – 1, 2, 3, 4, 5; перекодовані відповіді – 5, 4, 3, 2, 1).

Інтерпретація результатів

Отримана сума дозволяє поділити досліджуваних на тих, які мають ПТСР і тих, які не мають ПТСР.

За даними В. Шаніна:

- добре адаптовані – 76 ± 18 ;
- психічні розлади – 86 ± 26 ;
- ПТСР – 130 ± 18 .

Середні значення для Міссісіпської шкали (військовий варіант) за даними Н. Тарабріної

Співробітники МВС	$64,65 \pm 16,13$
Військовослужбовці	$73,76 \pm 19,64$
Ветерани Афганістану, «норма»	$70,18 \pm 11,76$
Ветерани Афганістану, ПТСР	$92,00 \pm 15,55$

ДОДАТОК Е

Шкала оцінки впливу травматичної події [1, с. 171-173]

Реєстраційний бланк

П. І. Б. (повністю) _____

Дата обстеження _____ Вік _____ Стать _____

Посада (підрозділ) _____

Спеціальність _____ Військове звання _____

Інструкція

Вам пропонується ряд тверджень. Уважно прочитайте кожне з них і вкажіть, до якої міри Ви згодні або не згодні з цим твердженням. Дайте тільки одну відповідь на кожне твердження, зробивши позначку у відповідній клітинці реєстраційного бланку. Зверніть увагу, що перераховані симптоми стосуються Вашого самопочуття за останній тиждень.

Опитувальник

Твердження	Ніколи	Рідко	Іноді	Часто
1. Будь-яка згадка про цю подію змушувала мене знову переживати все, що сталося				
2. Я не міг спокійно спати вночі				
3. Деякі речі змушували мене весь час думати про те, що зі мною трапилося				
4. Я відчував постійне роздратування і гнів				
5. Я не дозволяв собі засмучуватися, коли думав про цю подію або про те, що нагадувало мені про неї				
6. Я думав проти своєї волі про те, що трапилося				

Твердження	Ніколи	Рідко	Іноді	Часто
7. Мені здавалося, що все, що сталося ніби не було насправді або все, що тоді відбувалося, було нереальним				
8. Я намагався уникати всього, що нагадувало мені про те, що трапилося				
9. Окремі картинки того, що сталося раптово виникали у свідомості				
10. Я був весь час напружений і сильно здригався, якщо щось раптово лякало мене				
11. Я намагався не думати про те, що трапилося				
12. Я розумів, що мене досі буквально переповнюють важкі переживання щодо того, що трапилося, але нічого не робив, щоб їх уникнути				
13. Я відчував щось на зразок заціпеніння, і всі мої переживання щодо того, що сталося, були наче паралізовані				
14. Я раптом помічав, що дію або відчуваю себе так, ніби все ще перебуваю в тій ситуації				
15. Мені було важко заснути				
16. Мене буквально захлинали нестерпно важкі переживання, пов'язані з тією ситуацією				
17. Я намагався витіснити те, що трапилося з пам'яті				
18. Мені було важко зосередити свою увагу на чому-небудь				
19. Коли щось нагадувало мені про те, що трапилося, я відчував неприємні фізичні відчуття –				

Твердження	Ніколи	Рідко	Іноді	Часто
спітніння, дихання збивалося, нудоту, частішав пульс та ін.				
20. Мені снилися важкі сни про те, що зі мною трапилося				
21. Я був постійно насторожі і весь час чекав, що трапиться щось погане				
22. Я намагався ні з ким не говорити про те, що трапилося				

Ключ

Субшкала «вторгнення»: сума балів пунктів 1, 2, 3, 6, 9, 16, 20.

Субшкала «уникнення»: сума балів пунктів 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22.

Субшкала «збудливість»: сума балів пунктів 4, 10, 14, 15, 18, 19, 21.

Обробка та інтерпретація результатів

Всі пункти мають пряме значення. Значення за кожною субшкалою отримується шляхом простого підсумовування відповідей згідно з «ключем».

Кожен пункт оцінюється: «ніколи» – 0 балів; «рідко» – 1 бал; «іноді» – 3 бали; «часто» – 5 балів