

Міністерство освіти і науки України
Національний університет «Острозька академія»
Навчально-науковий центр заочно-дистанційного навчання
Кафедра психології

Кваліфікаційна робота
на здобуття освітнього ступеня магістра
на тему: «Психологічні особливості прояву посттравматичного стресового
розладу у військовослужбовців»

Виконала студентка 2 курсу,
групи зМПс-21
спеціальності 053 «Психологія»
Лозюк Софія Андріївна

Керівник – доктор психологічних наук, професор,
професор кафедри психології
Балашов Едуард Михайлович

Рецензент – доктор психологічних наук, професор
Савелюк Наталія Михайлівна

Острог, 2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ.....	9
1.1. Теоретичний аналіз поняття посттравматичного стресового розладу у науковій літературі.....	9
1.2. Психологічні чинники особливостей перебігу ПТСР у військовослужбовців.....	15
1.3. Формування теоретико-психологічної моделі ПТСР.....	25
Висновки до першого розділу.....	33
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ.....	36
2.1. Опис методології емпіричного дослідження.....	36
2.2. Аналіз отриманих результатів емпіричного дослідження.....	42
2.3. Інтерпретація кореляційних зв'язків емпіричного дослідження.....	66
Висновки до другого розділу.....	71
РОЗДІЛ 3. ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ЗНИЖЕННЯ РІВНЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ.....	74
3.1. Корекційна програма зниження рівня посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців.....	74
3.2. Результати контрольного етапу експерименту.....	77
3.3. Практичні рекомендації щодо зниження рівня посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців.....	86
Висновки до третього розділу.....	98
ВИСНОВКИ.....	101
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	107
ДОДАТКИ.....	118

ВСТУП

В умовах тривалого воєнного стану в Україні проблема психологічної реабілітації військовослужбовців набуває виняткового значення як для збереження боєздатності Збройних Сил, так і для забезпечення успішної реінтеграції ветеранів у цивільне життя.

Савелюк Н. М. у своїй статті зауважує: «Повномасштабна війна [...] зумовлює закономірну динаміку психоемоційних станів українців, що часто метафорично порівнюється, наприклад, з «емоційними гойдалками» [59, с. 140]. У військових така ситуація більш ускладнена: бойовий стрес, постійна загроза життю, втрата побратимів та морально неоднозначні ситуації, з якими стикаються військовослужбовці, створюють підґрунтя для розвитку посттравматичного стресового розладу. За даними епідеміологічних досліджень, у світовій популяції щонайменше 70,4% людей протягом життя стикалися з травматичними ситуаціями, і приблизно у 4% із них сформувався ПТСР [54]. У контексті активних бойових дій ці показники значно зростають, що підтверджує масштабність проблеми для України.

Посттравматичний стресовий розлад характеризується стійкою симптоматикою у вигляді інтрузивних переживань, унікаючої поведінки, негативних змін у когніціях та настрої, а також гіперзбудження, що суттєво знижує якість життя пацієнтів та ускладнює їхнє функціонування у професійній та особистісній сферах. Водночас сучасні дослідження засвідчують, що посттравматична симптоматика є не лише наслідком безпосереднього впливу травматичної події, а й результатом складної взаємодії між пережитим стресором, індивідуальними регуляторними можливостями особистості та системою переконань, що визначають інтерпретацію травматичних спогадів.

Теоретичний аналіз проблеми ПТСР виявляє недостатню розробленість інтегративних моделей, які б враховували багаторівневу природу цього розладу. Попри значні напрацювання у сфері когнітивно-

поведінкової терапії, метакогнітивних підходів та концепції моральної травми, дослідження, що об'єднують ці перспективи у цілісну теоретичну рамку з урахуванням механізмів вольової саморегуляції, залишаються поодинокими. Водночас саме такий інтегративний підхід є необхідним для розуміння індивідуальних відмінностей у перебігу ПТСР та розробки ефективних корекційних програм.

Особливої актуальності набуває вивчення специфіки посттравматичної симптоматики у різних категорій військовослужбовців. Військовослужбовці контрактної служби та мобілізовані мають різний досвід, рівень підготовки та психологічні ресурси, що може зумовлювати відмінності у структурі та інтенсивності ПТСР. Розуміння цих відмінностей є критично важливим для створення диференційованих програм психологічної реабілітації, адаптованих до потреб конкретних категорій військових.

Практична значущість дослідження зумовлена гострою потребою у науково обґрунтованих корекційних програмах, спрямованих на зниження рівня ПТСР у військовослужбовців. Чинні програми психологічної допомоги часто мають фрагментарний характер і не завжди враховують багаторівневу природу посттравматичної симптоматики. Розробка комплексної програми, що інтегрує когнітивні, емоційні, поведінкові, метакогнітивні та ціннісно-сміслові інтервенції, створить науково-методичну основу для системної психологічної реабілітації військовослужбовців.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дослідження виконано в рамках наукової тематики кафедри психології Національного університету «Острозька академія» та узгоджується з пріоритетними напрямками досліджень у галузі клінічної та військової психології в Україні.

Об'єкт дослідження – посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців.

Предмет дослідження – психологічні особливості прояву посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців контрактної служби та мобілізованих.

Мета дослідження – виявити психологічні особливості прояву посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців та розробити комплексну корекційну програму зниження його рівня.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичний аналіз проблеми посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців та розробити багаторівневу модель дослідження ПТСР, що інтегрує ціннісно-смысловий, метакогнітивний та когнітивно-емоційний рівні функціонування особистості.

2. Емпірично дослідити особливості прояву посттравматичного стресового розладу, моральної травми, механізмів саморегуляції та метакогнітивних переконань у військовослужбовців контрактної служби та мобілізованих, а також виявити структуру взаємозв'язків між цими показниками.

3. Розробити та апробувати комплексну корекційну програму зниження рівня посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців.

4. Оцінити ефективність корекційної програми шляхом порівняльного аналізу показників експериментальної та контрольної груп.

5. Сформулювати практичні рекомендації щодо зниження рівня посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців для різних категорій фахівців та інституцій.

Гіпотези дослідження:

1. Військовослужбовці контрактної служби та мобілізовані мають відмінності у структурі та інтенсивності посттравматичної симптоматики, що зумовлені різним досвідом служби, рівнем підготовки та доступністю психологічних ресурсів.

2. Посттравматична симптоматика у військовослужбовців детермінована не лише фактом травматичної події, а й системою чинників на ціннісно-смысловому (моральна травма), метакогнітивному (дезадаптивні

метакогнітивні переконання) та когнітивно-емоційному (порушення вольової регуляції) рівнях.

3. Комплексна корекційна програма, що інтегрує когнітивні, емоційні, поведінкові, метакогнітивні та ціннісно-сміслові інтервенції, є ефективним засобом зниження рівня посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців.

Методи дослідження. Для досягнення мети та розв'язання поставлених завдань використано комплекс взаємодоповнюючих методів. Теоретичні методи: аналіз, синтез, систематизація, узагальнення наукової літератури з проблеми дослідження, моделювання психологічних явищ. Емпіричні методи: психодіагностичні методики (Шкала самооцінки проявів посттравматичного стресового розладу PCL-5, опитувальник моральної травми Moral Injury Symptoms Scale, Шкала контролю за дією ACS-90 Ю. Куля, Опитувальник метакогніцій MCQ-30), формувальний експеримент. Методи математико-статистичної обробки даних: t-критерій Стюдента, U-критерій Манна-Уїтні, коефіцієнт кореляції Пірсона, описова статистика.

Емпірична база дослідження. У дослідженні взяли участь 100 військовослужбовців Збройних Сил України віком від 25 до 56 років, які мали досвід участі у бойових діях або перебування в зоні бойових дій протягом не менше трьох місяців. Вибірку було стратифіковано на дві групи: військовослужбовці контрактної служби (50 осіб) та мобілізовані військовослужбовці (50 осіб). Для апробації корекційної програми сформовано експериментальну групу (30 осіб) та контрольну групу (30 осіб).

Наукова новизна та теоретичне значення одержаних результатів. Розроблено багаторівневу модель дослідження посттравматичного стресового розладу, що інтегрує концепцію моральної травми, метакогнітивну модель та теорію контролю за дією Ю. Куля, що дає можливість розглядати ПТСР як результат порушення регуляторних механізмів на ціннісно-смісловому, метакогнітивному та когнітивно-емоційному рівнях функціонування особистості. Виявлено структурні відмінності у проявах посттравматичної

симптоматики між військовослужбовцями контрактної служби та мобілізованими, що проявляються у різній інтенсивності симптомів, особливостях саморегуляції та структурі метакогнітивних переконань. Встановлено, що у контрактників посттравматична симптоматика має системний багаторівневий характер, тоді як у мобілізованих демонструє реактивний тип, обмежений переважно метакогнітивними дисфункціями. Обґрунтовано систему психологічних детермінант ПТСР, що охоплює моральну травму, дезадаптивні метакогнітивні переконання та порушення вольової регуляції, причому структура взаємозв'язків цих чинників є специфічною для різних категорій військовослужбовців.

Практичне значення одержаних результатів. Розроблено та емпірично верифіковано комплексну корекційну програму зниження рівня посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців, що охоплює шість модулів: допоміжний, когнітивно-едукативний, емоційно-регулятивний, поведінково-адаптивний, ресурсно-відновлювальний та інтегративний. Програма може бути впроваджена у практику психологічної служби Збройних Сил України та інших силових структур. Сформульовано багаторівневі практичні рекомендації для психологів, військовослужбовців, командирів, членів сімей, медичних працівників та представників державних інституцій, що створює методичну основу для побудови комплексної системи психологічної реабілітації військовослужбовців.

Апробація результатів дослідження. Основні положення та результати дослідження представлено у таких наукових публікаціях:

1. Стаття «Психологічні аспекти посттравматичного стресового розладу: ключові теорії та сучасні концепції» у Наукових записках Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія» [11].

2. Тези V Міжнародної науково-практичної конференції «Open science nowadays: main mission, trends and instruments, path and its development» у випуску № 59 видання «Грааль науки» на тему:

«Саморегуляція як чинник резистентності до ПТСР у військовослужбовців» [12].

Структура та обсяг роботи. Кваліфікаційна робота містить вступ, три розділи, висновки, список використаних джерел і додатки. Загальний обсяг роботи становить 106 сторінок основного тексту, у роботі наявні 15 таблиць та 2 рисунки.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

1.1. Теоретичний аналіз поняття посттравматичного стресового розладу у науковій літературі

Поняття «посттравматичний стресовий розлад» увійшло в ужиток у 70-х роках ХХ століття, значною мірою завдяки діагностуванню ветеранів війни у В'єтнамі, відомому як «в'єтнамський синдром». Американська психіатрична асоціація офіційно визнала цей розлад у 1980 році, зарахувавши його до Діагностичного та статистичного посібника з психічних захворювань [29; с. 42].

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це стан, що сформований унаслідок пережитої глибокої психічної травми. Він є відтермінованою та тривалою реакцією на стресову ситуацію або подію загрозливого чи катастрофічного масштабу. ПТСР може бути розвинений не тільки у військових, які брали участь у бойових діях, а й у будь-якої людини, чия психіка не змогла впоратися з надмірним емоційним навантаженням [36; с. 16].

Посттравматичний стресовий розлад сприяє розвитку особистісних змін, супроводжений високим рівнем супутніх патологій і має значні соціальні наслідки. Покращення методів діагностики відіграє ключову роль у наданні допомоги людям із ПТСР, оскільки точне розмежування та підтвердження розладів є необхідним для створення й удосконалення індивідуальних терапевтичних підходів.

Дослідники Августюк М. М., Пасічник І. Д., Балашов Е. М., Каламаж Р. В. у своїй роботі зазначають: «Військовослужбовці зі встановленими медичними діагнозами мали значно вищі рівні румінації та депресії порівняно з тими, у кого такі діагнози відсутні; особливо високими ці показники є при ПТСР. Також встановлено, що рівень занепокоєння суттєво

впливає на всі досліджувані показники: респонденти з високим рівнем занепокоєння демонструють підвищені рівні румінації, скрупульозного розмірковування, рефлексії та депресії, тоді як респонденти з низьким рівнем занепокоєння мають більш збалансовані показники» [3, с. 432].

Чітких причин розвитку ПТСР досі не встановлено. Він може бути сформований під впливом психотравматичної події, яка викликає сильний страх або почуття безсилля. Травматичними вважаються ситуації, що провокують глибокий емоційний розлад. Психічна травма – це наслідок переживань, викликаних критичними подіями, які перевищують адаптаційні можливості людини, порушуючи її психологічну та фізіологічну рівновагу. Кокун О. М. вказує на те, що у типових випадках особи, які страждають на ПТСР, намагаються уникати будь-яких думок чи почуттів, пов'язаних із травматичною ситуацією, а іноді навіть демонструють часткову амнезію щодо неї. Водночас минулі події нерідко оживають у свідомості через нав'язливі спогади або нічні кошмари [34].

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) може бути в людей, які пережили війну, фізичний напад, стихійне лихо, пожежу, аварію чи напад тварин. Крім того, психотравматичними можуть бути ситуації шахрайства або навмисного обману, адже вони підривають довіру людини до оточення та світу загалом. У цьому контексті варто звернути увагу на фактори, що визначають рівень впливу екстремального стресу, оскільки деякі з них залежать від особистісних характеристик, психічного стану в момент отримання травми та суб'єктивного ставлення до події. Якщо людина сприймає пережите як несправедливість, як щось, що не повинно було трапитися, і не знаходить у собі сил протистояти ситуації, то інтенсивність стресу, який вона зазнає, значно зростає.

Аналіз загальної та вікової психології дає змогу припустити, що розвиток ПТСР зумовлений не лише самим фактом переживання травматичної події та її характером, а й іншими чинниками, серед яких важливе місце посідають біологічні особливості людини. Деякі дослідження вказують на

наявність факторів ризику, що підвищують ймовірність розвитку цього розладу. Їхнє вивчення є необхідним для психологів і соціальних працівників, які займаються профілактикою ПТСР, особливо серед осіб, чия професійна діяльність пов'язана з екстремальними умовами.

Проблема посттравматичного стресового розладу (ПТСР) на сучасному етапі розвитку медицини дедалі більше привертає увагу науковців як в Україні, так і за її межами.

Посттравматичний стресовий розлад є хронічним психічним станом, що може бути розвинений після пережитих травматичних подій, серед яких участь у бойових діях, техногенні та природні катастрофи, сексуальне насильство чи втрата близьких. За даними досліджень, у світовій популяції щонайменше 70,4% людей протягом життя стикалися з подібними травматичними ситуаціями, і приблизно у 4% із них сформувався ПТСР [54].

Посттравматичний стресовий розлад може суттєво знизити якість життя пацієнтів. Варто зазначити, що до проведення масштабних досліджень цей стан вважали суто військовим розладом. Зокрема з кінця XIX до середини XX століття симптоми, подібні до сучасного розуміння ПТСР, були описані переважно у ветеранів бойових дій. Проблема знову привернула увагу науковців у другій половині XX століття, коли кількість локальних збройних конфліктів у світі зростає, а дисципліна й бойовий дух військових не захищали їх від тяжких психологічних наслідків, які не зникали з часом.

Сьогодні дослідники дійшли спільного висновку, що ПТСР є психогенним розладом, спричиненим стресом, з яким психіка людини не може швидко й ефективно впоратися, застосовуючи звичні механізми подолання. Це неспокійна відстрочена реакція на травматичну подію, що може спровокувати психічні порушення у будь-якої людини, незалежно від її попереднього досвіду чи рівня стресостійкості. Такими подіями можуть бути природні чи техногенні катастрофи, участь у бойових діях, тортури або сексуальне насильство. На думку Мельник А. П., на психологічному рівні симптоми ПТСР формують складний симптомокомплекс взаємопов'язаних

характеристик, що входять до семантичного поля поняття «посттравматичний стрес» [44].

Грицевич Т. Л. визначає посттравматичний стресовий розлад як комплекс психічних порушень, що виникають унаслідок екстремальних обставин [56]. Його клінічна картина, за твердженням автора, поєднує психопатоподібні розлади поведінки, серед яких асоціальні, експлозивні та істеричні прояви, що можуть посилюватися вживанням алкоголю, наркотичних речовин та важкою неврозоподібною симптоматикою. Військові психіатри зазначають, що ознаки ПТСР є тривалими або відстроченими умовно-адаптивними психічними змінами та розладами, які розвиваються під впливом бойових умов. Деякі з цих змін можуть відігравати пристосувальну роль у воєнному середовищі, проте в мирному житті вони часто призводять до різних форм соціальної дезадаптації.

Посттравматичний стресовий розлад характеризує психологічні симптоми, що виникають унаслідок надзвичайно стресових життєвих ситуацій, суттєво порушуючи нормальне функціонування людини. ПТСР нерідко з'являється після таких подій, як дорожньо-транспортні пригоди, природні катастрофи чи насильницькі дії. Особи з травматичним анамнезом рідко зазнають лише одного випадку психотравматичного впливу, оскільки найчастіше мають кілька пережитих епізодів, що зумовлюють складну симптоматику.

На сучасному етапі 11-й перегляд Міжнародної класифікації хвороб виокремлює два споріднені стани під загальною категорією «Специфічні розлади, пов'язані зі стресом»: посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) (код 6B40) і комплексний посттравматичний стресовий розлад (КПТСР) (код 6B41). ПТСР містить три основні групи симптомів: повторне переживання травматичної події у теперішньому часі, уникнення спогадів про неї та постійне відчуття загрози, що проявляється надмірною пильністю та перебільшеною реакцією переляку [21; с. 56].

Комплексний посттравматичний стресовий розлад є тяжчою формою ПТСР, яка відрізняється п'ятьма основними проявами: флешбеками, токсичним почуттям провини, нехтуванням власними потребами, посиленою внутрішньою критикою та соціальною тривожністю.

Згідно з МКХ-11, КППТСР містить три характерні для ПТСР кластери симптомів, а також три додаткові, що свідчать про «порушення в самоорганізації». Вони проявляються через розлади емоційної регуляції, негативну я-концепцію та проблеми у міжособистісних стосунках. Дослідники зазначають, що подібні порушення найчастіше виникають унаслідок тривалого чи повторюваного травматичного досвіду, що призводить до втрати емоційних, психологічних і соціальних ресурсів [57].

Симптоматика КППТСР містить труднощі в контролі емоційних реакцій, загальмованість у сприйнятті інформації, проблеми з концентрацією уваги, дисоціативні стани та деперсоналізацію. Також наявне хронічне почуття провини й інтенсивний сором, що супроводжений негативним самосприйняттям, складнощами у формуванні довіри й близьких стосунків, а також стійкими змінами у системі особистісних смислів.

Люди з КППТСР часто переживають відчуття ізоляції, непотрібності, різкі перепади настрою, надмірну реакцію на стрес за механізмом «бий або втікай», підвищену чутливість до негативних факторів та суїцидальні думки. Цей розлад зачіпає всі рівні особистості, змінюючи самосприйняття, ставлення до інших, ціннісні орієнтири та уявлення про світ. Унаслідок цього в людини формується відчуття руйнування її внутрішньої цілісності та життєвої неперервності. КППТСР розвивається під впливом стресових факторів екстремального або тривалого характеру, з яких важко або неможливо вийти.

Нині зростає кількість досліджень, що акцентують на розмежуванні двох профілів симптоматики: ПТСР та КППТСР. Понад 40 наукових робіт, проведених у щонайменше 15 країнах, послідовно підтвердили суттєві відмінності між цими розладами.

Поширеність ПТСР значною мірою залежить від частоти катастроф і травматичних ситуацій. Згідно з дослідженнями, цей розлад зафіксований у 2,6% від загальної кількості обстежених осіб [5]. У загальній популяції частота ПТСР варіюється в межах 1–12%, а серед тих, хто безпосередньо пережив травматичну подію, цей показник може сягати 30%. Також існують дані, що після масштабних катастроф у 50–80% випадків серед людей, які вижили, розвивається посттравматичний стресовий розлад.

Епідеміологічні дослідження свідчать про зростання кількості випадків посттравматичного стресового розладу у ситуаціях локальних кризових подій, зокрема воєнних конфліктів, а також у випадках, коли травматичний вплив поширюється на значну кількість населення.

Поширеність ПТСР залежить від ряду факторів, таких як характер травми, стать, вік і соціально-культурні особливості [79]. Дослідження показують, що серед чоловіків цей розлад діагностований у 0,5% випадків, тоді як серед жінок – у 1,2%. У групах підвищеного ризику, до яких належать мешканці регіонів, схильних до стихійних лих, техногенних катастроф чи збройних конфліктів, частка осіб із ПТСР може сягати 73–92%.

Посттравматичний стресовий розлад може розвиватися у людей будь-якого віку, проте найчастіше він наявний серед молоді. Цей розлад також є у дітей. Дослідження свідчать, що приблизно у 80% дітей, які зазнали опіків, через 1–2 роки після травми розвивається ПТСР, тоді як серед дорослих цей показник становить лише 30%. Учені пояснюють це тим, що у малюків ще не сформовані механізми психологічного захисту, які допомагають справлятися з фізичними та емоційними наслідками травматичних подій [83].

Подібні труднощі у подоланні психічної травми також є у літніх людей. З віком здатність до адаптації слабшає, а вплив стресу може бути посилений наявністю хронічних захворювань. Деякі дослідники, зокрема Мельник А. П. зазначають, що дорослі жінки переживають психотравматичні події важче, ніж чоловіки [44]. Водночас серед дітей спостерігають зворотню тенденцію – хлопчики виявляють більшу чутливість до стресових факторів, ніж дівчата.

Численні дослідження підтверджують, що посттравматичний стресовий розлад, спричинений масовими катастрофами, значно підвищує рівень його поширеності. Він може розвинутиися не лише у людей, які безпосередньо постраждали від події, а й у тих, хто став її свідком. До групи ризику також належать рятувальники, родичі потерпілих, медичний персонал, пожежники та інші фахівці, які беруть участь у ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій [29; с. 44].

Так серед осіб, у яких може розвинутиися посттравматичний стресовий розлад, можна виокремити три основні категорії: 1) ті, хто безпосередньо зазнали травматичного стресу; 2) особи, які надавали допомогу або були свідками подій; 3) люди, які дізналися про трагедію пізніше.

1.2. Психологічні чинники особливостей перебігу ПТСР у військовослужбовців

У зв'язку з воєнними діями, що тривають на території України, проблема посттравматичного стресового розладу набуває національного масштабу. Виникає критична необхідність у впровадженні програм фізичної та психологічної реабілітації, а також системи соціальної підтримки, які б забезпечили ефективний процес ресоціалізації учасників бойових дій, сприяли їхній адаптації до мирного життя та покращенню якості їхнього життя.

ПТСР, як клінічна проблема, розвивається у відповідь на сильний стресовий вплив. Військовослужбовці постійно зазнають дії різних стресових чинників, серед яких загроза життю, участь у бойових операціях, тривала розлука з родиною та втрата побратимів. Дослідження підтверджують, що між рівнем інтенсивності пережитих стресових ситуацій та ймовірністю розвитку ПТСР існує пряма залежність. Салюк М. і Меркулов М. вважають, що чим вищий рівень бойового стресу, тим більша ймовірність розвитку посттравматичних психічних розладів, що вимагає комплексного підходу до профілактики, діагностики та лікування цього стану [60].

Балашов Е. М. та Новіков О. А. вказують: «Значна частина таких випадків [ПТСР] залишається недиагностованою через відсутність сучасних та ефективних систем моніторингу та самомоніторингу психоемоційного стану. ПТСР є одним із найбільш поширених наслідків участі у бойових діях. Такий розлад створює проблеми як для військовослужбовців, зокрема зниження їх боєздатності, підвищення ризику суїцидів, порушення адаптації до цивільного життя, так і для суспільства в цілому» [49, с. 69].

Екстремальні ситуації можуть спричиняти серйозні психологічні розлади. Якщо людина не має достатньої психологічної підготовки, це може призвести до глибоких психічних травм або навіть становити загрозу для життя. Під впливом стресу відбувається втрата концентрації, посилюються внутрішні переживання, що знижує здатність швидко й адекватно реагувати на зовнішні загрози.

Екстремальні умови, зокрема бойові дії, можуть суттєво погіршувати психічний стан людини. Матласевич О. В. у своєму дослідженні підкреслює, що це проявляється у зниженні концентрації уваги, підвищенні рівня тривожності та загальному зменшенні адаптивних можливостей [42]. Як наслідок, людина стає менш ефективною в складних умовах, втрачає здатність до раціональних рішень і виявляє вищу схильність до отримання фізичних або психологічних травм [60].

Подолання посттравматичного стресового розладу є індивідуальним процесом, що потребує комплексного підходу. Тимощук Є. А. у своїй роботі зазначає, що важливо не лише усунути симптоми, а й розвивати навички саморегуляції та зміцнювати психологічну стійкість [65]. Ефективна профілактика ПТСР містить підвищення обізнаності про цей розлад, розвиток стратегій подолання стресу та своєчасне звернення по допомогу. Оскільки різні методи подолання можуть бути дієвими на різних етапах реабілітації, сучасні підходи до профілактики ПТСР охоплюють комплексні заходи.

Серед основних методів профілактики можна виділити:

- психологічна підготовка до бойових умов: навчання військовослужбовців адаптації до стресу ще на етапі базової та спеціальної бойової підготовки;

- психологічна підтримка під час служби: регулярні консультації з психологами, створення груп підтримки, участь у програмах зниження стресу, таких як арт-терапія чи фізичні вправи;

- ресоціалізація після повернення: допомога у поверненні до мирного життя, навчання технікам керування стресом та надання необхідного лікування.

Ці заходи спрямовані на зменшення негативних наслідків бойового досвіду, покращення психоемоційного стану військових та їхню успішну адаптацію до цивільного життя.

Один із ключових аспектів профілактики посттравматичного стресового розладу – це рання діагностика та визначення рівня стресочутливості військовослужбовців. Аналіз підкреслює важливість комплексного підходу до профілактики ПТСР в умовах бойових дій. Один з елементів ефективної профілактики – тісна співпраця командирів підрозділів і медичних фахівців. Командири відіграють важливу роль у підтримці морально-психологічного стану особового складу, створюючи атмосферу довіри та своєчасно реагуючи на ознаки емоційного виснаження або стресу серед підлеглих. Медичні фахівці, зі свого боку, повинні забезпечувати постійний моніторинг психологічного стану військовослужбовців, надаючи як екстрену психологічну допомогу, так і планові консультації та тренінги з підвищення стресостійкості.

Для ефективного зниження ризику розвитку ПТСР необхідно впроваджувати програми психологічної реабілітації, що міститимуть кілька рівнів підтримки. Це можуть бути індивідуальні консультації з психологами, групові тренінги з розвитку стресостійкості та навичок саморегуляції. Такі програми мають охоплювати всі етапи бойової підготовки: підготовчий (до участі в бойових діях), підтримувальний (під час виконання бойових завдань)

і реабілітаційний (після повернення з фронту). Зокрема, тренінги, спрямовані на розвиток психологічної стійкості та контроль емоцій, можуть стати ефективним інструментом для зменшення стресу та полегшення адаптації військових як у бойових умовах, так і після їх завершення [60].

Важливість ментального здоров'я військовослужбовців неможливо недооцінювати. Своєчасне виявлення ознак стресу, належна організація підтримки та навчання методам подолання стресових ситуацій не лише підвищують ефективність бойових дій, а й сприяють збереженню життя та здоров'я особового складу. Психологічна підтримка повинна бути невід'ємним складником загальної системи підготовки військових, а створення середовища, де військовослужбовці можуть відкрито висловлювати свої почуття та отримувати необхідну допомогу, значно знижує ризик розвитку посттравматичного стресового розладу .

Реалізація таких заходів потребує підтримки на всіх рівнях військової структури, а також ефективної співпраці між командирами, медичними працівниками та фахівцями у сфері психології. Психологічна стійкість військовослужбовців – це їхня здатність ефективно справлятися зі стресовими та непередбачуваними ситуаціями, а також з психологічними травмами, що неминуче виникають під час виконання службових обов'язків. Вона дає можливість зберігати боєздатність, ухвалювати зважені рішення та підтримувати високий моральний дух [25]. Варто зазначити, що психологічна стійкість не є сталою характеристикою, а являє собою динамічний процес, який можна розвивати за допомогою спеціалізованих тренінгів та професійної психологічної підтримки.

Сучасний військовослужбовець у ході професійної діяльності стикається з низкою екстремальних факторів, які висувають підвищені вимоги до його психічних та фізичних ресурсів. Бельмега І. В. вказує на те, що ведення бойових дій, екстремальні умови служби, необхідність постійної готовності до виконання складних завдань призводять до виснаження адаптаційних

можливостей особистості. Як наслідок, у військовослужбовців може розвиватися синдром дезадаптації [13, с. 33].

Дезадаптація у психологічному контексті – це порушення процесу пристосування особистості до умов соціального середовища, зниження або втрата здатності виконувати типові для даного віку та статусу соціальні функції. Військовий контекст накладає на це поняття певну специфіку, адже військовослужбовці мають справу з надзвичайно жорстким і травматичним середовищем, яке кардинально відрізняється від звичного цивільного життя.

Дезадаптація військовослужбовців – це багатогранне психологічне явище, зумовлене комплексом взаємопов'язаних факторів: організаційно-управлінських, соціально-психологічних, індивідуально-психологічних. До організаційно-управлінських чинників відносять особливості військової служби, режим та умови, специфіку військової діяльності, військове навчання та підготовку тощо. Соціально-психологічні фактори пов'язані із особливостями військового колективу, взаємовідносинами в ньому, наявністю або відсутністю соціальної підтримки. Індивідуально-психологічні детермінанти охоплюють особистісні характеристики, особливості нервової системи, темперамент, акцентуації характеру, досвід та мотивацію військовослужбовця [15, с. 15].

Дезадаптація військовослужбовців має низку специфічних проявів. По-перше, це психосоматичні розлади – від функційних порушень серцево-судинної, дихальної, травної систем до психосоматичних захворювань. По-друге, емоційні розлади: тривожність, депресія, апатія, агресивність, дратівливість, емоційна нестабільність. По-третє, поведінкові порушення: імпульсивність, схильність до ризику, конфліктність, зловживання алкоголем і наркотиками. І когнітивні порушення: погіршення пам'яті, уваги, зниження здатності до концентрації та ухвалення рішень.

Синдром дезадаптації військовослужбовців має певну динаміку розвитку, яка, на думку дослідників, містить кілька стадій. На початковій стадії виникають ознаки психічного напруження, зниження працездатності,

порушення сну, агресивність. Іванішина Ю. застерігає: якщо ці симптоми не усунені, вони можуть перейти у фазу виснаження, коли можемо спостерігати стійке зниження мотивації, працездатності, появу психосоматичних скарг. На завершальній стадії дезадаптації у військовослужбовця розвивається стійкий психічний розлад, який потребує медичного втручання [30, с. 28].

Варто зазначити, що рівень дезадаптації військовослужбовців може бути різним – від легкого, тимчасового порушення до глибокого, стійкого, що призводить до значних особистісних та професійних деформацій. Виокремлюють чотири основні рівні: адаптація, субадаптація, дезадаптація та дезорієнтація. Адаптивний рівень характеризується успішним пристосуванням до умов військової служби, збереженням психічного здоров'я та працездатності. Субадаптивний рівень передбачає незначні порушення адаптації, які не призводять до суттєвих особистісних змін. Дезадаптивний рівень означає тривалі та глибокі розлади адаптації, поява стійких психологічних, соматичних, поведінкових порушень. Нарешті, дезорієнтаційний рівень характеризується повним розладом адаптації, що супроводжується психічними розладами, соціальною дезінтеграцією та деформацією особистості [39, с. 24].

Аналізуючи феномен дезадаптації військовослужбовців, науковці визначають ряд чинників, які підвищують ризик її розвитку. До них належать: тривалість та інтенсивність бойових дій, складні природно-кліматичні умови, наявність поранень та контузій, досвід втрати товаришів, надмірні фізичні та психічні навантаження, низький рівень соціальної підтримки з боку військового колективу та сім'ї, недосконалість системи психологічного забезпечення військовослужбовців. Крім того, важливу роль відіграють індивідуально-психологічні характеристики, такі як рівень стресостійкості, адаптивні здібності, волюві якості, здатність до саморегуляції.

Особливо варто виділити проблему посттравматичних стресових розладів (ПТСР) у військовослужбовців як одну з найгостріших проявів дезадаптації. ПТСР розвивається внаслідок пережитих в ході бойових дій

травматичних подій та характеризується гіперзбудженістю, нав'язливими спогадами, уникненням стимулів, пов'язаних з травмою, емоційним оніміння. Ця патологія значною мірою знижує адаптивні можливості особистості, ускладнює процес реінтеграції в мирне життя після повернення з війни [4, с. 29].

Деадаптація військовослужбовців має свою специфіку порівняно з іншими професійними групами. Для цивільних працівників деадаптація, як правило, пов'язана з рутинними стресовими факторами робочого середовища, натомість для військовослужбовців на перший план виходять екстремальні та травматичні умови, загроза життю, необхідність постійної готовності до небезпеки. Саме ці чинники визначають особливий, складний характер їхньої деадаптації.

Важливо розглянути психологічні механізми, що лежать в основі формування синдрому деадаптації у військовослужбовців. Ключовим тут є поняття психічної травми, що виникає внаслідок переживання загрозливих та шокуючих подій. Згідно з твердженнями Колесніченка О. С., психічна травма є порушенням процесів саморегуляції на різних рівнях: емоційному, когнітивному, фізіологічному, поведінковому. Людина, яка пережила травму, втрачає здатність керувати своїми станами, думками та реакціями, що призводить до дезорганізації її психічної діяльності [35, с. 41].

Психічні травми у військовому контексті можуть виникати через різноманітні екстремальні чинники, зокрема через пережитий стрес, що порушує природні адаптаційні механізми. Це може призвести до дезінтеграції психічних функцій, дисбалансу фізіологічних систем та специфічних симптомів посттравматичного стресового розладу. Такий вплив значною мірою ускладнює процес соціально-психологічної реадаптації військовослужбовців після участі в бойових діях.

Травматичні впливи можуть накопичуватися не лише під час безпосередніх бойових дій, а й протягом усього періоду служби. Регулярні навантаження під час навчань, постійна готовність до небезпеки, втома від

умов ізоляції та обмеженого простору, відрив від звичного способу життя - усе це поступово виснажує адаптаційні резерви особистості. У результаті, навіть під час відсутності гострих травматичних подій, у військовослужбовців може розвинути синдром хронічної дезадаптації.

До специфічних механізмів дезадаптації можна також зарахувати жорстку ієрархію та регламентацію військового середовища, які обмежують свободу вибору та ухвалення рішень. Це стає чинником, що ускладнює адаптацію військовослужбовців до мирного життя, де вони повинні діяти в умовах більшої свободи та гнучкості. Крім того, розрив між вимогами, що ставляться до військовослужбовців, і їхньою реальною підготовленістю часто призводить до стресу і додаткових труднощів [47, с. 15].

Іншим важливим аспектом є невідповідність між військовими навичками та необхідністю їхньої трансформації після повернення до мирного життя. Військові, звиклі до високих вимог та регламентації, часто є неготовими до нового життя в умовах менш суворої дисципліни, що також ускладнює їхню реадаптацію.

Дезадаптація військовослужбовців є складним та багатограним процесом, що вимагає комплексного підходу. Важливими є не лише психічні, а й соціальні, економічні та культурні чинники, які визначають успіх адаптації ветеранів. Тому інтервенції, спрямовані на поліпшення психічного здоров'я військових, повинні враховувати як індивідуальні особливості, так і соціокультурний контекст країни [63, с. 52].

У дослідженні цього феномену важливу роль відіграють роботи як українських, так і міжнародних дослідників. Одним із основних напрямків досліджень є вивчення посттравматичного стресового розладу, що часто є наслідком бойових дій і травматичних переживань, яких зазнають військові. Одним із перших дослідників, що серйозно вивчали цей феномен у контексті військової служби, був американський психолог і психіатр Е. Г. Хек. У своїх роботах він підкреслював важливість психічної травми та стресових впливів,

які виникають під час бойових дій і мають довготривалі наслідки для здоров'я військових [15, с. 34]

Ці дослідження стали основою для подальших наукових робіт у цій галузі, зокрема в контексті військових конфліктів в Іраку та Афганістані. Американські дослідники Т. Кессель і Р. Джеймс вивчали ефекти військової служби на адаптацію ветеранів до цивільного життя. Їхні роботи показують, що навіть після повернення з бойових дій багато військовослужбовців стикаються з труднощами в реінтеграції в суспільство через порушення психічної саморегуляції, а також через хронічні стресові впливи [84].

Вони акцентували увагу на взаємозв'язку між стресом і процесами, які ускладнюють реадaptaцію після бойових дій, зокрема на формуванні посттравматичних стресових розладів. У Великій Британії дослідження психологічних наслідків військової служби активно проводились у межах проектів, які фокусувались на психічному здоров'ї ветеранів. Наприклад, робота Р. Джонсона та Е. Сміт акцентує увагу на гендерних та вікових аспектах дезадаптації, вивчаючи, як чоловіки та жінки реагують на стресові фактори військової служби [13, с. 66]

Вони визначили, що жінки, зокрема, мають більшу схильність до розвитку стресових розладів, порівняно з чоловіками, через додаткові соціокультурні і психологічні чинники, такі як стигматизація чи більша емоційна вразливість. Це важливе відкриття, яке дозволяє поглибити розуміння гендерних особливостей у процесі дезадаптації військовослужбовців.

В Україні питання дезадаптації військовослужбовців активно вивчають як психологи, так і соціологи. Зокрема, Ю. Л. Бриндіков висвітлює вплив бойового стресу на психічне здоров'я військових, а також їхню реадaptaцію після повернення з зони бойових дій. У своїх дослідженнях він наголошує на важливості врахування специфіки військової служби, а також на взаємодії між фізичним та психічним здоров'ям військовослужбовців [15].

Крім того, у контексті української науки можна згадати роботу О. С. Нестеренко, яка вивчала ефекти військових травм на адаптацію військовослужбовців у постконфліктний період. Її дослідження фокусується на взаємозв'язку між соціальними чинниками та психічним здоров'ям ветеранів, підкреслюючи важливість громадської підтримки та активної участі держави у процесах реадaptaції. Вона підкреслює, що реадaptaція не може бути успішною без комплексного підходу, що містить підтримку як на індивідуальному рівні, так і на рівні соціуму. Крім того, роботи О. Нестеренко зосереджені на вивченні впливу бойових дій на моральний і психологічний стан військовослужбовців. Автор вивчав адаптаційні стратегії, які використовують ветерани для повернення до мирного життя, і визначив, що успішність цього процесу залежить від багатьох факторів, зокрема від соціальної підтримки та готовності суспільства прийняти ветеранів [48]

Дослідження показують, що для підтримки процесу адаптації необхідно не тільки впроваджувати психотерапевтичні методи та техніки, а й створювати систему підтримки на рівні держави та громади. Важливим є розуміння того, що дезадаптація є не лише результатом бойових травм, але й наслідком відсутності належної соціальної інтеграції після повернення до мирного життя [48, с. 66].

У цьому контексті важливу роль відіграють соціальні працівники, які мають забезпечити зв'язок між військовими та цивільним населенням, допомогти ветеранам знайти своє місце в суспільстві. Більше того, існує потреба у розробці державних програм, які б забезпечували ветеранів необхідними психологічними, медичними та соціальними послугами.

Так дезадаптація військовослужбовців є складним, багатогранним феноменом, і для її вивчення необхідно враховувати досвід дослідників з різних країн, таких як США, Великобританія та Україна. Тільки так можна досягти повного розуміння психологічних механізмів, що лежать в основі цього процесу, і розробити ефективні стратегії для допомоги військовим у період їх реадaptaції після участі в бойових діях.

1.3. Формування теоретико-психологічної моделі ПТСР

Розробка теоретико-психологічної моделі дослідження психологічних особливостей саморегуляції та посттравматичної симптоматики військовослужбовців ґрунтована на інтеграції провідних теоретичних підходів до розуміння посттравматичного стресового розладу, концепції вольової саморегуляції Ю. Куля та метакогнітивної моделі психологічних розладів. Концепційною основою запропонованої моделі є розгляд ПТСР не як ізольованого феномену, що виникає виключно внаслідок травматичного впливу, а як результату складної взаємодії між пережитим стресором, індивідуальними регуляторними можливостями особистості та системою переконань, що визначають інтерпретацію та обробку травматичних спогадів.

Методологічну основу розробленої моделі становлять принципи системного, суб'єктно-діяльнісного та метакогнітивного підходів до розуміння психологічних явищ. Системний підхід дає змогу розглядати посттравматичну симптоматику як цілісний феномен, що виникає внаслідок порушення узгодженості між різними рівнями функціонування психіки. Психіку розглядаємо як складну самоорганізовану систему, у якій порушення на одному рівні неминуче впливає на функціонування інших рівнів, що призводить до формування специфічних симптомокомплексів.

Посттравматичний стресовий розлад, згідно з сучасними діагностичними критеріями DSM-5, розглядаємо як комплексне психологічне порушення, що виникає внаслідок переживання травматичної події і характеризується чотирма основними кластерами симптомів: інтрузивними симптомами, поведінкою уникнення, негативними змінами у когніціях та настрої, змінами в реактивності та збудженості. Ця симптоматика відображає порушення природних процесів обробки та інтеграції травматичного досвіду, що призводить до фрагментації травматичних спогадів та їх неконтрольованого вторгнення у свідомість.

Поряд із класичним розумінням ПТСР, наша модель інтегрує відносно новий конструкт моральної травми, який набуває особливого значення в контексті військової служби. Моральна травма, на відміну від ПТСР, що традиційно концептуалізується як реакція на загрозу життю та фізичній цілісності, виникає внаслідок переживання подій, що суперечать глибинним моральним переконанням особистості.

Моральна травма характеризується специфічними емоційними переживаннями, серед яких домінують почуття сорому, провини, відрази до себе, морального обурення. На відміну від страху, який є центральною емоцією при класичному ПТСР, моральна травма пов'язана з моральними емоціями, що відображають порушення уявлень про себе як морального суб'єкта. Це призводить до глибинних змін в Я-концепції, руйнування базових переконань про власну моральну ідентичність, втрати здатності довіряти іншим людям та соціальним інституціям.

Теоретична значущість концепції моральної травми полягає в розширенні розуміння травматичного досвіду за межі загрози фізичному виживанню. Моральна травма відображає порушення функціонування особистості на рівні ціннісно-сислової сфери, що може мати не менш тяжкі наслідки для психологічного благополуччя, ніж безпосередня загроза життю.

Центральне місце в запропонованій моделі посідає концепція контролю за дією Юліуса Куля, яка пропонує оригінальне розуміння механізмів вольової регуляції поведінки. На відміну від традиційних підходів, що розглядають волю як здатність до мобілізації зусиль для подолання перешкод, теорія Куля акцентує увагу на регуляторних процесах, що забезпечують перехід від намірів до дій.

Згідно з теорією Куля, ефективна саморегуляція залежить від здатності особистості переключатися з орієнтації на стан (коли увага фіксована на емоційних переживаннях, румінаціях, нереалізованих намірах) на орієнтацію на дію (коли увага спрямована на реалізацію цілей та виконання дій). Орієнтація на стан характеризується персеверативним мисленням, фіксацією

на негативних переживаннях, труднощами в ініціації та завершенні дій. Натомість орієнтація на дію забезпечує гнучке реагування на ситуацію, швидке ухвалення рішень, ефективну реалізацію намірів.

Застосування концепції Куля до розуміння посттравматичної симптоматики дає змогу інтерпретувати основні кластери симптомів ПТСР через призму порушень вольової регуляції. Інтрузивні симптоми можна розглядати як прояв недостатнього контролю за дією під час планування, коли особистість не здатна запобігти виникненню нав'язливих спогадів та контролювати спрямованість уваги. Симптоми уникнення відображають порушення контролю за дією під час реалізації, коли замість конструктивного подолання травматичного досвіду відбувається його ригідне уникнення. Зміни в реактивності та збудженості можна інтерпретувати як порушення контролю за дією після невдач, коли особистість втрачає здатність швидко відновлюватися після стресових ситуацій та ефективно регулювати емоційні реакції.

Застосування метакогнітивної моделі до розуміння ПТСР дає можливість пояснити, чому деякі особи, що пережили травматичні події, розвивають стійкі посттравматичні розлади. Після травматичної події природно виникають інтрузивні спогади та підвищена тривога. Однак якщо людина володіє дезадаптивними метакогнітивними переконаннями, вона може інтерпретувати ці нормальні посттравматичні реакції як ознаку небезпеки або втрати контролю, що призводить до активації метазанепокоєння (занепокоєння про саме занепокоєння) та дисфункційних стратегій подолання, таких як пригнічення думок або уникнення.

На основі інтеграції описаних вище теоретичних концепцій була розроблена багаторівнева модель дослідження психологічних особливостей саморегуляції та посттравматичної симптоматики військовослужбовців. Модель передбачає, що посттравматична симптоматика є результатом взаємодії трьох основних рівнів функціонування особистості: ціннісно-смиислового, метакогнітивного та когнітивно-емотивного (рис. 1.3).

Модель є авторською та розроблена на основі інтеграції сучасних теоретичних підходів до вивчення посттравматичного стресового розладу.

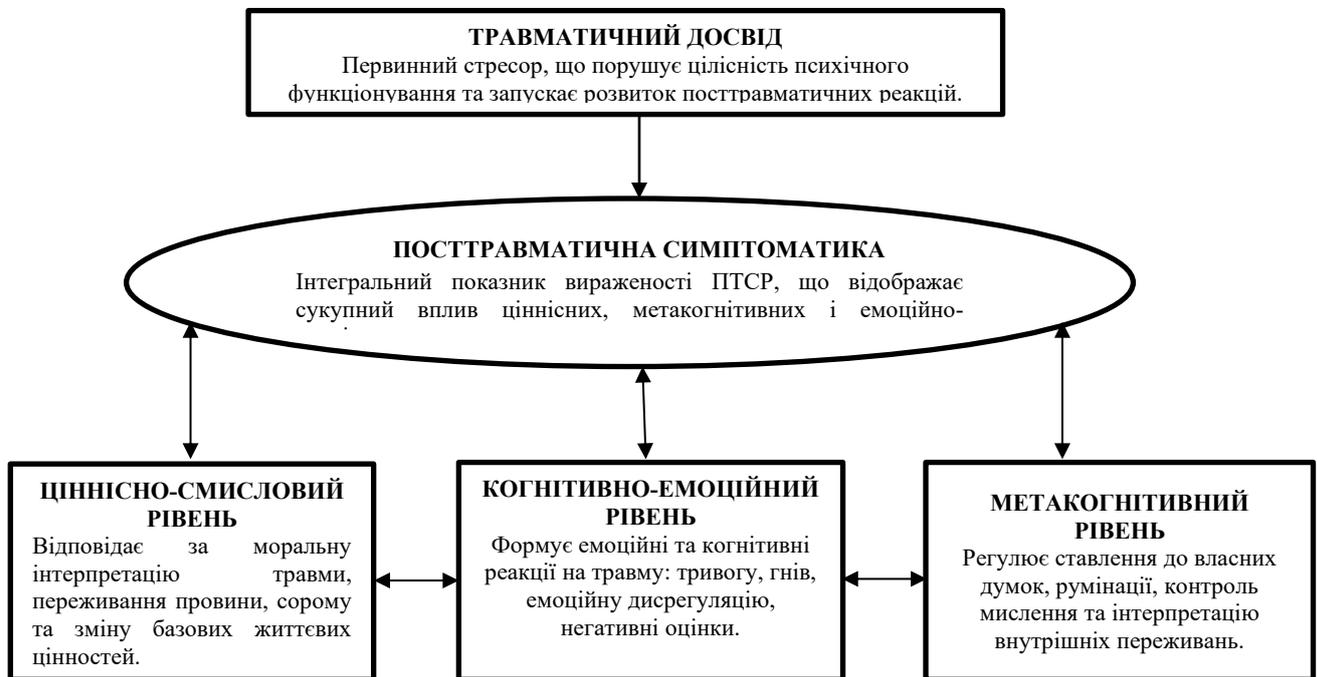


Рис. 1.3. Авторська модель дослідження психологічних особливостей саморегуляції та посттравматичної симптоматики військовослужбовців

Ціннісно-смысловий рівень, який досліджували такі вчені, як Балашов Е. М., Каламаж Р. В., Матласевич О. В., Шугай М. А. та інші, відображає найбільш глибинні аспекти особистісного функціонування, пов'язані з базовими уявленнями людини про себе, світ та інших людей. На цьому рівні локалізовані фундаментальні переконання особистості, що формують основу для інтерпретації життєвого досвіду та визначають загальну спрямованість поведінки.

У контексті військової служби особливого значення набуває моральний аспект ціннісно-смыслового рівня. Участь у бойових діях часто супроводжується ситуаціями морального вибору, що можуть суперечити особистісним етичним переконанням. Моральна травма виникає саме на рівні ціннісно-смыислової сфери і відображає порушення базових уявлень про власну моральну ідентичність [42].

Теоретичне значення виокремлення ціннісно-сміслового рівня полягає в розумінні, що посттравматична симптоматика не обмежується когнітивними та емоційними порушеннями, але зачіпає найглибші основи особистісного функціонування. Руйнування системи цінностей та смислів може призводити до екзистенційної кризи, втрати сенсу життя, що значно ускладнює процес адаптації до пережитого досвіду [74].

Метакогнітивний рівень, який у своїх працях виокремлюють Пасічник І. Д., Балашов Е. М., Каламаж Р. В. Волошина-Нарожна В. О., Тимошук Є. А. та ін, відображає знання особистості про власні когнітивні процеси та здатність до їх моніторингу та регуляції [52].

У контексті посттравматичного стресового розладу метакогнітивні переконання визначають, яким чином особистість інтерпретує та регулює інтрузивні спогади, тривожні думки та емоційні реакції, пов'язані з травматичним досвідом. Позитивні метакогнітивні переконання про занепокоєння можуть призводити до того, що людина свідомо підтримує румінаційні процеси, вважаючи їх корисними для розуміння травми або підготовки до майбутніх загроз [18]. Негативні метакогнітивні переконання формують основу для розвитку мета-занепокоєння, коли людина починає хвилюватися про саме хвилювання, що додатково посилює тривогу [64].

Теоретична значущість метакогнітивного рівня полягає в тому, що він дає можливість пояснити індивідуальні відмінності в реакції на травматичний досвід [18]. Дві особи можуть пережити подібні травматичні події, однак розвиток посттравматичної симптоматики буде залежати від їхніх метакогнітивних переконань та стратегій регуляції когнітивних процесів.

Когнітивно-емотивний рівень, охоплений у працях Балашова Е. М., Каламаж Р. В., Августюк М. М., Гільман А. Ю., представляє виконавчі механізми саморегуляції, що безпосередньо забезпечують здатність особистості управляти своєю поведінкою, емоціями та когнітивними процесами. Цей рівень відображає актуальні регуляторні можливості

особистості, її здатність реалізовувати наміри та досягати цілей в умовах перешкод та стресу [31].

Теоретичним підґрунтям розуміння цього рівня є концепція контролю за дією Ю. Куля, яка розглядає вольову регуляцію як здатність переключатися з орієнтації на стан на орієнтацію на дію [2]. Травматичний досвід може порушувати цю здатність на різних етапах реалізації дій: під час планування, під час виконання, після невдач.

Порушення контролю за дією під час планування у військовослужбовців з ПТСР може проявлятися у труднощах ухвалення рішень, схильності до відкладання, надмірній рефлексії. Це пов'язано з тим, що травматичний досвід часто супроводжується переживанням втрати контролю над ситуацією, що може призводити до формування стійкого патерну нерішучості та сумнівів у власній здатності приймати правильні рішення.

Порушення контролю за дією під час реалізації відображає труднощі підтримання цілеспрямованої активності, схильність до відволікання, незавершеність розпочатих дій. В контексті ПТСР це може бути пов'язано з постійною гіперпильністю, коли увага особистості перенаправляється на моніторинг можливих загроз, що заважає концентрації на поточних завданнях.

Порушення контролю за дією після невдач є особливо значущим для розуміння посттравматичної симптоматики. Травматичний досвід сам по собі є «невдачею» в тому сенсі, що людина не змогла запобігти загрозливій події або адекватно на неї відреагувати. Тривала фіксація на цій «невдачі», постійні румінації про те, що можна було зробити інакше, відображають орієнтацію на стан, що заважає адаптивному подоланню травматичного досвіду.

Теоретична інтеграція концепції Куля з розумінням посттравматичної симптоматики уможливорює по-новому інтерпретувати основні кластери симптомів ПТСР. Інтрुзивні симптоми можна розглядати як прояв орієнтації на стан під час планування, коли замість цілеспрямованого планування майбутніх дій увага особистості фіксується на нав'язливих спогадах. Симптоми уникнення відображають недостатній контроль за дією під час

реалізації, коли замість активного подолання травматичного досвіду відбувається його пасивне уникнення. Зміни в реактивності та збудженості можна інтерпретувати як порушення контролю за дією після невдач, що проявляється у неможливості швидко відновлюватися після стресових ситуацій.

Запропонована модель передбачає складну нелінійну взаємодію між трьома виокремленими рівнями. Ця взаємодія може бути як каузальною (коли порушення на одному рівні призводить до порушень на іншому), так і компенсаторною (коли високий рівень функціонування на одному рівні може частково компенсувати порушення на іншому).

Ціннісно-смысловий рівень, будучи найбільш фундаментальним, задає загальну межу інтерпретації травматичного досвіду. Моральна травма, що виникає на цьому рівні, може призводити до формування специфічних метакогнітивних переконань.

Пасічник І. Д., Матласевич О. В. та Гуцук Р. І. у своїй роботі зазначають: «Упродовж останніх десятиліть спостерігається активне зростання наукового інтересу до метакогнітивних феноменів у контексті психічного здоров'я, навчання, стресостійкості та саморегуляції. Попри відносно недавнє формування цього напрямку, метакогніція вже посідає ключове місце у сучасних когнітивних і клінічних моделях поведінки та емоційної регуляції» [53, с. 7].

Деадаптивні метакогнітивні переконання можуть порушувати функціонування механізмів вольової регуляції. Наприклад, переконання про неможливість контролювати власні думки може призводити до орієнтації на стан замість орієнтації на дію, оскільки людина відчуває себе безпорадною перед власними когнітивними процесами.

Когнітивно-емотивний рівень, у свою чергу, може впливати на вищі рівні через механізм зворотного зв'язку. Постійні невдачі в реалізації намірів через порушення контролю за дією можуть підсилювати негативні метакогнітивні переконання про власну неспроможність, що в свою чергу

може призводити до руйнування базових переконань про власну цінність на ціннісно-смысловому рівні.

Важливою особливістю запропонованої моделі є визнання можливості компенсаторних механізмів, коли високий рівень функціонування на одному рівні може частково нівелювати негативний вплив порушень на інших рівнях. Так, збережена система цінностей та моральних переконань на ціннісно-смысловому рівні може виступати потужним ресурсом для подолання посттравматичної симптоматики навіть за наявності дезадаптивних метакогнітивних переконань.

Аналогічно, високий рівень контролю за дією на когнітивно-емоційно-вольовому рівні може забезпечувати ефективну саморегуляцію навіть в умовах моральної травми. Здатність швидко переключатися з негативних переживань на конструктивні дії, ефективно реалізовувати наміри, підтримувати цілеспрямовану поведінку може сприяти адаптивному подоланню травматичного досвіду незалежно від глибини морального конфлікту [2].

Метакогнітивний рівень також може виконувати компенсаторну функцію. Адаптивні метакогнітивні переконання, що підтримують відстороненість та прийняття негативних думок як нормального феномену (принцип *mindfulness*), можуть знижувати інтенсивність посттравматичної симптоматики навіть за наявності порушень на інших рівнях.

Розроблена теоретико-психологічна модель дослідження психологічних особливостей саморегуляції та посттравматичної симптоматики військовослужбовців представляє собою інтеграцію провідних теоретичних підходів до розуміння посттравматичного стресового розладу. Модель розглядає ПТСР не як ізольоване порушення, а як результат складної взаємодії між ціннісно-смысловим, метакогнітивним та когнітивно-емоційним рівнями функціонування особистості.

Ціннісно-смысловий рівень, представлений конструктором моральної травми, відображає порушення базових переконань особистості про себе, світ

та інших людей. Метакогнітивний рівень визначає способи інтерпретації та регуляції негативних думок і емоцій, пов'язаних з травматичним досвідом. Когнітивно-емоційно-вольовий рівень, теоретичною основою якого є концепція контролю за дією Ю. Куля, відображає актуальні регуляторні можливості особистості, її здатність переходити від намірів до дій в умовах стресу.

Модель передбачає складну нелінійну взаємодію між рівнями, що може бути як каузальною, так і компенсаторною. Це дозволяє пояснити індивідуальні відмінності в реакції на травматичний досвід та визначити різні мішені для психологічної інтервенції. Теоретична значущість моделі полягає в інтеграції різних теоретичних перспектив у єдину рамку, що забезпечує більш повне та глибоке розуміння механізмів формування та підтримання посттравматичної симптоматики у військовослужбовців.

Висновки до першого розділу

Проблема забезпечення психологічної стійкості українських військовослужбовців нині набула особливої актуальності. Реалії сучасної війни вимагають відповідних змін у психологічній підготовці військовослужбовців. Проведений теоретичний аналіз проблеми посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців дозволяє зробити висновок, що це складне психологічне явище, яке виникає внаслідок впливу бойових стресорів. Основними факторами, що сприяють розвитку ПТСР, є інтенсивність пережитих травматичних подій, тривалість їхнього впливу, а також індивідуальні особливості військовослужбовця. Симптоматика розладу охоплює як психологічні (нав'язливі спогади, підвищену тривожність, емоційну нестабільність), так і фізіологічні прояви (порушення сну, гіперзбудливість, соматичні розлади). Вплив ПТСР може бути довготривалим, що ускладнює соціальну адаптацію та професійну діяльність військових після повернення до мирного життя. Отже, проблема

ПТСР є не лише індивідуальною, а й соціально значущою, що вимагає комплексного підходу до її вивчення та вирішення.

Дослідження механізмів розвитку та подолання ПТСР демонструє важливість своєчасної психологічної допомоги та реабілітації військовослужбовців. Ефективними методами корекції є когнітивно-поведінкова терапія, фармакологічна підтримка та соціально-психологічна адаптація. Значну роль відіграє система превентивних заходів, яка спрямована на зниження ризиків виникнення розладу та покращення психічної стійкості особового складу. Також особливе значення має підтримка з боку сім'ї, суспільства та військових структур, що сприяє успішній інтеграції ветеранів у мирне життя. Отже, подальше дослідження ПТСР у військовослужбовців є необхідним для розробки більш ефективних стратегій профілактики, діагностики та лікування цього розладу.

На основі проведеного аналізу можна зробити висновок, що профілактика ПТСР серед військовослужбовців повинна бути комплексною і містити психологічну підготовку, підтримку під час бойових дій та допомогу після завершення служби. Рання діагностика стресочутливості може значно знизити ризик розвитку ПТСР.

Запропонована теоретико-психологічна модель дослідження посттравматичної симптоматики військовослужбовців демонструє, що ПТСР є багатофакторним феноменом, формування якого зумовлене нелінійною взаємодією ціннісно-смыслового, метакогнітивного та когнітивно-емоційно-вольового рівнів функціонування особистості. Інтеграція концепції моральної травми, метакогнітивної моделі та теорії контролю за дією Ю. Куля дає змогу розглядати посттравматичну симптоматику не як ізольоване порушення, а як результат порушення регуляторних механізмів на різних рівнях психічної організації. Такий підхід дозволяє пояснити індивідуальні відмінності у перебігу ПТСР, визначити ключові мішені для психологічної інтервенції та окреслити компенсаторні механізми, здатні пом'якшувати негативний вплив травматичного досвіду. У сукупності це забезпечує цілісне та поглиблене

розуміння природи посттравматичних проявів, відкриваючи перспективи для розроблення більш ефективних стратегій психотерапевтичної допомоги військовослужбовцям.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

2.1. Опис методології емпіричного дослідження

Емпіричне дослідження психологічних особливостей саморегуляції та посттравматичної симптоматики військовослужбовців було здійснене на основі комплексного методологічного підходу, що інтегрував принципи психометричної діагностики, порівняльного аналізу та кореляційних досліджень. Концепційною основою емпіричної частини роботи була вищезгадана модель, яка розглядає ПТСР (опитувальник PCL-5) через призму що містить ціннісний (опитувальник MISS-M-SF), метакогнітивний (опитувальник MCQ) та когнітивно-емотивний (опитувальник ACS-90) рівні функціонування особистості в умовах підвищеного стресу та психотравматичного навантаження.

Метою емпіричного дослідження було визначення структурних та змістових характеристик саморегуляції у військовослужбовців, які проходять контрактну службу, та мобілізованих, виявлення міжгрупових відмінностей у вираженості посттравматичної симптоматики, встановлення зв'язків між показниками контролю над дією, метакогнітивними переконаннями та проявами посттравматичного стресового розладу.

Дослідницька вибірка сформована методом цілеспрямованого відбору та містила 100 військовослужбовців Збройних Сил України, які на момент проведення дослідження перебували у активній фазі виконання службових обов'язків або проходили короткочасну ротацію. Вибірка була стратифікована на дві рівночисельні групи по 50 осіб у кожній. Першу групу склали військовослужбовці, які перебувають на контрактній службі, що мали досвід професійної військової діяльності до початку повномасштабної війни та обрали військову службу як основну професію на добровільних засадах. Другу

групу становили мобілізовані військовослужбовці, які були призвані до виконання військових обов'язків у межах загальної або часткової мобілізації, не мали попереднього професійного військового досвіду та здійснили різку зміну цивільного статусу на військовий. Віковий діапазон учасників дослідження становив від двадцяти п'яти до п'ятдесяти шести років. У гендерному складі вибірки переважали чоловіки, що відповідає структурі Збройних Сил України та специфіці бойових підрозділів.

Критеріями вибору учасників для дослідження були активний статус військовослужбовця, наявність досвіду участі в бойових діях або перебування в зоні бойових дій протягом не менше трьох місяців, відсутність діагностованих психічних розладів у преморбідному періоді, добровільна інформована згода на участь у дослідженні.

Методологічна стратегія дослідження ґрунтована на принципах валідності, надійності та стандартизації психодіагностичних процедур. Для забезпечення якості емпіричних даних було обрано психометричні інструменти, які пройшли міжнародну апробацію, мають підтверджену конструктну валідність та високі показники внутрішньої узгодженості. Усі методики було адаптовано до україномовного контексту або використано у їх валідизованих українських версіях. Процедура збору даних здійснена індивідуально або в малих групах до десяти осіб, що забезпечувало конфіденційність та відсутність зовнішніх відволікаючих чинників. Середня тривалість діагностичної сесії становила від сорока п'яти до шістдесяти хвилин залежно від індивідуального темпу роботи респондента.

Для діагностики посттравматичної симптоматики була застосована Шкала самооцінки проявів посттравматичного стресового розладу **PCL-5**, що є стандартизованим інструментом оцінювання симптомів ПТСР відповідно до критеріїв DSM-5. Опитувальник містить двадцять тверджень, згрупованих у чотири кластери, що відповідають ключовим діагностичним критеріям посттравматичного стресового розладу. *Критерій В* охоплює інтрузивні симптоми, що включають нав'язливі спогади, флешбеки, повторювані сни про

травматичну подію, інтенсивний психологічний дистрес та фізіологічні реакції на нагадування про травму. *Критерій С* відображає поведінку уникнення, яка проявляється в активному уникненні думок, почуттів, розмов або зовнішніх нагадувань, пов'язаних із травматичною подією. *Критерій D* характеризує негативні зміни у когніціях та настрої, зокрема персистентні негативні переконання про себе та світ, спотворені каузальні атрибуції, стійкі негативні емоційні стани, емоційну притупленість, відчуття відчуженості від оточуючих та неможливість відчувати позитивні емоції. *Критерій E* відображає зміни в реактивності та збудженості, що виявляються у дратівливості, агресивній поведінці, саморуйнівних діях, гіперпильності, надмірній реакції переляку, проблемах із концентрацією уваги та порушеннях сну. Кожне твердження респонденти оцінювали за п'ятибальною шкалою Лайкерта від нуля до чотирьох балів, де нуль відповідає відсутності симптому, а чотири його максимальній інтенсивності. Загальний показник за шкалою може варіюватися від нуля до вісімдесяти балів, при цьому значення вище тридцяти трьох балів вважається клінічно значущим та свідчить про високу ймовірність наявності посттравматичного стресового розладу.

Для оцінювання моральної травми використано опитувальник **MISS-M-SF**, адаптований Засекіною Л. В., який спрямований на виявлення переживань, пов'язаних із порушенням глибинних моральних цінностей, участю у діях, що суперечать особистісним етичним переконанням, свідченням актів насильства або несправедливості, почуттям провини за вчинені дії або бездіяльність у критичних ситуаціях [27]. Моральна травма відображена як специфічний тип психологічного ушкодження, що відрізняється від класичного посттравматичного стресового розладу та характеризується руйнуванням базових уявлень про добро і зло, справедливість, власну моральну ідентичність. Інструмент дає можливість кількісно оцінити інтенсивність моральних конфліктів та їхній вплив на психологічне благополуччя військовослужбовців [38].

Дослідження внутрішніх механізмів вольової регуляції було здійснене за допомогою Шкали контролю за дією **ACS-90**, розробленої Юліусом Кулем. Методика є валідним психодіагностичним інструментом для оцінювання індивідуальних відмінностей у здатності до вольового регулювання поведінки та дає змогу диференціювати схильність особистості до орієнтації на дію або орієнтації на стан у ситуаціях, що потребують саморегуляції. Теоретичною основою інструменту є концепція саморегуляції Куля, яка акцентує увагу на ролі контролю у подоланні бар'єрів між мотиваційними імпульсами та реалізацією дій. Згідно з цією моделлю, ефективну саморегуляцію розглядаємо як здатність індивіда переключатися з домінування станів румінації, прокрастинації або фрустрації на цілеспрямовану активність, особливо в умовах невизначеності або стресу, на що у своїх дослідженнях акцентують увагу Тимощук Є. А. та Каламаж Р. В. [66].

Задля вивчення метакогнітивного рівня у військовослужбовців використано опитувальник ACS-90, який містить тридцять шість дихотомічних тверджень, розподілених на три субшкали по дванадцять пунктів у кожній. Перша **шкала AOD** діагностує контроль над дією під час планування та відображає здатність особистості швидко ухвалювати рішення, формувати чіткі наміри та ініціювати діяльність без тривалих вагань і відкладань. Висока орієнтація на дію за цією шкалою свідчить про ефективне цілепокладання, рішучість та низький рівень прокрастинації, тоді як орієнтація на стан характеризується схильністю до сумнівів, коливань, надмірної рефлексії на етапі прийняття рішень. Друга **шкала AOP** оцінює контроль над дією під час реалізації та вимірює здатність підтримувати концентрацію уваги, зберігати цілеспрямовану поведінку та доводити розпочаті завдання до завершення в процесі безпосереднього виконання діяльності. Високі показники орієнтації на дію за цією шкалою відображають стійкість до відволікань, вольову мобілізацію та виконавчу ефективність, тоді як орієнтація на стан проявляється у труднощах підтримання зусиль, схильності до переключень та незавершеності дій. Третя **шкала AOF**

діагностує контроль над дією під час невдач та відображає здатність особистості швидко переключатися з негативних переживань на конструктивні дії після невдач, помилок або фрустраційних ситуацій. Орієнтація на дію за цим параметром свідчить про високу посткризову адаптивність, емоційну стійкість та здатність до швидкого відновлення цілеспрямованої активності, тоді як орієнтація на стан характеризується тривалою фіксацією на невдачі, емоційною ригідністю та труднощами виходу зі стану фрустрації.

Кожне твердження в опитувальнику описує типову життєву ситуацію та пропонує дві альтернативні реакції, одна з яких відповідає орієнтації на дію, інша орієнтації на стан. Респондент обирає варіант, що найбільше відповідає його типовій поведінці. Відповідь, що відображає орієнтацію на дію, оцінюють одним балом, орієнтація на стан – нуль балів. Сума балів по кожній шкалі може варіюватися від нуля до дванадцяти, при цьому вищі значення інтерпретуються як вищий рівень орієнтації на дію та більш ефективні механізми саморегуляції. Загальний показник за методикою обчислюється як сума балів по трьох шкалах і може становити від нуля до тридцяти шести балів.

Для діагностики дезадаптивних метакогнітивних переконань застосовано опитувальник метакогніцій *MCQ-30*. Методика базована на метакогнітивній моделі психологічних розладів, яка постулює, що не самі по собі негативні думки чи переживання, а переконання про ці думки та способи регулювання мислення є ключовими чинниками підтримання тривожних та депресивних станів. Опитувальник містить тридцять тверджень, розподілених на п'ять субшкал, кожна з яких відображає специфічний тип дезадаптивних метакогніцій.

Шкала позитивних переконань про занепокоєння *POS* оцінює переконання про корисність та функційність занепокоєння як стратегії подолання проблем, підготовки до майбутніх загроз або мотивації до дій. Високі показники за цією шкалою свідчать про те, що особистість розглядає занепокоєння як необхідний та ефективний спосіб справлятися з

невизначеністю, що підтримує румінаційні процеси. Шкала негативних переконань про неконтрольованість і небезпечність занепокоєння *NEG* відображає уявлення про те, що занепокоєння є небезпечним, неконтрольованим процесом, який може призвести до психологічного або фізичного ушкодження. Ці переконання формують основу для розвитку мета-занепокоєння, тобто занепокоєння про саме занепокоєння, що є центральним механізмом підтримання генералізованого тривожного розладу.

Шкала відсутності когнітивної впевненості *CS* діагностує схильність сумніватися у власних когнітивних здібностях, зокрема у надійності пам'яті, уваги, здатності приймати правильні рішення. Шкала потреби контролювати думки *NC* оцінює переконання щодо необхідності та важливості постійного контролю над змістом власних думок, пригнічення небажаних або тривожних думок. Шкала когнітивної самосвідомості *CSC* відображає тенденцію до надмірної уважності до власних думок, постійного моніторингу ментальних процесів та гіперрефлексії. Підвищена когнітивна самосвідомість є ключовим предиктором румінацій та емоційної гіперреактивності.

Кожне твердження в опитувальнику респонденти оцінюють за чотирибальною шкалою Лайкерта від одного до чотирьох балів, де один відповідає повній незгоді з твердженням, а чотири повній згоді. Сума балів по кожній субшкалі може варіюватися від шести до двадцяти чотирьох балів, при цьому вищі значення свідчать про більш виражені дезадаптивні метакогніції.

Для опису розподілу показників використано дескриптивні статистики, зокрема середні арифметичні значення, стандартні відхилення, мінімальні та максимальні значення, показники асиметрії та ексцесу. Для порівняння середніх значень між двома незалежними групами був застосований t-критерій Стьюдента для незалежних вибірок за умови нормального розподілу даних або U-критерій Манна-Уїтні для непараметричного аналізу у разі порушення припущення про нормальність. Аналіз взаємозв'язків між досліджуваними змінними проводився за допомогою коефіцієнта кореляції Пірсона для параметричних даних.

Отже, методологічна структура емпіричного дослідження забезпечила можливість комплексного вивчення особливостей саморегуляції та посттравматичної симптоматики у військовослужбовців контрактної служби та мобілізованих військових, виявлення міжгрупових відмінностей та встановлення закономірностей функціонування психологічних механізмів адаптації в умовах бойового стресу та психотравматичного навантаження.

2.2. Аналіз отриманих результатів емпіричного дослідження

У межах емпіричної частини дослідження особливу увагу було приділено вивченню структури посттравматичної симптоматики у військовослужбовців, адже саме інтенсивність і характер проявів ПТСР є ключовими діагностичним маркерами психотравматичної дезадаптації. Для кількісного виміру симптомів було застосовано опитувальник PCL-5, розроблений відповідно до сучасних критеріїв DSM-5, що забезпечує високий рівень валідності й дає змогу оцінити окремі компоненти посттравматичної реакції. Подані нижче результати відображають розподіл симптомів ПТСР серед військовослужбовців контрактної служби та слугують базою для подальшого аналізу психологічних механізмів, що детермінують їхній прояв.

Таблиця 2.1

Аналіз отриманих результатів за шкалою самооцінки проявів ПТСР PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5) у військових контрактної служби,

$N = 50$

Шкала PCL-5	Високий рівень				Середній рівень				Низький рівень			
	К-ть	%	M	SD	К-ть	%	M	SD	К-ть	%	M	SD
Критерій B	1	2	17	0	5	10	10,6	1,62	44	88	5,34	0,67

<i>Критерій С</i>	-	-	-	-	8	16	4,5	0,5	42	84	2,07	0,26
<i>Критерій D</i>	-	-	-	-	7	14	15,5 7	3,37	43	86	7,7	1,13
<i>Критерій E</i>	-	-	-	-	8	16	13	1,73	42	84	6,65	1,05
<i>Загальний рівень</i>	1	2	58	0	7	14	39,7 1	6,11	42	84	21,6 9	2,36

Оцінювання інтенсивності симптомів посттравматичного стресового розладу за опитувальником PCL-5, висвітлене в *Таблиці 2.1* дало змогу окреслити характер і розподіл психотравматичної симптоматики у вибірці військовослужбовців контрактної служби (N = 50). Отримані результати свідчать про загалом помірну представленість посттравматичних реакцій, із домінуванням низьких рівнів за всіма ключовими критеріями DSM-5. Така структура симптомів уможлиблює твердження про відносно збережені механізми психологічної адаптації у більшості обстежених військових, однак також виявляє окремі групи підвищеного ризику, що потребують подальшого психологічного супроводу.

Показники за *критерієм В*, що охоплює інтрузійні прояви (нав'язливі спогади, образи, флешбеки, емоційна реактивність на нагадування про травму), засвідчили значне переважання низького рівня симптомів. Зокрема 88 % військових продемонстрували мінімальну інтенсивність інтрузій (M = 5,34; SD = 0,67). Середній рівень вираженості виявлено у 10 % респондентів (M = 10,6; SD = 1,62), тоді як високий рівень інтрузивних симптомів зафіксовано лише у одного військовослужбовця (2 %, M = 17). Отже, інтрузії є винятком, а не типовою характеристикою посттравматичного реагування у досліджуваній вибірці.

Аналогічну тенденцію спостерігаємо за *критерієм С*, що відображає уникнення зовнішніх або внутрішніх стимулів, пов'язаних із травматичним досвідом. Низький рівень уникнення характеризує 84 % обстежених (M = 2,07; SD = 0,26), що вказує на відсутність стійких поведінкових чи когнітивних

стратегій активного уникнення травматичних нагадувань. Середній рівень зафіксовано у 16 % респондентів ($M = 4,5$; $SD = 0,5$), при цьому високих рівнів уникнення не виявлено. Такий розподіл свідчить про те, що уникнення як ключовий маркер ПТСР не є домінантним механізмом у психологічній адаптації досліджуваних військових.

За *критерієм D*, який охоплює негативні зміни у когніціях і настрої (персистентні негативні переконання, емоційна притупленість, відчуття відчуженості, стійкі негативні емоції), також спостерігаємо переважання низького рівня симптоматики – 86 % вибірки ($M = 7,7$; $SD = 1,13$). Середні рівні виявлено у 14 % військовослужбовців ($M = 15,57$; $SD = 3,37$), тоді як високі показники відсутні. Такі дані свідчать про те, що дисторсії у сфері когніцій та емоцій, характерні для ПТСР, мають обмежений прояв і не формують загрозливого клінічного профілю для більшості обстежених.

За *критерієм E*, що характеризує гіперзбудження (підвищена пильність, дратівливість, порушення сну, гіперреактивність), встановлено, що 84 % військових перебувають у зоні низьких проявів ($M = 6,65$; $SD = 1,05$). Середній рівень гіперзбудження діагностовано у 16 % ($M = 13$; $SD = 1,73$). Високого рівня також не виявлено. Так фізіологічна та поведінкова гіперактивація, що є однією з найбільш дистресогенних і стабільних ознак ПТСР, не набуває домінантного характеру в цій вибірці.

Узагальнений показник за шкалою PCL-5 підтверджує загальну тенденцію: 84 % військовослужбовців мають низький рівень самооцінки симптомів ПТСР ($M = 21,69$; $SD = 2,36$), тоді як середній рівень спостерігаємо у 14 % ($M = 39,71$; $SD = 6,11$). Високий рівень, який вказує на виражені клінічно значущі симптоми посттравматичного стресового розладу, зафіксовано лише в одного респондента (2 %, $M = 58$). Такі результати вказують на переважно сприятливий психоемоційний стан більшості військовослужбовців контрактної служби та про достатній рівень адаптивних ресурсів, що дають можливість їм ефективно долати наслідки стресових і потенційно травматичних подій [34].

У підсумку, результати оцінювання демонструють, що в структурі посттравматичних симптомів військових контрактної служби домінують низькі рівні всіх ключових кластерів ПТСР: інтрузій, уникнення, негативних змін у когніціях і настрої та гіперзбудження [37]. Наявність окремих випадків підвищеної симптоматики вказує на потребу в адресній психологічній підтримці, однак не формує загальної тенденції. Отримані дані свідчать про відносно високий рівень психологічної стійкості та адаптивності військовослужбовців, що, імовірно, пов'язано з особливостями їхнього професійного досвіду, сформованими копінг-стратегіями та доступністю соціально-психологічних ресурсів [77].

Таблиця 2.2

Аналіз отриманих результатів за шкалою самооцінки проявів ПТСР PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5) у мобілізованих військових, $N = 50$

Шкала PCL-5	Високий рівень				Середній рівень				Низький рівень			
	К-ть	%	М	SD	К-ть	%	М	SD	К-ть	%	М	SD
<i>Критерій B</i>	2	4	18,5	0,50	20	40	12,05	1,99	28	56	6,04	1,24
<i>Критерій C</i>	2	4	7,5	0,5	15	30	4,6	0,71	33	66	2,55	0,5
<i>Критерій D</i>	-	-	-	-	39	78	16,18	2,82	11	22	8,91	1,38
<i>Критерій E</i>	-	-	-	-	40	80	14,03	1,88	10	20	8	1,34
<i>Загальний рівень</i>	4	8	58,25	1,64	42	84	39,52	6,67	4	8	23,5	1,12

Аналіз результатів, отриманих за опитувальником PCL-5, що висвітлено в *Таблиці 2.2*, дає можливість визначити особливості вираженості посттравматичної симптоматики серед мобілізованих військовослужбовців та схарактеризувати структуру переживань відповідно до критеріїв DSM-5. Отримані дані засвідчують переважання середнього рівня інтенсивності

симптомів ПТСР за більшістю кластерів, що вказує на наявність помірного, але не критичного психотравматичного навантаження у вибірці.

Інрузивні симптоми (*критерій В*), що охоплюють нав'язливі спогади, флешбеки та сильні емоційні реакції на нагадування про травматичну подію, демонструють змішану структуру: лише 4 % військових мають високий рівень вираженості цих проявів ($M = 18,5$; $SD = 0,50$), тоді як 40% перебувають на середньому рівні ($M = 12,05$; $SD = 1,99$), а більшість – 56 % на низькому ($M = 6,04$; $SD = 1,24$). Це свідчить про те, що інрузивні переживання у мобілізованих військових наявні, проте рідко досягають інтенсивності, характерної для клінічних випадків ПТСР.

Поведінка уникнення (*критерій С*), яка часто є ключовим механізмом підтримання посттравматичних розладів, також виявляє тенденцію до низької або помірної інтенсивності. Високий рівень спостерігаємо в 4 % респондентів ($M = 7,5$; $SD = 0,50$), середній – у 30 % ($M = 4,6$; $SD = 0,71$), тоді як дві третини вибірки (66 %) демонструють низькі показники ($M = 2,55$; $SD = 0,50$), що свідчить про те, що уникнення як поведінкова та когнітивна стратегія не є домінантним патерном адаптації для більшості мобілізованих військовослужбовців.

За *критерієм D*, який охоплює негативні зміни у когніціях та настрої, спостерігаємо інша парадигму. Саме цей кластер виявився найбільш поширеним: 78 % військових продемонстрували середній рівень відповідних симптомів ($M = 16,18$; $SD = 2,82$), що свідчить про виражені негативні переконання, емоційне виснаження, відчуття відчуженості та тривалі труднощі у регуляції емоцій. Низький рівень зафіксовано у 22 % ($M = 8,91$; $SD = 1,38$), тоді як високий рівень відсутній. Зважаючи на це, когнітивно-емоційні порушення є домінантним компонентом симптоматики у мобілізованих військових.

Гіперзбудження (*критерій E*), яке містить у собі підвищену настороженість, дратівливість, порушення концентрації та сну, також демонструє значне поширення середнього рівня проявів. Відсутність високих

значень поєднані з тим, що 80 % вибірки перебуває у межах середнього рівня ($M = 14,03$; $SD = 1,88$), а 20 % – на низькому ($M = 8,00$; $SD = 1,34$). Така структура може свідчити про стійке психофізіологічне напруження, характерне для військового середовища та умов мобілізації.

Узагальнений показник за шкалою PCL-5 підтверджує цю тенденцію: середній рівень самооцінки симптомів ПТСР мають 84 % мобілізованих ($M = 39,52$; $SD = 6,67$), тоді як низький та високий рівні представлені по 8 % ($M = 23,5$; $SD = 1,12$ та $M = 58,25$; $SD = 1,64$ відповідно), з чого випливає, що значна частина військовослужбовців перебуває у зоні підвищеного психологічного ризику, але водночас не демонструє клінічно виражених форм ПТСР. Наявність невеликої групи високих показників вимагає ретельного спостереження та цільових психокорекційних заходів.

Зважаючи на вищезгадані результати дослідження, можемо зауважити, що мобілізованим військовим характерна переважно помірна вираженість симптомів посттравматичного стресу з домінуванням негативних когніцій та емоцій, а також ознак підвищеної реактивності. Інтрюзивні прояви та уникнення, хоча й наявні, однак прояв є менш інтенсивним. Такий профіль може бути обумовлений специфікою військових завдань, впливом бойового стресу та обмеженою можливістю відновлення в умовах мобілізації. Отримані дані підкреслюють необхідність системного психологічного супроводу мобілізованих військовослужбовців, спрямованого на зниження емоційного напруження, корекцію негативних когнітивних установок та формування ресурсних адаптивних стратегій [54].

Порівняльний аналіз проявів посттравматичної симптоматики за критеріями DSM-5 у двох категоріях військовослужбовців: контрактників та мобілізованих, висвітлений на *рис. 2.1*, демонструє системні й статистично значущі відмінності в інтенсивності ПТСР-симптомів. Дані свідчать про те, що мобілізованим військовим характерні суттєво більш виражені прояви психологічного дистресу за всіма кластерами шкали PCL-5 [67].

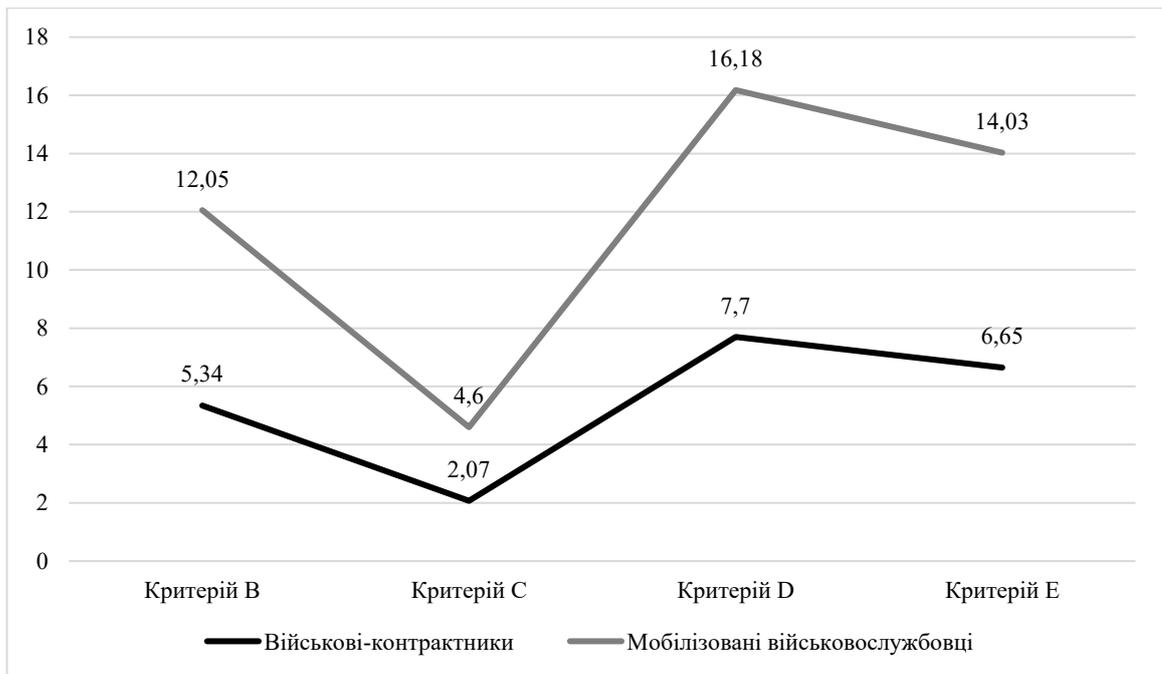


Рис. 2.1. Порівняльний аналіз отриманих результатів за шкалою самооцінки проявів ПТСР PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5) серед мобілізованих військових та військових контрактної служби, ($N = 50$, $N = 50$)

Найбільш показовою є різниця за **критерієм В** – інтрузіями. Мобілізовані мають середнє значення інтрузивних симптомів удвічі вище, ніж контрактники (12,05 проти 5,34), що відображає частішу появу нав'язливих спогадів, емоційних реакцій на тригери та фрагментарних відтворень травматичних переживань. Це може бути наслідком різкої зміни життєвих умов, обмеженого часу на психологічну адаптацію та високої інтенсивності бойових або передбойових стресорів, характерних для періоду мобілізації.

Критерій С, пов'язаний з уникненням зовнішніх і внутрішніх нагадувань про травму, також демонструє чітку міжгрупову різницю. У мобілізованих показник уникнення майже вдвічі вищий (4,60 проти 2,07), що вказує на формування захисних поведінкових і когнітивних стратегій, спрямованих на мінімізацію контакту з травматичними стимулами. Для контрактників, які мають стабільний досвід військової служби, такі реакції є значно рідшими.

Найбільш суттєві розбіжності проявлено за **критерієм D**, що охоплює негативні зміни у когніціях та настрої. Значення мобілізованих удвічі вище за аналогічні показники контрактників (16,18 проти 7,70), що свідчить про інтенсивні порушення у сфері емоційної регуляції, зниження відчуття безпеки, формування негативних переконань щодо себе та світу, а також відчуття відчуженості. Це підкреслює психологічну вразливість мобілізованих та їхню потребу у цільових психокорекційних втручаннях [80].

Гіперзбудження (**критерій E**), як один із найбільш дестабілізаційних кластерів ПТСР, також значно більше наявне в мобілізованих (14,03 проти 6,65). Таке підвищене психофізіологічне напруження може бути наслідком недостатнього часу на адаптацію, підвищеної невизначеності та постійного відчуття загрози, що притаманні умовам мобілізації [32].

Узагальнений показник PCL-5 підтверджує міжгрупову різницю: мобілізовані мають значно вищий рівень посттравматичних симптомів ($M = 39,52$; $SD = 6,67$) порівняно з контрактниками ($M = 24,94$; $SD = 8,52$). Проведений t-тест Стьюдента показав високий рівень статистичної значущості між групами ($t = -8,23$; $p < 0,01$), що свідчить про виявлення суттєвих відмінностей між групами.

Результати за когнітивно-емотивним критерієм відображені у *Таблиці 2.3*.

Таблиця 2.3

Аналіз даних за Moral Injury Symptoms Scale у військових на контрактній службі та мобілізованих, ($N = 50$, $N = 50$)

MISS-M-SF	Високий рівень				Середній рівень				Низький рівень			
	К-ть	%	M	SD	К-ть	%	M	SD	К-ть	%	M	SD
<i>Контракт</i>	5	21,4	18,5	5,86	41	82	31,61	3,85	4	8	41,50	1,00
<i>Мобілізовані</i>	4	8	22,75	2,06	43	86	32,28	3,87	3	6	41,67	1,15

Аналіз даних за Moral Injury Symptoms Scale (адаптація Л. Засекіної [27]), що продемонстрований у *Таблиці 2.4*, показує, що в обох групах військовослужбовців домінують середні рівні моральної травми, однак між ними наявні відмінності у пропорціях та інтенсивності переживань.

У групі контрактників 82% респондентів демонструють середній рівень моральної травми ($M = 31,61$; $SD = 3,85$), що вказує на стабільне, але хронічне переживання моральних суперечностей, почуття провини, моральної відповідальності чи оцінки власних дій, що типово для військовослужбовців із тривалим досвідом служби.

Високий рівень моральної травми виявлено в 21,4% ($M = 18,5$; $SD = 5,86$), що пов'язано з участю в операціях, які суперечили особистим цінностям, свідченням тяжких подій або тривалим професійним виснаженням. Низькі рівні зустрічаються рідко (8%).

У мобілізованих військовослужбовців спостерігаємо такі числові показники: 86% респондентів мають середній рівень моральної травми ($M = 32,28$; $SD = 3,87$). Високий рівень виявлено лише у 8% ($M = 22,75$; $SD = 2,06$), тобто значно рідше, ніж у військових на контрактній службі. Низькі значення (6%) приблизно співвідносяться з контрактною групою.

У військових, які проходять контрактну службу, частіше наявний високий рівень моральної травми (21,4% проти 8%). Це може бути наслідком довготривалого накопичення моральної напруги, повторних морально амбівалентних ситуацій, переживання провини за минулі рішення або свідчення тяжких подій. Тобто для них характерний глибший, хронічний тип моральної травми.

У мобілізованих моральна травма менш варіативна, але її середній рівень вищий, що вказує на гострий адаптаційний тип, пов'язаний із швидким входженням у бойові обставини без стабільної системи психологічних механізмів захисту [33].

Середні значення у мобілізованих військовослужбовців ($M = 32,28$) дещо вищі за військових, які проходять службу за контрактною формою ($M = 31,61$), що свідчить про підвищений фон морального напруження серед мобілізованих у період первинної інтеграції в бойовий контекст.

Кореляції між показниками PCL-5 (Таблиця 2.2) та MISS-M-SF (Таблиця 2.3): $r = 0.29196$, що є статистично значущою на рівні $p \leq 0,05$. Зважаючи на це, простежуємо таку закономірність: чим вищий рівень моральної травми, тим вищі показники ПТСР.

Оскільки перебіг посттравматичних реакцій значною мірою залежить від здатності особистості регулювати власні дії в умовах стресу, наступним етапом дослідження стало вивчення показників саморегуляції за методикою ACS-90 Ю. Куля. Наведені нижче дані уможливають окреслення особливостей контролю над дією у військовослужбовців контрактної служби.

Таблиця 2.4

**Аналіз даних за Шкалою контролю за дією (ACS-90) Ю. Куля у
військових контрактної служби, $N=50$**

Шкала ACS-90	Високий рівень				Диспозиція
	К-ть	%	M	SD	
<i>Контроль над дією під час невдач</i>	9	18	4,78	1,72	ОС
	41	82	9,46	1,63	ОД
<i>Контроль над дією під час планування</i>	21	42	4,86	1,28	ОС
	29	58	8,55	1,15	ОД
<i>Контроль над дією під час реалізації</i>	39	78	3,23	2,20	ОС
	11	22	7,27	2,07	ОД

Аналіз результатів, відображених у *Таблиці 2.4*, отриманих за опитувальником ACS-90, дає можливість визначити особливості вольової регуляції та контролю за дією серед військовослужбовців контрактної служби та схарактеризувати структуру саморегуляції відповідно до трикомпонентної моделі Ю. Куля. Отримані дані засвідчують неоднорідний профіль контролю за дією, який супроводжений високою адаптивністю у посткризових ситуаціях, помірними показниками під час планування та зниженням ефективності саморегуляції на етапі безпосередньої реалізації дій [81].

За шкалою *контролю над дією під час невдач (AOF)*, що відображає здатність особистості швидко переключатися з негативних переживань на конструктивні дії після невдач, демонструє найбільш адаптивну структуру у досліджуваній вибірці. Більшість військовослужбовців (82%) виявляє орієнтацію на дію ($M = 9,46$; $SD = 1,63$), тоді як лише 18% мають орієнтацію на стан ($M = 4,78$; $SD = 1,72$), що підтверджує твердження про те, що військові, які перебувають на контрактній службі, у ситуації невдач здатні швидко мобілізувати психологічні ресурси, не зациклюються на негативних переживаннях та ефективно переорієнтовуються на пошук рішення. Такий профіль є характерним для осіб із високою стресостійкістю, розвиненими навичками емоційної саморегуляції та бойовою готовністю, що є критично важливим для виконання військових завдань в умовах підвищеного ризику та невизначеності [82].

За шкалою *контролю над дією під час планування (AOD)*, який охоплює процеси цілепокладання, ухвалення рішень та формування намірів, виявляє більш збалансовану картину. Орієнтацію на дію демонструють 58% респондентів ($M = 8,55$; $SD = 1,15$), тоді як значна частина (42%) має орієнтацію на стан ($M = 4,86$; $SD = 1,28$). З цього випливає, що майже половина військовослужбовців схильна до детального обдумування, роздумів і сумнівів на етапі планування, що може проявлятися у відкладанні ухвалення рішень або надмірній рефлексії. Проте більшість все ж демонструє здатність до ефективного формування планів без тривалих вагань, що вказує на достатній

рівень цілеспрямованості та меншу ймовірність прокрастинації. Така структура може бути зумовлена специфікою військової діяльності, де необхідність швидкого вирішення проблем поєднана з потребою у ретельному аналізі ситуації [72].

За шкалою *контролю над дією під час реалізації (AOP)* спостерігаємо протилежну ситуацію. 78% військових продемонстрували орієнтацію на стан ($M = 3,23$; $SD = 2,20$), що може свідчити про труднощі з мобілізацією вольових ресурсів під час безпосереднього виконання завдань. Орієнтацію на дію виявили лише 22% респондентів ($M = 7,27$; $SD = 2,07$). Так труднощі безпосередньої реалізації є найбільш вразливим компонентом саморегуляції у контрактних військовослужбовців. Це може бути проявлене у ваганнях під час виконання дій, залежності від зовнішнього контролю чи мотивації, зниженні продуктивності під тиском часу та складнощях із підтриманням стійкої виконавчої активності.

Узагальнений аналіз профілю контролю за дією у досліджуваній групі виявляє асиметричну структуру саморегуляції, якій характерні висока посткризова адаптивність (після невдач), помірні здібності до цілепокладання та виражена слабкість на етапі виконання. Такий профіль може бути зумовлений кількома факторами: по-перше, специфікою організації військової діяльності, де значний зовнішній контроль та жорстка регламентація можуть пригнічувати розвиток внутрішньої саморегуляції під час виконання завдань; по-друге, можливим впливом бойового досвіду та тривалого перебування в умовах стресу, що призводить до виснаження регуляторних ресурсів; по-третє, недостатньою автоматизацією професійних навичок, що вимагає постійної свідомої мобілізації уваги та зусиль [8].

Таблиця 2.5

**Аналіз даних за Шкалою контролю за дією (ACS-90) Ю. Куля у
мобілізованих військовослужбовців, N=50**

Шкала ACS-90	Високий рівень				Диспозиція
	К-ть	%	M	SD	
<i>Контроль над дією під час невдач</i>	13	26	4,08	1,75	ОС
	37	74	10,0	1,87	ОД
<i>Контроль над дією під час планування</i>	18	38	4,68	1,06	ОС
	31	62	9,06	1,36	ОД
<i>Контроль над дією під час реалізації</i>	36	72	4,22	1,28	ОС
	14	28	8,29	0,99	ОД

Аналіз результатів, представлених у *Таблиці 2.5*, дає змогу охарактеризувати профіль саморегуляції мобілізованих військовослужбовців відповідно до трикомпонентної моделі дії-стану Ю. Куля. Дані демонструють неоднорідний розподіл диспозицій у трьох ключових сферах контролю за дією: після невдач, у процесі планування та під час безпосередньої реалізації, що дає можливість виявити сильні та вразливі ланки регуляторної системи військовослужбовців, які проходять службу в умовах високого стресу та підвищених вимог до психологічної витривалості [76].

Контроль над дією під час невдач (AOF) демонструє, що 74% військовослужбовців мають орієнтацію на дію (ОД) ($M = 10,00$; $SD = 1,87$), тоді як 26% – орієнтацію на стан (ОС) ($M = 4,08$; $SD = 1,75$), що свідчить про високу постстресову адаптивність у більшості досліджуваних: їм характерна здатність швидко відновлювати цілеспрямовану активність, переключатися з

емоційних переживань на конструктивну поведінку та мобілізувати вольові ресурси для подолання негативних наслідків невдач. У той же час наявність 26% респондентів з орієнтацією на стан вказує на групу ризику, яка більш схильна до емоційної ригідності, фіксації на негативі, труднощів із виходом із стану фрустрації. Ці військовослужбовці можуть потребувати додаткових заходів психологічної підтримки для профілактики професійного та бойового вигорання.

У мобілізованих військових *контроль над дією під час планування (AOD)* має більш збалансований розподіл: 62% учасників демонструють орієнтацію на дію (ОД) ($M \approx 9,06$; $SD = 1,36$), тоді як 38% – орієнтацію на стан (ОС) ($M = 4,68$; $SD = 1,06$). Отримані результати вказують на помірно розвинені здібності до цілепокладання та планування, але менш виражені, ніж у першому критерії. Для більшості респондентів характерні чіткість намірів, послідовність у плануванні та здатність ухвалювати рішення без тривалих вагань, що сприяє ефективній організації діяльності у складних і змінних умовах військової служби.

Водночас майже 40% вибірки схильні до сумнівів, коливань та відкладання ухвалення рішень. Такий профіль може бути зумовлений перевантаженням когнітивних ресурсів, недостатньою впевненістю у власних діях або страхом помилки, що в умовах військової служби є психологічно закономірним. Особливо це стосується мобілізованих військових, для яких швидка зміна ролі цивільної на бойову може створювати підвищений когнітивно-емоційний стрес [2].

У *контролі над дією під час реалізації (AOP)* спостерігаємо такі особливості: 72% військовослужбовців мають орієнтацію на стан (ОС) ($M = 4,22$; $SD = 1,28$), тоді як лише 28% – орієнтацію на дію (ОД) ($M = 8,29$; $SD = 0,99$), що вказує на труднощі з мобілізацією та підтриманням цілеспрямованої активності в момент виконання діяльності.

Для осіб з ОС у цій сфері характерні недостатня концентрація уваги, підвищена вразливість до зовнішніх відволікань, зниження продуктивності під

тиском часу, труднощі із завершенням розпочатих дій, потреба у зовнішньому контролі та додаткових стимулах.

Такі прояви можуть бути пов'язані як із фізичним та емоційним виснаженням, так і з недосвідченістю у виконанні певних бойових або службових завдань. Мобілізовані військові нерідко стикаються з необхідністю швидко опановувати нові ролі та функції, що підвищує ймовірність дезорганізації на етапі реалізації діяльності [17].

Водночас 28% респондентів з орієнтацією на дію демонструють високий рівень концентрації, здатність до доведення завдань до завершення та стійкість до впливу зовнішніх чинників, що є однією з ключових характеристик ефективної вольової саморегуляції у військовій діяльності.

Загалом мобілізовані військовослужбовці мають високий потенціал до саморегуляції у кризових ситуаціях та достатню ефективність на етапі планування, однак потребують цілеспрямованого розвитку навичок самоконтролю та стійкості під час безпосереднього виконання діяльності.

Таблиця 2.6

**Порівняльний аналіз отриманих результатів за Шкалою контролю за дією (ACS-90) Ю. Куля у мобілізованих військовослужбовців,
($N = 50, N = 50$)**

Шкала ACS-90	Військові контрактної служби		Мобілізовані військовослужбовці	
	М (SD)	Диспозиція	М (SD)	Диспозиція
Контроль над дією під час невдач	4,78 (1,72)	ОС	4,08 (1,75)	ОС
	9,46 (1,63)	ОД	10,0 (1,87)	ОД
Контроль над дією під час планування	4,86 (1,28)	ОС	4,68 (1,06)	ОС
	8,55 (1,15)	ОД	9,06 (1,36)	ОД

<i>Контроль над дією під час реалізації</i>	3,23 (2,20)	ОС	4,22 (1,28)	ОС
	7,27 (2,07)	ОД	8,29 (0,99)	ОД

Порівняльний аналіз проявів вольової саморегуляції за методикою ACS-90 у двох категоріях військовослужбовців (контрактників та мобілізованих) демонструє, як спільні патерни регуляції, так і окремі статистично значущі міжгрупові відмінності. Попри загальну подібність профілів у двох вибірках, специфіка службового досвіду, адаптаційних можливостей та стресового навантаження формує певні розбіжності у вираженості ключових компонентів вольового контролю.

Порівняння середніх значень *контролю над дією під час невдач (AOF)* свідчить про практично ідентичний рівень посткризової адаптивності у двох груп. Контрактники мають такі показники: ОД ($M = 9,46$; $SD = 1,63$), що є близькими до мобілізованих ($M = 10,00$; $SD = 1,87$). У показниках ОС також немає істотних відмінностей ($4,78$ проти $4,08$), що вказує на твердження: і контрактні, і мобілізовані військові володіють високим потенціалом швидкого відновлення цілеспрямованої діяльності після невдач, що, ймовірно, пов'язано з природою військового середовища, де адаптація до стресу є обов'язковою умовою професійного функціонування.

Статистичний аналіз ($t = 0,347$; $p > 0,05$; $U = 1238,5 > U_{\text{емп.}}$) підтверджує відсутність міжгрупових відмінностей за цим критерієм. Отже, постфрустраційна регуляція в обох вибірках підтримана на подібному, достатньо високому рівні.

Показники *контролю над дією під час планування (AOD)* також демонструють відсутність значущої міжгрупової різниці. Контрактники мають $M = 8,55$ ($SD = 1,15$) за ОД, тоді як мобілізовані – $M = 9,06$ ($SD = 1,36$). Орієнтація на стан представлена майже однаково: $4,86$ проти $4,68$.

Це свідчить про близький рівень сформованості цілепокладання, здатності структурувати діяльність та ухвалювати рішення в обох категоріях.

Попри складні умови адаптації мобілізованих, їхні показники планування не відрізняються від показників військових контрактної служби, що може свідчити про високий мобілізаційний потенціал та швидке включення у військово-оперативний контекст.

Статистично відмінності також не виявлені ($t = -0,853$; $p > 0,05$; $U = 1130,5 > U_{\text{емп.}}$), тобто обидві групи демонструють співставний рівень раціонального контролю над дією на етапі планування.

Найбільш виражені розбіжності між групами спостерігаємо за шкалою *контролю під час реалізації (AOP)*. Контрактники демонструють значно нижчі показники ОД ($M = 7,27$; $SD = 2,07$) порівняно з мобілізованими ($M = 8,29$; $SD = 0,99$). Аналогічно показники ОС у контрактників є нижчими ($M = 3,23$ проти $4,22$).

Статистика підтверджує значущість відмінностей: $t = -2,975$; $p \leq 0,01$; $U = 831,5 < U_{\text{емп.}}$, що вказує на закономірність: мобілізовані військовослужбовці володіють суттєво кращою здатністю підтримувати концентрацію, мобілізацію та цілеспрямовану поведінку у момент виконання завдань, ніж військові контрактної служби.

Оскільки метакогнітивні переконання визначають спосіб осмислення травматичного досвіду та впливають на інтенсивність посттравматичних реакцій, наступним етапом дослідження стало оцінювання їхньої структури за допомогою опитувальника MCQ-30. Подані нижче результати дають змогу виявити домінантні метакогнітивні патерни у військовослужбовців контрактної служби.

Таблиця 2.7

Аналіз результатів за Опитувальником метакогніцій (Metacognitions Questionnaire, MCQ-30) у військових контрактної служби, N = 50

MCQ-30	Середнє значення, М	Стандартне відхилення	Низький рівень, n (%)	Середній рівень, n (%)	Високий рівень, n (%)
Позитивні переконання про занепокоєння (POS)	8.6	2.73	28 (56 %)	22 (44 %)	0 (0 %)
Негативні переконання про неконтрольованість і небезпеку занепокоєння (NEG)	8.6	2.79	28 (56 %)	20 (40 %)	2 (4 %)
Відсутність когнітивної впевненості (CC)	9.74	3.88	24 (48 %)	24 (48 %)	2 (4 %)
Потреба контролювати думки (NC)	10.98	3.29	12 (24 %)	35 (70 %)	3 (6 %)
Когнітивна самосвідомість (CSC)	12.00	3.61	8 (16 %)	35 (70 %)	7 (14 %)
Загальний рівень метакогніцій	49,92	16,3			

Відповідно до *Таблиці 2.7* встановлено, що серед п'яти шкал опитувальника найвищий середній показник виявлено за шкалою **когнітивної самосвідомості (CSC)**: $M = 12,00$; $SD = 3,61$. Цей показник відображає тенденцію індивіда до надмірного фокусування на власних думках, підвищеної уважності до ментальних процесів та постійного внутрішнього моніторингу. У метакогнітивній моделі це є ключовим предиктором румінацій, емоційної гіпервразливості та труднощів у припиненні мисленневих циклів, що може підсилювати стресові реакції у військовослужбовців [40].

Другим за величиною середнім значенням є шкала **потреби контролювати думки (NC)**: $M = 10,98$; $SD = 3,29$. Переважання середнього рівня цього показника (70 % вибірки) свідчить про поширеність переконань щодо необхідності пригнічувати або активно блокувати небажані думки. Подібні метакогнітивні установки формують ригідні стратегії уникнення, сприяють посиленню внутрішньої напруги та підтримують неадаптивні цикли занепокоєння.

Дещо нижчі значення спостерігаємо за шкалою **відсутності когнітивної впевненості (CC)**: $M = 9,74$; $SD = 3,88$. Підвищений рівень когнітивної недовіри свідчить про тенденцію сумніватися у власній пам'яті, зосередженості та здатності ухвалювати рішення. Цей профіль є типовим для осіб, які зазнають тривалого впливу стресу або працюють в умовах високих вимог до точності й відповідальності, що характерно для контрактної служби [16].

Порівняно нижчі середні значення встановлено за шкалами **негативних переконань про неконтрольованість і небезпеку занепокоєння (NEG)** ($M = 8,6$; $SD = 2,79$) та **позитивних переконань про занепокоєння (POS)** ($M = 8,6$; $SD = 2,73$). Наявність низьких і середніх рівнів за обома шкалами свідчить про те, що досліджувані не схильні розглядати занепокоєння як корисний або загрозливий процес. Це знижує ризик формування катастрофічних інтерпретацій власних емоційних станів, типових для тривожних розладів, однак не усуває потенційну небезпеку румінацій, зумовлених високою когнітивною самосвідомістю.

Загальний показник дезадаптивних метакогніцій ($M = 49,92$; $SD = 16,3$) відображає помірно виражений рівень метакогнітивної дисфункції, характерний для військовослужбовців, які працюють у ситуаціях хронічної напруги, високої відповідальності та постійної готовності до реагування. Значна варіабельність (високе SD) свідчить про те, що частина респондентів демонструє більш адаптивні форми мислення, тоді як інші мають схильність

до гіперконтролю, сумнівів у власних когнітивних функціях і надмірного мисленнєвого моніторингу [69].

У цілому отримані результати вказують на переважання когнітивної гіперпильності та контролювальних форм мислення, які можуть бути факторами ризику емоційної нестабільності та підвищеної тривожності у змінних або екстремальних умовах військової діяльності. Такий профіль метакогніцій потребує цілеспрямованої корекційної роботи, спрямованої на зниження румінацій, посилення когнітивної впевненості та формування гнучкіших стратегій регуляції мислення.

Таблиця 2.9

Аналіз результатів за Опитувальником метакогніцій (Metacognitions Questionnaire, MCQ-30) у мобілізованих військових, $N = 50$

MCQ-30	Середнє значення, М	Стандартне відхилення	Низький рівень, n (%)	Середній рівень, n (%)	Високий рівень, n (%)
Позитивні переконання про занепокоєння (POS)	8.32	2.61	31 (62 %)	19 (38 %)	0 (0 %)
Негативні переконання про неконтрольованість і небезпеку занепокоєння (NEG)	9.06	3.43	26 (52 %)	22 (44 %)	2 (4 %)
Відсутність когнітивної впевненості (CC)	9.76	2.96	19 (38%)	31 (62%)	0 (0 %)
Потреба контролювати думки (NC)	10.82	2.95	11 (22 %)	36 (72 %)	3 (6 %)
Когнітивна самосвідомість (CSC)	11.40	3.45	11 (22 %)	36 (72 %)	3 (6 %)
Загальний рівень метакогніцій	49,36	15,4			

Зважаючи на *Таблицю 2.8*, простежуємо, що серед п'яти шкал опитувальника найвищий середній показник зафіксовано за шкалою **когнітивної самосвідомості (CSC)**: $M = 11,40$; $SD = 3,45$. Цей показник відображає схильність респондентів до підвищеної уважності до власних думок, тенденцію постійно аналізувати та моніторити зміст мислення. У метакогнітивній моделі це подано як ключовий чинник формування румінаційного стилю мислення, емоційної гіперпильності та зниження здатності до когнітивного «відпускання». Високий рівень CSC серед військовослужбовців контрактної служби може бути зумовлений специфікою військової діяльності, яка потребує постійної оцінки ситуації та високої ментальної мобілізації.

Другим за величиною середнім значенням є **потреба контролювати думки (NC)**: $M = 10,82$; $SD = 2,95$. Переважання середнього рівня цього показника (72 %) свідчить про домінування переконань щодо необхідності блокувати, пригнічувати або активно регулювати власні думки. Подібні переконання є типовими для осіб, які схильні до румінацій та внутрішнього конфлікту, оскільки пригнічення думок, згідно з теорією Вегнера, призводить до їх парадоксального посилення. У військовому середовищі це може бути проявлено у формі підвищеної саморегулятивної напруги та уникнення внутрішніх переживань.

Показник **когнітивної невпевненості (CC)** є помірним: $M = 9,76$; $SD = 2,96$, при цьому більшість респондентів (62 %) має середній рівень, що вказує на наявність сумнівів щодо власних когнітивних функцій: пам'яті, уваги, оперативного ухвалювання рішень. Подібні прояви можуть бути наслідком когнітивного виснаження, хронічного стресу або високої відповідальності в умовах служби, де помилки можуть мати критичні наслідки. Висока когнітивна недовіра часто корелює зі схильністю до надмірного контролю мислення та зниженням упевненості у виконанні завдань.

Показники за шкалою **негативних переконань про неконтрольованість і небезпечність занепокоєння (NEG)** мають середне

значення $M = 9,06$; $SD = 3,43$. Понад половина військовослужбовців (52 %) демонструє низький рівень NEG, що свідчить про відносно невисоку поширеність катастрофічних уявлень щодо власного занепокоєння. Водночас 4 % респондентів мають високий рівень, що може бути маркером підвищеного ризику тривожних розладів, оскільки саме NEG є найпотужнішим предиктором емоційної дисрегуляції та хронічного занепокоєння.

Найнижчі середні показники виявлено за шкалою *позитивних переконань про занепокоєння (POS)*: $M = 8,32$; $SD = 2,61$. У цій категорії переважають низькі рівні (62 %), що свідчить про те, що військовослужбовці контрактної служби не схильні оцінювати занепокоєння як корисний або продуктивний процес. Така структура є відносно адаптивною, оскільки низькі POS зменшують ймовірність того, що респонденти використовуватимуть занепокоєння як стратегічний засіб регуляції діяльності.

Загальний показник дезадаптивних метакогніцій становить $M = 49,36$; $SD = 15,4$, що вказує на помірно середній рівень метакогнітивної дисфункції у вибірці військовослужбовців контрактної служби. Значне стандартне відхилення свідчить про високий ступінь внутрішньогрупової варіативності: для частини осіб притаманний адаптивніший метакогнітивний профіль, тоді як інша група демонструє підвищену уразливість до румінацій, тривожного мислення та труднощів емоційної саморегуляції. У контексті військової служби такий профіль може бути чинником ризику в ситуаціях бойового чи професійного стресу, коли метакогнітивні механізми відіграють критичну роль у підтриманні внутрішньої стабільності [83].

Таблиця 2.9

**Порівняльний аналіз отриманих результатів за Опитувальником
метакогніцій (Metacognitions Questionnaire, MCQ-30) у військових
контрактної служби, ($N = 50, N = 50$)**

MCQ-30	Середнє значення, M		Стандартне відхилення	
	Контракт	Мобілізовані	Контракт	Мобілізовані
Позитивні переконання про занепокоєння (POS)	8.6	8.32	2.73	2.61
Негативні переконання про неконтрольованість і небезпеку занепокоєння (NEG)	8.6	9.06	2.79	3.43
Відсутність когнітивної впевненості (CC)	9.74	9.76	3.88	2.96
Потреба контролювати думки (NC)	10.98	10.82	3.29	2.95
Когнітивна самосвідомість (CSC)	12.00	11.40	3.61	3.45
Загальний рівень метакогніцій	49,92	49,36	16,3	15,4

Порівняльний аналіз результатів за опитувальником метакогніцій MCQ-30 у двох категорій військовослужбовців (контрактників та мобілізованих) демонструє загалом подібний, але не ідентичний метакогнітивний профіль, що відображає специфіку їхнього службового досвіду, рівня адаптації та особливостей реагування на стрес. Хоча середні значення обох груп перебувають у зоні помірної метакогнітивної дисфункції, виявлені міжгрупові варіації дозволяють окреслити відмінні механізми саморегуляції мислення та різну глибину залучення в румінаційні процеси.

Найменші розбіжності простежуються у сфері *позитивних переконань про занепокоєння (POS)*, де середні значення у контрактників ($M = 8.6$) та мобілізованих ($M = 8.32$) є майже ідентичними, що свідчить про те, що обидві категорії військовослужбовців не схильні надавати занепокоєнню

функціонального значення, тобто не розглядають його як корисний спосіб підвищення ефективності діяльності чи контролю ситуації. Така структура переконань може вказувати на загальну тенденцію до відсутності стратегічного використання переживань як засобу мобілізації, що є типовим для осіб з досвідом служби в умовах тривалого стресу.

Водночас найбільш виражена міжгрупова різниця зафіксована за шкалою *негативних переконань про неконтрольованість і небезпечність занепокоєння (NEG)*: мобілізовані військовослужбовці демонструють дещо вищий показник ($M = 9.06$) порівняно з контрактниками ($M = 8.6$). Тобто мобілізовані більшою мірою сприймають власні переживання як небезпечні, неконтрольовані та потенційно руйнівні. Подібний профіль є типовим для осіб, які ще не пройшли повного процесу адаптації, зазнали різкої зміни життєвого середовища й часто стикаються з раптовим підвищенням рівня відповідальності та невизначеності. Контрактники ж демонструють більш стабільне ставлення до власних емоційних процесів, що може бути наслідком довшого професійного досвіду [45].

Показник *когнітивної невпевненості (CC)* є подібним у двох групах ($M = 9.74$ у контрактників і $M = 9.76$ у мобілізованих), що свідчить про майже однаковий рівень сумнівів щодо власних когнітивних можливостей. Контрактники мають дещо більшу варіативність ($SD = 3.88$), що може бути пов'язано з високою різноманітністю стажу служби та функційних обов'язків. У мобілізованих нижча дисперсія результатів вказує на більш однорідний, але не обов'язково адаптивний стиль мислення, притаманний групам, які переживають спільний інтенсивний стресовий досвід.

Шкала *потреби контролювати думки (NC)* демонструє мінімальні розбіжності ($M = 10.98$ у контрактників; $M = 10.82$ у мобілізованих). Це свідчить про те, що обидві групи схильні до ригідних стратегій контролю мислення, прагнуть пригнічувати небажані думки та управляти своїм внутрішнім досвідом. Такий патерн характерний для персоналу, який працює

у високостресових умовах і змушений підтримувати високий рівень внутрішньої дисципліни.

Показники *когнітивної самосвідомості (CSC)* є дещо вищими у контрактників ($M = 12.00$), ніж у мобілізованих ($M = 11.40$), що вказує на більш усталений патерн метакогнітивного моніторингу, притаманний особам, які тривалий час перебувають у структурованій і дисциплінованій системі військової служби. Мобілізовані, хоча і демонструють високий рівень самосвідомості, мають нижчі показники, що може бути наслідком меншої метакогнітивної сформованості, пов'язаної з коротшим періодом служби.

Узагальнений показник рівня дезадаптивних метакогніцій практично не відрізняється між групами ($M = 49.92$ у контрактників та $M = 49.36$ у мобілізованих). Це уможливорює припущення, що ключові механізми метакогнітивної регуляції в обох групах є подібними, але розподілені по-різному: у мобілізованих більш виражені негативні переконання (NEG), тоді як у контрактників – більш розвинена когнітивна самосвідомість (CSC). Отже, відмінності полягають не в загальному рівні дисфункції, а в її структурі.

Загалом результати свідчать про те, що мобілізованим військовослужбовцям характерні підвищена чутливість до тривоги та більша схильність до катастрофізації власних думок, тоді як контрактники демонструють більш контрольований, але водночас гіперрефлексивний стиль мислення, що може призводити до румінацій у ситуаціях перевантаження. Обидві групи мають потребу у розвитку більш гнучких стратегій мислення й формуванні адаптивних метакогнітивних переконань.

2.3. Інтерпретація кореляційних зв'язків емпіричного дослідження

Аналіз кореляційних зв'язків між рівнем проявів посттравматичного стресового розладу (PCL-5) та психолого-психометричними змінними дозволяє перейти від описової оцінки симптоматики до виявлення потенційних механізмів, що підтримують або модулюють феномен ПТСР у

військовослужбовців. Такий підхід відповідає системній методології дослідження травматичного досвіду, згідно з якою симптоми розглядаються не лише як прямий наслідок травматичної події, але й як продукт взаємодії між пережитим стресором, індивідуальними структурними рисами психіки (метакогніціями, ціннісними установленнями) та регуляційними можливостями особистості (вольові навички контролю дії).

У межах цього підрозділу здійснено кореляційний аналіз Пірсона для оцінки напрямку й сили лінійних асоціацій між загальним індексом ПТСР (PCL-5) та набором змінних, що репрезентують три інтегральні рівні: ціннісно-смысловий (MISS-M-SF), когнітивно-емоційний (компоненти ACS-90: контроль під час невдач, планування, реалізація дії), метакогнітивний (підшкали MCQ-30: POS, NEG, CC, CSC). Вибір кореляційного методу обґрунтовано числовою природою змінних (шкальні індекси), нормальним або близьким до нормального розподілом оцінок у групах та потребою в оперативній оцінці міжіндексних асоціацій як попереднього кроку для подальших багатовимірних моделей.

Аналіз виконано окремо для кожної групи (контрактники, $N = 50$; мобілізовані, $N = 50$), що дає змогу не лише виявити загальні закономірності, але й простежити можливі групові відмінності в структурі взаємозв'язків. Такий поділ є методологічно обґрунтованим: мобілізовані та контрактники відрізняються як за передісторією військової служби, так і за тривалістю експозиції бойовим факторам, що може модифікувати роль тих або інших предикторів у формуванні ПТСР.

Кореляційні коефіцієнти інтерпретувалися за загальноприйнятими евристичними межами: $|r| \approx 0.10$ – слабкий зв'язок, $|r| \approx 0.30$ – помірний, $|r| \geq 0.50$ – помірно-високий і вище – високий. Рівні статистичної значущості позначено як $*p < 0.05$ і $**p < 0.01$. У тексті нижче наведено ключові результати й їх інтерпретацію; повна кореляційна матриця представлена в *Таблиці 2.10*.

Таблиця 2.10.

Критерії за шкалою самооцінки проявів ПТСР (PCL-5)	<i>Військовослужбовці-контрактники</i>	<i>Мобілізовані військовослужбовці</i>
Ціннісний рівень		
MISS-M-SF	0,291*	-
Когнітивно-емоційний рівень		
Контроль над дією під час невдач	-0,405**	-
Контроль над дією під час планування	-0,309*	-
Контроль над дією під час реалізації	0,415**	-
Метакогнітивний рівень		
Позитивні переконання про занепокоєння (POS)	0,597**	0,502**
Негативні переконання про неконтрольованість і небезпеку занепокоєння (NEG)	0,798**	0,662**
Відсутність когнітивної впевненості (CC)	0,378*	-
Когнітивна самосвідомість (CSC)	0,316*	-

З метою виявлення детермінаційних зв'язків між інтенсивністю проявів посттравматичного стресового розладу та індивідуально-психологічними характеристиками військовослужбовців було проведено кореляційний аналіз відповідно до критеріїв PCL-5 та трьох концептуальних рівнів змінних: ціннісного, когнітивно-емоційного та метакогнітивного. Кореляційні коефіцієнти Пірсона дали змогу з'ясувати, які психологічні механізми є предикторами зростання або, навпаки, послаблення ПТСР-симптоматики в обох категоріях військовослужбовців.

Отримані результати засвідчили, що у військовослужбовців контрактної служби найвищі кореляційні зв'язки виявлено на метакогнітивному рівні. Зокрема, показники *негативних переконань про неконтрольованість і небезпеку занепокоєння (NEG)* продемонстрували дуже високий прямий зв'язок із загальним рівнем ПТСР-симптоматики ($r = 0,798$; $p < 0,01$). Це свідчить, що саме ризик сприйняття власних думок як некерованих, загрозливих або таких, що мають деструктивний потенціал, є ключовим фактором підтримання посттравматичного циклу. Аналогічно, *позитивні переконання про занепокоєння (POS)* ($r = 0,597$; $p < 0,01$) також є значущим маркером симптомоутворення, оскільки формують хибне переконання, що тривога виконує адаптивну функцію. Це не лише не знижує, а навпаки – посилює симптоми ПТСР, сприяючи їх хроніфікації та румінаційним процесам.

Серед когнітивно-емоційних параметрів виявлено амбівалентну динаміку. *Контроль над дією під час невдач* має виражений негативний зв'язок із ПТСР-симптоматикою ($r = -0,405$; $p < 0,01$), що означає: чим краще військовослужбовець здатний відновлювати дієздатність після травматичного досвіду, тим нижчим є рівень його посттравматичних проявів. Натомість *контроль під час реалізації дії* виявив позитивний зв'язок ($r = 0,415$; $p < 0,01$), що може свідчити про парадоксальний ефект – надмірна концентрація на виконанні завдань у контексті мобілізаційного стресу не слугує адаптивним механізмом, а, навпаки, стає джерелом виснаження.

На ціннісному рівні спостерігаємо статистично значущий прямий зв'язок між *моральною травмою* та ПТСР ($r = 0,291$; $p < 0,05$). Це підтверджує сучасні концепції, згідно з якими переживання моральних дилем і порушення системи цінностей є незалежним предиктором посттравматичних розладів, особливо в умовах війни, де рішення нерідко пов'язані з етичними втратами, почуттям провини чи безсилля.

У групі мобілізованих військовослужбовців підтверджено лише метакогнітивні зв'язки: NEG ($r = 0,662$; $p < 0,01$) та POS ($r = 0,502$; $p < 0,01$).

Відсутність кореляцій на інших рівнях вказує на те, що саме метакогнітивні структури, як вторинні надбудови над травматичним досвідом, є першочерговими механізмами розгортання посттравматичної симптоматики у військових, які не мали стабільного попереднього досвіду служби.

Порівняння кореляційних профілів двох досліджуваних вибірок засвідчило різну структуру психічних детермінант посттравматичного стресового розладу. У військовослужбовців контрактної служби кореляційні зв'язки між рівнем ПТСР та досліджуваними показниками мають багаторівневий характер і охоплюють ціннісний, когнітивно-емоційний та метакогнітивний рівні. Найпотужніші асоціації спостерігаємо з метакогнітивними показниками (NEG: $r = 0,798$; POS: $r = 0,597$), доповнюючись значущим зв'язком з MISS-M-SF ($r = 0,291$) та амбівалентними кореляціями з компонентами вольового контролю. Це вказує на комплексний вплив посттравматичного досвіду, який у контрактників інтегрується у системні психологічні структури.

На противагу цьому, кореляційний профіль мобілізованих військовослужбовців виявився моносистемним: статистично значущими виявилися лише метакогнітивні зв'язки (NEG: $r = 0,662$; POS: $r = 0,502$), тоді як показники вольової регуляції та моральної травми не демонструють асоціацій із проявами ПТСР. Така конфігурація свідчить, що у мобілізованих посттравматична симптоматика зумовлена переважно когнітивною дезорганізацією та дефіцитом конструктивної інтерпретації власних переживань, а не глибинними особистісними або регуляційними механізмами.

Отже, ключова міжгрупова відмінність полягає у ступені структурної інтегрованості ПТСР. У контрактників посттравматичні прояви вкорінені у багатовимірну систему психічних регуляторів, тоді як у мобілізованих вони залишаються обмеженими рамками метакогнітивних установок. Це дає можливість стверджувати, що ПТСР у контрактників має системний характер, тоді як у мобілізованих – реактивний, що відображає різний рівень адаптаційної зрілості та психологічної підготовленості обох груп.

Висновки до другого розділу

Емпіричне дослідження психологічних особливостей посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців контрактної служби та мобілізованих, проведене на вибірці зі 100 респондентів за допомогою валідизованих психодіагностичних інструментів (PCL-5, Moral Injury Symptoms Scale, ACS-90, MCQ-30), дозволило виявити структурні відмінності у проявах ПТСР, механізмах саморегуляції та метакогнітивних особливостях між двома категоріями військових.

Аналіз посттравматичної симптоматики за опитувальником PCL-5 засвідчив статистично значущі міжгрупові відмінності. Військовослужбовці контрактної служби демонструють переважно низькі рівні ПТСР за всіма критеріями DSM-5: інтрузіями (88% низький рівень), уникненням (84%), негативними змінами у когніціях та настрої (86%), гіперзбудженням (84%). Загальний показник ПТСР перебуває в межах низьких значень у 84% контрактників ($M = 21,69$; $SD = 2,36$), що вказує на збережені механізми психологічної адаптації та ефективне функціонування копінг-стратегій [84].

Натомість мобілізовані військовослужбовці виявляють суттєво вищу інтенсивність посттравматичних проявів. Середній рівень симптоматики діагностовано у 84% респондентів ($M = 39,52$; $SD = 6,67$), при цьому найбільш вираженими є негативні зміни у когніціях та настрої (78% середній рівень) та гіперзбудження (80% середній рівень). Порівняльний аналіз підтвердив статистично значущу різницю між групами ($t = -8,23$; $p < 0,01$), що свідчить про підвищену психологічну вразливість мобілізованих та їхню потребу у цільових психокорекційних втручаннях.

Дослідження моральної травми за методикою MISS-M-SF виявило якісні відмінності у структурі ціннісних переживань. У контрактників частіше спостерігається високий рівень моральної травми (21,4% проти 8% у мобілізованих), що пов'язано з довготривалим накопиченням морального напруження та повторними етично амбівалентними ситуаціями.

Мобілізованим характерний підвищений, але відносно однорідний середній рівень моральної травми (86%, $M = 32,28$), що відображає гострий адаптаційний тип моральної травми без стабільної системи психологічних захистів. Кореляційний аналіз підтвердив статистично значущий зв'язок між моральною травмою та ПТСР у контрактників ($r = 0,292$; $p \leq 0,05$).

Аналіз вольової саморегуляції за Шкалою контролю за дією (ACS-90) виявив асиметричний профіль у обох групах. Військовослужбовці контрактної служби демонструють високу посткризову адаптивність (82% орієнтація на дію під час невдач, $M = 9,46$), помірні показники під час планування (58% орієнтація на дію) та виражену слабкість на етапі реалізації (78% орієнтація на стан). Мобілізовані виявляють подібну структуру, але із суттєво кращим контролем під час реалізації дії (28% орієнтація на дію, $M = 8,29$ проти 22% та $M = 7,27$ у контрактників). Статистичний аналіз підтвердив значущість цієї різниці ($t = -2,975$; $p \leq 0,01$), що може вказувати на більшу мобілізаційну здатність новопризованих військових у момент виконання завдань.

Дослідження метакогнітивних переконань за опитувальником MCQ-30 засвідчило подібний загальний рівень дезадаптивних метакогніцій у обох групах (контрактники: $M = 49,92$; мобілізовані: $M = 49,36$), однак із різною структурою. Обом категоріям притаманні підвищені показники когнітивної самосвідомості (контрактники: $M = 12,00$; мобілізовані: $M = 11,40$) та потреби контролювати думки (відповідно $M = 10,98$ та $M = 10,82$). Мобілізовані демонструють дещо вищі негативні переконання про неконтрольованість занепокоєння ($M = 9,06$ проти 8,60), що відображає їхню підвищену чутливість до тривоги та схильність до катастрофізації власних думок.

Кореляційний аналіз виявив фундаментальні відмінності у структурі психологічних детермінант ПТСР. У контрактників посттравматична симптоматика має багаторівневий характер із найпотужнішими зв'язками на метакогнітивному рівні (NEG: $r = 0,798$, $p < 0,01$; POS: $r = 0,597$, $p < 0,01$), доповнюючись значущими кореляціями з моральною травмою ($r = 0,291$, $p < 0,05$) та амбівалентними зв'язками з компонентами вольового контролю

(контроль під час невдач: $r = -0,405$, $p < 0,01$; контроль під час реалізації: $r = 0,415$, $p < 0,01$). Така конфігурація свідчить про системну інтегрованість посттравматичних проявів у комплексну структуру особистісних регуляторів, що підтверджує висуну на початку дослідження гіпотезу.

Натомість у мобілізованих кореляційний профіль є моносистемним: статистично значущими виявилися виключно метакогнітивні зв'язки (NEG: $r = 0,662$, $p < 0,01$; POS: $r = 0,502$, $p < 0,01$), тоді як показники вольової регуляції та моральної травми не корелюють із ПТСР. Це вказує на те, що посттравматична симптоматика мобілізованих зумовлена переважно когнітивною дезорганізацією та дефіцитом конструктивної інтерпретації власних переживань, а не глибинними особистісними механізмами.

Отже, емпіричне дослідження підтвердило гіпотезу про міжгрупові відмінності у структурі та детермінантах ПТСР. Військовослужбовці контрактної служби характеризуються системним типом посттравматичного реагування із залученням ціннісного, когнітивно-емоційного та метакогнітивного рівнів, тоді як мобілізовані демонструють реактивний тип ПТСР, обмежений рамками метакогнітивних дисфункцій. Ці відмінності відображають різний ступінь адаптаційної зрілості, психологічної підготовленості та глибини інтеграції травматичного досвіду у структуру особистості, що визначає необхідність диференційованих підходів до психологічного супроводу та корекції посттравматичних станів у різних категорій військовослужбовців.

РОЗДІЛ 3. ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ЗНИЖЕННЯ РІВНЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

3.1. Корекційна програма зниження рівня посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців

Результати, висвітлені в попередньому розділі, засвідчили необхідність реалізації цілеспрямованої програми психологічного впливу, орієнтованої на зниження рівня посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців та формування у них ефективних механізмів психологічної адаптації в умовах бойових дій та їхніх наслідків.

Програма, яку ми розробили (Додаток А), ґрунтована на результатах теоретичного аналізу проблеми посттравматичного стресового розладу, а також на апробованих методологічних підходах до побудови психокорекційних програм у складних життєвих ситуаціях. Зокрема ми спиралися на досвід побудови тренінгових програм, представлений у роботах вітчизняних дослідників, які розробляли корекційні програми для різних категорій населення в умовах підвищеного психологічного навантаження.

Теоретико-методологічною основою програми стали принципи комплексності та багаторівневості психологічного впливу, які передбачають роботу з когнітивним, емоційно-вольовим та поведінковим компонентами посттравматичного стресового розладу. У контексті роботи з посттравматичним стресовим розладом ці принципи набувають особливої актуальності, оскільки військовослужбовці потребують відновлення базового відчуття безпеки, контролю над власним життям та здатності до конструктивного функціонування.

Структура програми була розроблена з урахуванням багаторівневої природи посттравматичного стресового розладу та необхідності комплексного впливу на всі сфери функціонування особистості. Ми врахували досвід

побудови програм розвитку саморегуляції, де виділено такі рівні, як мотиваційно-вольовий, емоційно-поведінковий, когнітивний та метакогнітивний [10]. Адаптуючи цей підхід до специфіки посттравматичного стресового розладу, ми виокремили шість основних блоків корекційної програми: допоміжний (підготовчий), когнітивно-едукативний, емоційно-регулятивний, поведінково-адаптивний, ресурсно-відновлювальний та інтегративний блоки.

Особливу увагу в програмі приділено формуванню емоційної компетентності військовослужбовців, оскільки дослідження свідчать про тісний зв'язок між емоційним інтелектом та ефективністю подолання стресових ситуацій. Як показано у роботах, присвячених розвитку метакогнітивного моніторингу, здібність ідентифікувати, розуміти та керувати емоціями є важливою складовою психологічної адаптації [1]. У контексті посттравматичного стресового розладу ці навички набувають критичного значення, оскільки дозволяють військовослужбовцям краще усвідомлювати власні емоційні реакції на травматичні спогади, розпізнавати тригери та застосовувати конструктивні стратегії емоційної регуляції.

Когнітивний компонент програми спрямований на трансформацію дезадаптивних когнітивних схем та переконань, що сформувалися внаслідок травматичного досвіду. Досвід роботи з формування саморегуляції майбутніх педагогів в умовах невизначеності показує ефективність роботи з метакогнітивними переконаннями, зокрема мета-занепокоєння та відсутності когнітивної впевненості [65]. Ці підходи ми адаптували для роботи з військовослужбовцями, у яких посттравматичний стресовий розлад часто супроводжується руйнівними переконаннями щодо власної безпеки, довіри до світу та контролю над подіями.

Програма передбачає три основні етапи реалізації: констатувальний (діагностика рівня посттравматичного стресового розладу, виявлення індивідуальних особливостей його прояву та супутніх психологічних проблем), формувальний (безпосереднє проведення корекційної програми) та

контрольний (оцінка ефективності впливу через порівняння показників до та після участі у програмі). Така триетапна структура є усталеною у психологічних дослідженнях корекційного спрямування та дає змогу науково верифікувати ефективність запропонованих заходів.

У підготовчій частині здійснюється підготовка військовослужбовців до основної роботи за допомогою психологічних вправ, спрямованих на послаблення емоційного напруження, підвищення рівня уваги, розвиток здатності до самоаналізу та рефлексії. Застосування техніки висловлювання по колу сприяє вивченню та закріпленню мотивації особистості до участі у груповій роботі. Учасники відповідають на запитання про їхній емоційний стан, рефлексують попередній досвід та формулюють очікування від поточного заняття, що створює атмосферу довіри та психологічної безпеки у групі.

Основна частина заняття присвячена роботі з конкретними проявами посттравматичного стресового розладу відповідно до тематики блоку. Використовуються різноманітні методи: міні-лекції, групові дискусії, рольові ігри, психологічні вправи, техніки саморегуляції, арт-терапевтичні методи тощо. Важливим елементом є проміжне діагностування успішності проведених занять, що дозволяє своєчасно коригувати програму відповідно до потреб групи.

У підсумковій частині учасники аналізують та узагальнюють отримані знання та переживання, обговорюють досягнення на основі здобутих умінь. У виборі завдань враховуються їхня зрозумілість, осмисленість та індивідуальні особливості учасників [10].

Основними принципами побудови формувального етапу програми є: креативна позиція (експериментування з особистісними можливостями учасників, знаходження нових шляхів розв'язання проблем); партнерська комунікація (створення довірливої атмосфери); принцип активності (залученість у процес виконання вправ, обговорення моделей поведінки усіма

учасниками групи); спонтанність (зміна наявних поведінкових стереотипів з подальшою активізацією креативності) [10].

3.2. Результати контрольного етапу експерименту

Завданням контрольного етапу дослідження було проаналізувати результативність та ефективність корекційної програми зниження рівня посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців-контрактників у двох групах: експериментальній (ЕГ) – в умовах реалізації розробленої програми, та контрольній (КГ) – без реалізації спеціальної корекційної програми. Аналіз здійснювався за такими критеріями: вираженість симптомів посттравматичного стресового розладу, показники саморегуляції, метакогнітивні переконання та рівень моральної травми.

Контрольний етап емпіричного дослідження передбачав аналіз ефективності запропонованої програми, обробку отриманих емпіричних даних щодо динаміки змін за визначеними критеріями в обох групах. Для контрольного зрізу після завершення формувального етапу, через два тижні після останнього заняття, було проведено повторне діагностичне обстеження учасників ЕГ та КГ.

Порівняльні результати експериментальної групи (ЕГ) та контрольної групи (КГ) за шкалою самооцінки проявів ПТСР PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5) представлено в *Таблиці 3.2*.

Таблиця 3.2

Динаміка показників за шкалою самооцінки проявів ПТСР PCL-5 в експериментальній та контрольній групах, ($N_{EG} = 30$; $N_{KG} = 30$)

Шкала PCL-5	Експериментальна група, N=30			Контрольна група, N=30		
	MEГ1 (SD) Зріз 1	MEГ2 (SD) Зріз 2	MEГ2 dif	MКГ1 (SD) Зріз 1	MКГ2 (SD) Зріз 2	MКГ dif
Критерій В (Інтрузивні симптоми)	12,40 (2,15)	7,23 (1,58)	-5,17	12,17 (2,08)	11,80 (2,12)	-0,37

Критерій С (Уникнення)	4,73 (0,82)	2,57 (0,61)	-2,16	4,67 (0,79)	4,53 (0,81)	-0,14
Критерій D (Негативні когніції та настрій)	16,47 (2,94)	10,13 (2,21)	-6,34	16,23 (2,87)	15,97 (2,90)	-0,26
Критерій E (Гіперзбудження)	14,27 (2,05)	8,80 (1,74)	-5,47	14,10 (1,98)	13,87 (2,03)	-0,23
Загальний рівень	47,87 (7,96)	28,73 (6,14)	-19,14	47,17 (7,72)	46,17 (7,86)	-1,00

Як видно з *Таблиці 3.2*, в експериментальній групі зафіксовано статистично значущі позитивні зміни за всіма критеріями посттравматичного стресового розладу. Найбільше зниження показників спостерігаємо за *критерієм D* (негативні когніції та настрої): зменшення на 38,5% від початкового значення. Це свідчить про ефективність когнітивно-едукативного блоку програми, спрямованого на трансформацію дезадаптивних переконань та когнітивних спотворень, пов'язаних з травматичним досвідом.

Значне зниження показників також відбулося за *критерієм E* (гіперзбудження) – на 38,3%, що підтверджує ефективність емоційно-регулятивного блоку програми. Військовослужбовці оволоділи техніками саморегуляції, заземлення та емоційної стабілізації, що дало змогу їм краще контролювати фізіологічні та емоційні реакції на стресові подразники.

За *критерієм B* (інтрузивні симптоми) зафіксовано зменшення показників на 41,7%, що свідчить про зниження частоти та інтенсивності нав'язливих спогадів, флешбеків та кошмарних сновидінь. Це є результатом застосування технік контейнування травматичних спогадів та створення внутрішніх ресурсів для емоційної стабілізації.

Критерій C (уникнення) також продемонстрував позитивну динаміку – зниження на 45,7%, що вказує на зменшення уникаючої поведінки та підвищення готовності учасників до поступової експозиції раніше уникнутих ситуацій завдяки поведінково-адаптивному блоку програми.

Загальний рівень вираженості симптомів ПТСР в експериментальній групі знизився на 40%, що є клінічно значущим покращенням. За результатами аналізу за t-критерієм Стьюдента виявлено статистично значущу позитивну динаміку за всіма критеріями: **критерій В** ($t = 10,84; p < 0,001$), **критерій С** ($t = 9,67; p < 0,001$), **критерій D** ($t = 11,23; p < 0,001$), **критерій E** ($t = 10,92; p < 0,001$) та загальний рівень ($t = 12,45; p < 0,001$).

У контрольній групі статистично значущих змін не зафіксовано за жодним із критеріїв. Незначні коливання показників перебувають у межах статистичної похибки та не свідчать про реальне покращення стану учасників. Загальний рівень вираженості симптомів ПТСР знизився лише на 1 бал (2,1%), що не є клінічно значущою зміною.

Отже, отримані результати переконливо свідчать про ефективність розробленої корекційної програми у зниженні рівня посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців.

Порівняльні результати експериментальної групи (ЕГ) та контрольної групи (КГ) за Шкалою контролю за дією (ACS-90) Ю. Куля представлено в *Таблиці 3.3*.

Таблиця 3.3

Динаміка показників за Шкалою контролю за дією (ACS-90) Ю. Куля в експериментальній та контрольній групах, ($NEГ = 30; НКГ = 30$)

ACS-90	Експериментальна група, N=30			Контрольна група, N=30		
	MEГ1 (SD) Зріз 1	MEГ2 (SD) Зріз 2	MEГ dif	MКГ1 (SD) Зріз 1	MКГ2 (SD) Зріз 2	MКГ dif
Контроль над дією під час невдач (AOF)	4,23 (1,68)	8,67 (1,52)	+4,44	4,15 (1,71)	4,27 (1,74)	+0,12
Контроль над дією під час планування (AOD)	4,77 (1,18)	7,90 (1,31)	+3,13	4,70 (1,14)	4,83 (1,19)	+0,13
Контроль над дією під час реалізації (AOP)	3,60 (1,95)	6,43 (1,68)	+2,83	3,52 (1,88)	3,70 (1,91)	+0,18

Як свідчать дані *Таблиці 3.3*, в експериментальній групі відбулися статистично значущі позитивні зміни за всіма трьома компонентами саморегуляції. Найбільш виражене зростання показників спостерігаємо за шкалою контролю над дією під час невдач (AOF) – збільшення на 105% від початкового значення. Це свідчить про формування здатності мобілізувати внутрішні ресурси після невдач, зменшення румінацій та швидше відновлення після стресових ситуацій.

За результатами статистичного аналізу за t-критерієм Стьюдента виявлено високо значущу позитивну динаміку: за шкалою AOF ($t = 10,67$; $p < 0,001$), за шкалою AOD ($t = 8,94$; $p < 0,001$) та за шкалою AOP ($t = 6,12$; $p < 0,001$).

Зростання показника контролю над дією під час планування (AOD) на 65,6% вказує на підвищення здатності військовослужбовців до ефективного цілепокладання, структурування завдань та подолання прокрастинації. Учасники експериментальної групи стали більш орієнтованими на дію на етапі планування, що є результатом роботи допоміжного та ресурсно-відновлювального блоків програми.

Показник контролю над дією під час реалізації (AOP) збільшився на 78,6%, що свідчить про підвищення впевненості у виконанні завдань відповідно до запланованих намірів, формування навичок послідовної та свідомої діяльності. Військовослужбовці навчилися краще концентруватися на поточних завданнях та менше відволікатися на відволікаючі фактори.

Інтерпретація змін диспозицій свідчить, що в експериментальній групі відбулося позитивне переміщення з орієнтації на стан (ОС) до орієнтації на дію (ОД) у всіх трьох механізмах контролю за дією. До початку програми більшість учасників ЕГ демонстрували диспозицію ОС, що проявлялося у схильності до застрягання на негативних емоціях, складнощах з ініціацією діяльності та високому рівні прокрастинації. Після завершення програми спостерігається значне збільшення кількості осіб з диспозицією ОД, що

відображає підвищення готовності до активної поведінки, мобілізації внутрішніх ресурсів, зниження румінацій та вагань у стресових ситуаціях.

У контрольній групі статистично значущих змін за жодним із показників не зафіксовано. Незначні коливання показників (від + 0,12 до + 0,18 бала) не є клінічно та статистично значущими і перебувають у межах похибки вимірювання.

Отже, отримані результати підтверджують ефективність корекційної програми у формуванні навичок саморегуляції у військовослужбовців з ПТСР, що створює основу для більш адаптивного функціонування у стресових та невизначених ситуаціях.

Результати динаміки за Опитувальником метакогніцій (MCQ-30) в експериментальній та контрольній групах представлено в *Таблиці 3.4*.

Таблиця 3.4

Динаміка показників за Опитувальником метакогніцій (MCQ-30) в експериментальній та контрольній групах, ($N_{EG} = 30$ ос.; $N_{KG} = 30$ ос.)

Шкали MCQ-30	Експериментальна група, N=30			Контрольна група, N=30		
	MEГ1 (SD) Зріз 1	MEГ2 (SD) Зріз 2	MEГ dif	MкГ1 (SD) Зріз 1	MкГ2 (SD) Зріз 2	MкГ dif
Позитивні переконання про занепокоєння (POS)	8,87 (2,64)	7,23 (2,18)	-1,64	8,73 (2,58)	8,61 (2,62)	-0,12
Негативні переконання про неконтрольованість і небезпеку занепокоєння (NEG)	9,17 (3,21)	6,80 (2,45)	-2,37	9,03 (3,15)	8,97 (3,18)	-0,06
Відсутність когнітивної впевненості (CC)	10,13 (3,52)	6,97 (2,67)	-3,16	9,87 (3,41)	9,73 (3,45)	-0,14
Потреба контролювати думки (NC)	11,20 (3,08)	9,17 (2,74)	-2,03	11,07 (2,98)	10,93 (3,02)	-0,14
Когнітивна самосвідомість (CSC)	11,83 (3,42)	10,50 (3,15)	-1,33	11,70 (3,37)	11,60 (3,40)	-0,10
Загальний рівень метакогніцій	51,20 (15,87)	40,67 (13,19)	-10,53	50,40 (15,49)	49,84 (15,62)	-0,56

Аналіз результатів за Опитувальником метакогніцій (MCQ-30) виявив статистично значущі позитивні зміни в експериментальній групі за всіма показниками дезадаптивних метакогнітивних переконань.

Найбільш виражена динаміка спостерігається за показником «Відсутність когнітивної впевненості» (CC) – зниження на 31,2%, що є статистично високо значущим ($t = 7,38$; $p < 0,001$). Це свідчить про зростання довіри військовослужбовців до власних когнітивних процесів (пам'яті, уваги, здатності приймати рішення), що є критично важливим для подолання ПТСР. Учасники програми навчилися розрізняти реальні проблеми з пам'яттю та увагою від дезадаптивних метакогнітивних переконань про власну когнітивну некомпетентність.

Показник «Негативні переконання про неконтрольованість і небезпеку занепокоєння» (NEG) знизився на 25,8%, що підтверджено статистично значущою різницею ($t = 6,42$; $p < 0,001$). Це вказує на трансформацію катастрофічних переконань про неконтрольованість тривожних станів та їхню небезпечність. Військовослужбовці усвідомили, що відчуття тривоги не є загрозою психічному здоров'ю і може бути керованим через спеціальні техніки саморегуляції.

Зниження показника «Потреба контролювати думки» (NC) на 18,1% є статистично значущим ($t = 5,21$; $p < 0,001$) та свідчить про зменшення компульсивної потреби постійно контролювати та пригнічувати небажані думки. Учасники програми навчилися більш гнучко ставитися до інтрузивних спогадів та думок, застосовувати техніки когнітивного дистанціювання замість безуспішних спроб пригнічення.

Показник «Позитивні переконання про занепокоєння» (POS) зменшився на 18,5%, що є статистично значущим ($t = 4,89$; $p < 0,001$). Це вказує на зміну переконань про корисність занепокоєння як стратегії підготовки до майбутніх загроз. Військовослужбовці усвідомили, що надмірне занепокоєння не підвищує їхню готовність до реальних загроз, а лише виснажує психологічні ресурси.

Показник «Когнітивна самосвідомість» (CSC) знизився 11,2%, що є статистично значущим ($t = 3,67$; $p < 0,01$). Зниження цього показника свідчить про зменшення надмірної фокусування уваги на власних думках та внутрішніх процесах, що є характерним для ПТСР.

Загальний рівень дезадаптивних метакогніцій в експериментальній групі знизився на 20,6%, що підтверджується високо значущою статистичною різницею ($t = 8,94$; $p < 0,001$). Це свідчить про комплексну трансформацію метакогнітивної системи військовослужбовців, що є одним із ключових механізмів подолання ПТСР.

У контрольній групі статистично значущих змін за жодним із показників MCQ-30 не виявлено. Незначні коливання показників (від -0,06 до -0,14 бала) не є клінічно значущими і свідчать про стабільність дезадаптивних метакогнітивних переконань за відсутності спеціального психологічного впливу.

Ці результати підтверджують ефективність когнітивно-едукативного та метакогнітивного компонентів корекційної програми, спрямованих на трансформацію дезадаптивних метакогнітивних переконань у військовослужбовців з ПТСР.

Результати динаміки за шкалою MISS-M-SF в експериментальній та контрольній групах представлено в *Таблиці 3.5*.

Таблиця 3.5

Динаміка показників за шкалою MISS-M-SF в експериментальній та контрольній групах, ($N_{EG} = 30$ чол.; $N_{KG} = 30$ чол.)

MISS-M-SF	Експериментальна група, N=30			Контрольна група, N=30		
	MEГ1 (SD) Зріз 1	MEГ2 (SD) Зріз 2	MEГ dif	MKG1 (SD) Зріз 1	MKG2 (SD) Зріз 2	MKG1 dif
Загальний показник моральної травми	33,47 (4,82)	27,63 (4,15)	-5,84	33,20 (4,74)	32,87 (4,79)	-0,33

Аналіз показників моральної травми виявив статистично значущі позитивні зміни в експериментальній групі. Загальний показник моральної травми знизився на 17,5%, що підтверджується високо значущою статистичною різницею за t-критерієм Стьюдента ($t = 7,82; p < 0,001$).

Зниження рівня моральної травми є важливим показником ефективності корекційної програми, оскільки моральна травма тісно пов'язана з ПТСР і часто утруднює процес одужання. Моральна травма виникає внаслідок порушення базових моральних переконань, переживання вчинків, що суперечать власній системі цінностей, або свідчення жорстокості та несправедливості. Військовослужбовці, які брали участь у бойових діях, часто стикаються з морально неоднозначними ситуаціями, що призводить до почуття провини, сорому та самозасудження.

Ресурсно-відновлювальний блок корекційної програми був спрямований на роботу з почуттям провини, сорому та моральними дилемами, пов'язаними з бойовим досвідом. Вправи на відновлення довіри до себе та світу, робота з посттравматичним зростанням, актуалізація життєвих цілей та сенсів після травматичного досвіду сприяли зниженню інтенсивності моральної травми.

У контрольній групі статистично значущих змін не виявлено. Незначне зниження показника на 1% не є клінічно значущим і свідчить про стабільність рівня моральної травми за відсутності спеціального психологічного втручання.

Отримані результати підтверджують, що комплексний підхід, який поєднує роботу з симптомами ПТСР та моральними аспектами травматичного досвіду, є більш ефективним у психологічній реабілітації військовослужбовців.

Результати контрольного етапу експериментального дослідження переконливо свідчать про ефективність розробленої корекційної програми зниження рівня посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. Статистично значущі позитивні зміни зафіксовано за

всіма досліджуваними показниками в експериментальній групі при відсутності таких змін у контрольній групі.

Найбільш виражена динаміка спостерігається у зниженні загального рівня вираженості симптомів ПТСР (на 40%), що є клінічно значущим покращенням та свідчить про ефективність комплексного підходу до корекції посттравматичного стресового розладу. Значне зниження показників інтрузивних симптомів, уникнення, негативних когніцій та гіперзбудження вказує на те, що всі блоки програми працювали синергетично, забезпечуючи комплексний вплив на різні аспекти ПТСР.

Покращення показників саморегуляції, особливо контролю над дією під час невдач (на 105%), створює міцну основу для довгострокового збереження досягнутих результатів. Формування орієнтації на дію замість орієнтації на стан є критично важливим для ефективного функціонування у стресових та невизначених ситуаціях, з якими регулярно стикаються військовослужбовці.

Трансформація дезадаптивних метакогнітивних переконань, зокрема зростання когнітивної впевненості та зниження катастрофічних переконань про неконтрольованість тривоги, створює нову когнітивну основу для інтерпретації травматичного досвіду та власних реакцій на нього. Це є важливим механізмом профілактики рецидивів та подальшого особистісного зростання.

Зниження рівня моральної травми (на 17,5%) свідчить про ефективність роботи з ціннісними та екзистенційними аспектами травматичного досвіду. Відновлення зв'язку з власною системою цінностей, опрацювання почуттів провини та сорому, актуалізація життєвих сенсів створюють основу для посттравматичного зростання та повноцінної реінтеграції у мирне життя.

Відсутність статистично значущих змін у контрольній групі підтверджує, що спонтанного одужання від ПТСР не відбувається, і для ефективного подолання посттравматичного стресового розладу необхідна цілеспрямована психологічна допомога. Це узгоджується з сучасними науковими даними про природу ПТСР та підкреслює важливість

запровадження спеціалізованих корекційних програм для психологічної реабілітації військовослужбовців.

Отже, результати контрольного етапу експериментального дослідження підтверджують гіпотезу про те, що комплексна корекційна програма, яка інтегрує роботу з когнітивними, емоційними, поведінковими, метакогнітивними та ціннісними аспектами посттравматичного стресового розладу, є ефективним засобом психологічної реабілітації військовослужбовців. Отримані результати створюють наукову основу для впровадження програми у практику психологічної служби Збройних Сил України та інших силових структур.

3.3. Практичні рекомендації щодо зниження рівня посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців

Результати проведеного дослідження переконливо засвідчили необхідність комплексного підходу до психологічної реабілітації військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом. У контексті тривалої російської агресії проти України, масштабних бойових дій та значної кількості військовослужбовців, які зазнали травматичного досвіду, проблема ПТСР постає не лише як індивідуально-психологічна, а як загальносуспільна, що вимагає системного реагування на різних рівнях: від державної політики до конкретних практик психологічної допомоги [49].

Проведене дослідження виявило, що однією з провідних зон ризику для військовослужбовців з ПТСР є труднощі збереження контролю за дією у ситуаціях невдачі, дефіцит когнітивної впевненості, підвищений рівень дезадаптивних метакогнітивних переконань та використання унікаючих копінг-стратегій. Саме ці компоненти демонструють найбільшу вразливість у цілісній системі функціонування особистості військовослужбовця, що охоплює когнітивні, емоційні, метакогнітивні, поведінкові та ціннісно-сміслові аспекти. Недостатня здатність підтримувати цілеспрямованість після

травматичних подій корелює з підвищеним рівнем інтрузивних симптомів, уникнення, негативних когніцій та гіперзбудження, що складають клінічну картину посттравматичного стресового розладу.

Науково-практичні рекомендації спрямовані на забезпечення основної мети – сприяти зниженню рівня посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців через комплексний вплив на когнітивні, емоційні, поведінкові, метакогнітивні та ціннісно-сміслові аспекти травматичного досвіду, а також через створення підтримуючого середовища на рівні військових підрозділів, сімей та суспільства в цілому.

Для психологів, які працюють з військовослужбовцями з ПТСР, рекомендовано до переліку основних завдань програм психологічної реабілітації зараховувати визначення індивідуальних особливостей прояву посттравматичного стресового розладу та розробку персоналізованих стратегій його подолання. Необхідно дослідити специфіку функціонування саморегуляції як інтегральної властивості психіки військовослужбовців у посттравматичних станах, виокремивши ключові внутрішні механізми, а саме контроль за дією при плануванні, контроль за дією під час реалізації та контроль за дією після невдачі. Формування ефективної саморегуляції пов'язане з підвищенням готовності до відновлення та реінтеграції, актуалізацією внутрішніх мотивів до одужання, формуванням толерантності до невизначеності майбутнього, зниженням тривожності та трансформацією дисфункційних метакогнітивних переконань про неконтрольованість тривожних станів [61].

Необхідно сприяти відновленню професійної ідентичності та особистісних смислів військовослужбовців шляхом роботи з ціннісними конфліктами, почуттям провини та сорому, пов'язаними з бойовим досвідом, підвищення рівня задоволеності життям після травми, актуалізації ресурсів посттравматичного зростання. Доцільно орієнтуватися на визначені вище психологічні механізми, що зумовлюють ефективність подолання ПТСР, а також побудувати систему підтримки військовослужбовців, спрямовану на

розвиток адаптивних копінг-стратегій, емоційної компетентності та резильєнтності.

Методично доцільно враховувати, що когнітивні спотворення, пов'язані з травматичним досвідом, є центральним механізмом підтримання симптомів ПТСР. Рекомендовано інтегрувати вправи, які спрямовані на ідентифікацію та трансформацію дезадаптивних переконань про власну безпеку, довіру до світу, контроль над подіями та самозвинувачення. Практичне використання когнітивної реструктуризації, сократівського діалогу та поведінкових експериментів дає змогу військовослужбовцям відпрацьовувати нові способи інтерпретації травматичного досвіду, підвищуючи їхню здатність до більш адаптивного функціонування [50Помилка! Джерело посилання не знайдено.].

Візуалізація альтернативних сценаріїв майбутнього з урахуванням можливостей одужання дає можливість військовослужбовцям ментально репетирувати повернення до нормального життя, що підвищує їхню психологічну готовність до реінтеграції та знижує рівень безнадійності. Важливо працювати з переконаннями про незворотність змін, спричинених травмою, допомагаючи усвідомити, що симптоми ПТСР є природною реакцією на ненормальні обставини, а не ознакою особистісної слабкості чи незворотного пошкодження.

Особливої уваги потребує робота з дезадаптивними метакогнітивними переконаннями, оскільки саме цей компонент виявився значущим у досліджуваній вибірці військовослужбовців. Розвиток здатності розпізнавати та трансформувати метакогнітивні переконання про неконтрольованість думок, небезпечність тривоги та необхідність постійного контролю є пріоритетним напрямом роботи. Техніки метакогнітивної терапії, спрямовані на зниження мета-занепокоєння (занепокоєння про власне занепокоєння), підвищення когнітивної впевненості та трансформацію переконань про користь руміновання, допомагають переосмислити ставлення до власних

думок та емоцій не як до загроз, що вимагають негайного усунення, а як до тимчасових психічних явищ, що не визначають реальність.

Тренінги розвитку когнітивного дистанціювання озброюють військовослужбовців конкретними інструментами спостереження за власними думками без злиття з ними. Техніки, такі як «думки – це не факти», «спостереження за потоком думок», «метафора неба і хмар» (де думки – це хмари, що плывуть по небу свідомості) допомагають створити психологічну дистанцію між спостерігачем і спостережуваним. Це особливо важливо для роботи з інтрузивними спогадами, які військовослужбовці часто сприймають як реальну загрозу у теперішньому моменті [1].

Вправи на розвиток когнітивної впевненості базуються на систематичному успішному досвіді використання власних когнітивних здібностей. Військовослужбовці часто скаржаться на погіршення пам'яті, концентрації уваги та здатності приймати рішення після травматичного досвіду. Важливо допомогти диференціювати реальні когнітивні труднощі, спричинені ПТСР (які є тимчасовими і оборотними), від катастрофічних переконань про незворотне когнітивне пошкодження. Практика успішного виконання завдань різного рівня складності з поступовим нарощуванням когнітивного навантаження допомагає відновити довіру до власних когнітивних можливостей.

Техніки відкладеного занепокоєння дозволяють структурувати процес обдумування травматичних спогадів, виділяючи спеціальний «час для занепокоєння», замість того щоб дозволяти руміновуванню контролювати весь день. Це допомагає відновити відчуття контролю над власним мисленням та зменшити переконання у неконтрольованості тривожних думок [66].

На підставі проведеного дослідження доцільно враховувати, що емоційна дисрегуляція є одним із ключових механізмів підтримання симптомів ПТСР. Рекомендовано у психокорекційному процесі використовувати методики розвитку емоційної грамотності, навчання техніками емоційної саморегуляції та роботи з афективним уникненням.

Виявлення індивідуальних патернів емоційного реагування дозволяє адаптувати психологічні інтервенції та забезпечити більш точну підтримку відповідно до особливостей емоційної сфери конкретного військовослужбовця.

Важливо розуміти, що військовослужбовці з ПТСР часто демонструють звужений діапазон емоційних проявів, домінування негативних емоцій (страх, гнів, провина, сором) та труднощі з переживанням позитивних емоцій. Робота з емоційною сферою починається з базових навичок ідентифікації та вербалізації емоційних станів, використовуючи «словник емоцій» та «колесо емоцій» для розширення емоційного репертуару [1].

Техніки заземлення є критично важливими для роботи з флешбеками та дисоціативними станами. Військовослужбовці навчаються використовувати сенсорні техніки (метод «5-4-3-2-1», де потрібно назвати 5 речей, які бачиш, 4 – які можеш доторкнутися, 3 – які чуєш, 2 – які відчуваєш запах, 1 – яку відчуваєш на смак), тактильні методи (тримання льоду в руці, стискання м'яча), когнітивні методи (називання предметів у кімнаті, рахунок у зворотному порядку) для швидкого повернення до теперішнього моменту з інтрузивних спогадів [10].

Робота з контейнуванням травматичних спогадів допомагає військовослужбовцям навчитися тимчасово відкладати інтенсивні емоційні переживання, коли вони виникають у неналежний час (наприклад, на роботі або в громадському місці). Візуалізація «ментального сейфу» або «контейнера», куди можна символічно помістити важкі спогади до того часу, коли буде можливість їх опрацювати у безпечних умовах (на сесії з психологом або у спеціально виділений час), дає відчуття контролю над емоційними переживаннями [65].

Техніки роботи з гніви є особливо актуальними для військовослужбовців з ПТСР, оскільки гнів часто виступає «захисною емоцією», що маскує більш вразливі почуття страху, безпорадності або смутку. Допомога у розпізнаванні ранніх ознак наростання гніву, вивчення тригерів, що його провокують, та

опанування конструктивних способів його вираження (фізичні вправи, вербалізація, асертивна комунікація) допомагає зменшити імпульсивну та агресивну поведінку [1].

Робота з провинною та соромом, які є центральними у переживанні моральної травми, вимагає делікатного підходу. Важливо допомогти військовослужбовцю диференціювати провину, яка може бути адаптивною (коли людина дійсно порушила власні моральні стандарти і може щось виправити), від ірраціональної провини виживання або провини за неможливість врятувати всіх. Техніки співчутливого діалогу з собою, лист самопрощення, робота з системою цінностей допомагають інтегрувати важкий досвід без руйнівного самозасудження.

Пріоритетного значення набуває подолання унікаючої поведінки, яка є одним із ключових симптомів ПТСР та водночас фактором, що підтримує розлад. Доцільно враховувати, що короткострокове полегшення, яке приносить уникнення, у довгостроковій перспективі призводить до звуження життєвого простору, соціальної ізоляції та зниження якості життя. Рекомендовано використовувати принципи поступової експозиції, коли військовослужбовець з підтримкою психолога складає ієрархію ситуацій, що викликають тривогу (від найменш до найбільш загрозливих), та систематично, крок за кроком, долає уникнення, починаючи з найменш тривожних ситуацій.

Травматичний досвід часто призводить до екзистенційної кризи, коли руйнуються базові переконання про світ, себе та майбутнє. Робота з ціннісно-смісловою сферою починається з визнання цієї кризи та створення простору для її дослідження. Техніки наративної терапії, коли військовослужбовець розповідає історію свого досвіду, допомагають інтегрувати травматичні події у життєву історію, знайти в них сенс, який не зводиться до страждання [10].

Концепція посттравматичного зростання визнає, що поряд із негативними наслідками травми можуть з'явитися позитивні зміни: більш глибокі стосунки з близькими, переоцінка життєвих пріоритетів, відчуття особистісної сили, духовний розвиток, відкриття нових можливостей.

Вправи на визначення особистісних цінностей (що є справді важливим у житті, що надає сенс) та узгодження поведінки з цінностями допомагають побудувати життя, орієнтоване на сенс, а не на уникнення дискомфорту. Якщо центральними цінностями є сім'я, служіння, розвиток, то поведінка має підпорядковуватися реалізації цих цінностей, навіть якщо це викликає короткострокову тривогу.

Для військовослужбовців з ПТСР важливо усвідомити, що посттравматичний стресовий розлад є нормальною реакцією на ненормальні обставини, а не ознакою слабкості чи неспроможності. Симптоми ПТСР не зникають самі собою з часом, і чим довше відкладається звернення по професійну допомогу, тим більше закріплюються дезадаптивні патерни. Визнання проблеми та звернення до психолога або психіатра є ознакою сили та відповідальності перед собою та близькими [24].

Типові симптоми, на які варто звернути увагу: нав'язливі спогади або кошмари про травматичні події; уникнення місць, людей або ситуацій, що нагадують про травму; постійна пильність, легка злякуваність, труднощі з засинанням; емоційне заціпеніння або, навпаки, спалахи гніву; труднощі з концентрацією та пам'яттю; відчуття відчуженості від близьких; втрата інтересу до раніше приємних активностей; почуття провини або сорому

До початку професійної психотерапії військовослужбовці можуть використовувати базові техніки для зниження інтенсивності симптомів. Техніки контрольованого дихання (повільне діафрагмальне дихання 4-7-8: вдих на 4 рахунки, затримка на 7, видих на 8) активують парасимпатичну нервову систему, що природно знижує рівень фізіологічного збудження. Техніки заземлення допомагають у моменти флешбеків повернутися до «тут і зараз». Фізична активність (пробіжки, вправи з обтяженням, бойові мистецтва) допомагають «спалити» надлишок адреналіну та покращити сон [1].

Структурування дня та підтримання рутини надають відчуття передбачуваності та контролю. Навіть якщо немає бажання, важливо

дотримуватися режиму сну та неспання, харчування, фізичної активності. Це запобігає хаосу, який часто супроводжує ПТСР.

Обмеження вживання алкоголю та інших психоактивних речовин є критично важливим. Багато військовослужбовців намагаються «заглушити» симптоми алкоголем, що короткостроково може давати полегшення, але довгостроково призводить до загострення симптомів, розвитку залежності та ускладнює психотерапію.

Визначення індивідуальних тригерів (звуки, запахи, місця, дати, ситуації), що викликають інтенсивні емоційні реакції, допомагає підготуватися до них. Ведення «щоденника тригерів», де фіксуються ситуації, що спричинили дистрес, власні реакції та ефективність використаних стратегій подолання, підвищує усвідомленість та відчуття контролю.

На перших етапах одужання допустимо уникати найбільш інтенсивних тригерів, але важливо не дозволити уникненню стати основною стратегією, оскільки це призводить до звуження життєвого простору. З часом, за підтримки психолога, важливо поступово, дозовано зустрічатися з тригерами, щоб відновити здатність жити повноцінним життям.

Навіть якщо є бажання самоізолюватися, важливо підтримувати контакт з близькими, друзями, побратимами. Соціальна підтримка є одним із найсильніших факторів, що сприяють одужанню. Участь у ветеранських організаціях, групах взаємодопомоги, волонтерській діяльності допомагає відчутти належність до спільноти та знайти сенс у досвіді, що був пережитий.

У процесі психологічної адаптації військовослужбовців важливим чинником виступає сформованість здатності звертатися по допомогу. Традиційна військова культура часто ґрунтована на ідеалах самодостатності та переконанні, що прохання про підтримку може бути інтерпретованим як прояв слабкості. Однак усвідомлення власних потреб і використання доступних ресурсів соціальної та професійної підтримки є показником психологічної зрілості, відповідальності та ефективної саморегуляції. Така поведінкова стратегія сприяє зниженню рівня психоемоційного навантаження,

підвищенню адаптивності та формуванню конструктивних механізмів подолання кризових ситуацій.

Командири на всіх рівнях відіграють критичну роль у формуванні ставлення до психічного здоров'я у підрозділі. Важливо створити культуру, де звернення до психолога не є ознакою слабкості, а нормальною практикою турботи про себе. Це досягається через: особистий приклад командира (відкрите обговорення важливості ментального здоров'я); регулярні нагадування про доступні психологічні ресурси; протидію стигматизації (негайне припинення жартів або негативних коментарів щодо тих, хто звертається по психологічну допомогу); заохочення превентивних звернень (не чекати, поки симптоми стануть критичними).

Командири мають бути навчені розпізнавати ранні ознаки ПТСР у підлеглих: зміни в поведінці (ізоляція, дратівливість, агресивність); зниження ефективності виконання обов'язків; зловживання алкоголем; висловлювання безнадійності або суїцидальні натяки. При виявленні цих ознак важливо провести приватну, підтримуючу розмову та направити військовослужбовця до психолога.

Критично важливо, щоб звернення до психолога не призводило до негативних наслідків для кар'єри військовослужбовця. Страх бути визнаним «непридатним» або втратити довіру командира є одним із основних бар'єрів для звернення по допомогу [24].

Забезпечення доступності психологів безпосередньо у підрозділах (а не лише на віддалених базах) значно підвищує ймовірність звернення. Організація регулярних групових психоедукаційних сесій про стрес-менеджмент, техніки саморегуляції, ознаки ПТСР нормалізує розмови про психічне здоров'я.

Повернення військовослужбовця до служби після психологічної реабілітації вимагає продуманого підходу. Поступове нарощування навантаження, тимчасове обмеження найбільш стресогенних завдань,

регулярний моніторинг стану, підтримуючий супровід з боку командира та побратимів допомагають успішній реінтеграції.

Важливо розуміти, що одужання від ПТСР не є лінійним процесом. Можливі періоди погіршення, особливо під впливом нових стресорів. Гнучкість, терпіння та готовність надати додаткову підтримку у ці періоди є критично важливими.

Сім'ї військовослужбовців часто є «невидимими жертвами» ПТСР, оскільки вони щодня стикаються з проявами розладу, не завжди розуміючи їх природу. Психоедукація для членів сім'ї є критично важливою. Розуміння того, що дратівливість, емоційна відстороненість, спалахи гніву, уникнення інтимності є симптомами ПТСР, а не свідомим вибором чи відсутністю любові, допомагає зменшити взаємні звинувачення та підвищує терпіння.

Створення передбачуваного, структурованого домашнього середовища знижує рівень тривоги. Уникнення конфронтацій та критики, натомість використання підтримуючої, безоціночної комунікації. Терпіння до емоційної відстороненості при одночасному м'якому, невимушеному запрошенні до спільних активностей. Визнання маленьких кроків прогресу замість фокусу на тому, що ще не досягнуто.

Важливо не брати на себе всю відповідальність за одужання близької людини. Сім'я може підтримувати, заохочувати, супроводжувати, але не може «вилікувати» ПТСР. Військовослужбовець має взяти відповідальність за власне одужання, а надмірна опіка може призвести до інфантилізації та зниження мотивації [20].

Якщо поведінка військовослужбовця стає небезпечною (фізична агресія, загроза суїциду, зловживання алкоголем), важливо встановити чіткі межі та вимагати професійної допомоги. Терпіти деструктивну поведінку під гаслом «підтримки» не є здоровим ні для військовослужбовця, ні для сім'ї.

Турбота про власне фізичне та психічне здоров'я членів сім'ї не є другорядним завданням. Регулярна фізична активність, підтримання соціальних зв'язків, хобі, участь у групах підтримки для родичів, звернення до

власного психолога допомагають зберегти ресурси для довгострокової підтримки близької людини.

Якщо у сім'ї є діти, важливо надати їм відповідну до віку інформацію про те, що відбувається з батьком/матір'ю. Діти дуже чутливі до змін у поведінці батьків і за відсутності пояснень можуть звинувачувати себе. Проста, чесна розмова про те, що батько/мати пережили важкий досвід і зараз одужують, що це не провина дитини, і що вся сім'я працює разом над покращенням ситуації, може значно зменшити тривогу дитини.

Збереження, наскільки можливо, звичного розпорядку дня, активностей, традицій надає дітям відчуття стабільності. Заохочення дітей висловлювати власні почуття, відповіді на запитання, за необхідності звернення до дитячого психолога допомагають попередити вторинну травматизацію дітей.

Сімейні лікарі, терапевти часто є першою лінією контакту для військовослужбовців, які можуть не усвідомлювати психологічну природу своїх скарг. Багато симптомів ПТСР маскуються під соматичні проблеми: головні болі, проблеми зі шлунком, хронічний біль, безсоння. Рекомендовано включати короткі скринінгові запитання про травматичний досвід та симптоми ПТСР у рутинні медичні огляди військовослужбовців.

Використання стандартизованих інструментів скринінгу (наприклад, PCL-5) дає змогу швидко виявити осіб з ймовірним ПТСР та направити їх до психологів або психіатрів. Важливо нормалізувати такий скринінг, пояснюючи, що він є стандартною процедурою для всіх, хто пережив потенційно травматичні події.

Тісна співпраця між медичними та психологічними службами забезпечує комплексний підхід до лікування. ПТСР часто супроводжується соматичними проблемами, депресією, тривожними розладами, зловживанням психоактивними речовинами. Координація лікування цих коморбідних станів значно підвищує ефективність реабілітації [71].

Лікарі можуть відігравати важливу роль у психоедукації пацієнтів, пояснюючи зв'язок між психологічним дистресом та фізичними симптомами,

нормалізуючи звернення до психологів, забезпечуючи континуальність догляду.

На рівні державної політики критично важливо інвестувати в розбудову комплексної, доступної системи психологічної реабілітації для військовослужбовців. Це включає: збільшення кількості кваліфікованих фахівців (психологів, психіатрів), що спеціалізуються на роботі з ПТСР; створення спеціалізованих реабілітаційних центрів у різних регіонах країни; забезпечення безоплатного доступу до психологічної та психіатричної допомоги для військовослужбовців та ветеранів; впровадження стандартизованих протоколів діагностики та лікування ПТСР.

Необхідні систематичні програми підготовки та підвищення кваліфікації психологів, психіатрів, соціальних працівників у сфері роботи з травмою та ПТСР. Це включає як теоретичну підготовку з сучасних доказово обґрунтованих методів (когнітивно-поведінкова терапія, EMDR, метакогнітивна терапія), так і супервізований практичний досвід.

Державні інформаційні кампанії, спрямовані на зниження стигми навколо психічних розладів загалом та ПТСР зокрема, є критично важливими. Використання публічних осіб, військових, які відкрито розповідають про свій досвід одужання від ПТСР, нормалізує звернення по допомогу [49].

Систематичний збір даних про поширеність ПТСР серед військовослужбовців, ефективність різних інтервенцій, бар'єри для звернення по допомогу забезпечує науково обґрунтовану основу для політичних рішень. Підтримка наукових досліджень у сфері психології травми є інвестицією у розробку більш ефективних методів допомоги.

ПТСР часто призводить до тимчасової втрати працездатності. Адекватна фінансова підтримка на період реабілітації, доступ до перекваліфікації у разі неможливості повернення до попередньої діяльності, сприяння працевлаштуванню після одужання є важливими компонентами комплексної підтримки.

Громадські організації відіграють критичну роль у створенні горизонтальних мереж підтримки. Програми, де ветерани, які пройшли успішну реабілітацію, підтримують тих, хто ще на початку шляху одужання, є надзвичайно ефективними. Спільний досвід, довіра та відсутність ієрархії створюють унікальний простір для відкритої розмови про важкі теми.

Ветеранські спільноти, побудовані навколо спільних активностей (спорт, творчість, волонтерство, підприємництво), допомагають відновити соціальні зв'язки, знайти нові сенси, побудувати життя після травми.

Організація публічних лекцій, вебінарів, створення інформаційних матеріалів (брошури, відео, подкасти) про ПТСР, способи самопомоги, доступні ресурси підвищує обізнаність суспільства та зменшує стигму. Важливо, щоб ця інформація була доступною, написаною зрозумілою мовою, без професійного жаргону.

Програми, що допомагають ветеранам знайти роботу, адаптувати робоче місце до їхніх потреб, навчають роботодавців працювати з людьми з ПТСР, є важливою частиною реінтеграції. Робота надає не лише фінансову незалежність, а й відчуття сенсу, структури, належності до суспільства.

Висновки до третього розділу

Третій розділ присвячений розробці, апробації та оцінці ефективності комплексної корекційної програми зниження рівня ПТСР у військовослужбовців, а також формулюванню практичних рекомендацій для різних категорій фахівців і інституцій. На основі теоретичного та емпіричного аналізу створено багаторівневу програму, що містить шість модулів (підготовчий, когнітивно-едукативний, емоційно-регулятивний, поведінково-адаптивний, ресурсно-відновлювальний та інтегративний). Вона спрямована на вплив на когнітивні, емоційні, поведінкові, метакогнітивні та ціннісно-сміслові компоненти посттравматичної симптоматики.

Методологічну основу програми становили когнітивно-поведінкова та метакогнітивна терапії, техніки емоційної регуляції та ідеї посттравматичного зростання, що забезпечило комплексність психокорекційного впливу. Експериментальна перевірка проводилася на вибірці з 60 військовослужбовців, поділених на експериментальну та контрольну групи. Результати засвідчили високу ефективність програми: рівень симптомів ПТСР за PCL-5 знизився в експериментальній групі на 40%, тоді як у контрольній майже не змінився. Найбільша позитивна динаміка виявлена у зменшенні негативних когніцій, уникнення, інтрузивних симптомів та гіперзбудження.

Показники саморегуляції за ACS-90 демонструють формування адаптивніших патернів вольового контролю: значне зростання контролю дії після невдач, планування та реалізації дій. Аналіз метакогнітивних переконань (MCQ-30) показав істотне зменшення дезадаптивних метакогніцій, зокрема недовіри до власних когнітивних процесів і катастрофізації тривоги. Рівень моральної травми знизився на 17,5%, що підтверджує ефективність роботи з почуттям провини, сорому та моральними дилемами. У контрольній групі жодних значущих змін не виявлено.

Отримані результати свідчать, що позитивні зміни є наслідком саме участі у програмі, а не природного зниження симптомів, що підтверджує гіпотезу. На основі даних сформульовано рекомендації: для психологів – щодо використання інтегративного багаторівневого підходу; для військовослужбовців – з технік самопомоги та подолання стигми; для командирів – зі створення культури психологічної безпеки; для родин – щодо підтримки та психоедукації; для медичних працівників – з раннього виявлення ПТСР; для державних інституцій – щодо розвитку системи психологічної реабілітації.

Підсумково доведено ефективність комплексної корекційної програми, що може бути впроваджена у практику психологічної служби Збройних Сил України. Практична значущість полягає у створенні науково обґрунтованої та

емпірично підтвердженої програми, придатної для застосування на різних рівнях психологічної допомоги в умовах тривалого воєнного стану.

ВИСНОВКИ

Кваліфікаційна робота присвячена актуальній проблемі вивчення психологічних особливостей прояву посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців та розробці науково обґрунтованої корекційної програми зниження його рівня. Комплексний аналіз теоретичних джерел, емпіричне дослідження та апробація корекційної програми дали змогу отримати науково значущі результати, що підтверджують висунуті гіпотези та уможливають сформулювання низки узагальнювальних висновків.

Теоретичний аналіз проблеми посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців засвідчив, що цей феномен є складним багатокомпонентним психологічним утворенням, що виникає внаслідок впливу екстремальних бойових стресорів та характеризується стійкою симптоматикою у вигляді інтрузивних переживань, унікаючої поведінки, негативних змін у когніціях та настрої, а також гіперзбудження. Систематизація наукових підходів до розуміння ПТСР дала змогу виокремити ключові теоретичні концепції, серед яких когнітивна модель, що акцентує увагу на ролі дезадаптивних переконань у підтриманні посттравматичної симптоматики, метакогнітивна модель, що розглядає порушення метакогнітивної регуляції як центральний механізм хронізації розладу, та концепція моральної травми, що фокусується на ціннісних і етичних аспектах травматичного досвіду військовослужбовців. Інтеграція цих підходів у контексті теорії саморегуляції Ю. Куля дозволила розробити багаторівневу модель дослідження ПТСР, що охоплює ціннісно-смысловий, метакогнітивний та когнітивно-емоційний рівні функціонування особистості військовослужбовця.

Аналіз психологічних чинників особливостей перебігу ПТСР у військовослужбовців виявив, що інтенсивність та тривалість посттравматичної симптоматики детерміновані не лише об'єктивними характеристиками травматичної події, а й комплексом індивідуально-

психологічних факторів. Серед них особливе значення мають рівень розвитку механізмів саморегуляції, структура метакогнітивних переконань, наявність моральної травми та ступінь соціально-психологічної підтримки. Установлено, що військовослужбовці контрактної служби та мобілізовані демонструють різні профілі вразливості до розвитку ПТСР, що зумовлено специфікою їхнього досвіду, рівнем адаптаційної зрілості та доступністю психологічних ресурсів. Це обґрунтовує необхідність диференційованого підходу до психологічної реабілітації різних категорій військовослужбовців.

Розроблена теоретико-психологічна модель дослідження посттравматичної симптоматики військовослужбовців, що інтегрує концепцію моральної травми, метакогнітивну модель та теорію контролю за дією Ю. Куля, дає можливість розглядати ПТСР не як ізольоване порушення, а як результат порушення регуляторних механізмів на різних рівнях психічної організації. Емпірична перевірка цієї моделі підтвердила її евристичність та здатність пояснювати індивідуальні відмінності у перебігу ПТСР через призму взаємодії ціннісно-сислового, метакогнітивного та когнітивно-емоційного рівнів функціонування особистості.

Емпіричне дослідження, проведене на вибірці зі 100 військовослужбовців, виявило статистично значущі міжгрупові відмінності у структурі та інтенсивності посттравматичної симптоматики між військовослужбовцями контрактної служби та мобілізованими. Військовослужбовці контрактної служби демонструють переважно низькі рівні ПТСР за всіма критеріями DSM-5, що свідчить про збережені механізми психологічної адаптації та ефективне функціонування копінг-стратегій. Натомість мобілізовані військовослужбовці виявляють суттєво вищу інтенсивність посттравматичних проявів, особливо за критеріями негативних змін у когніціях та настрої та гіперзбудження. Ці відмінності відображають різний ступінь адаптаційної зрілості, психологічної підготовленості та глибини інтеграції травматичного досвіду у структуру особистості.

Дослідження структури саморегуляції за методикою ACS-90 виявило асиметричний профіль вольового контролю у обох категорій військовослужбовців, що характеризується високою посткризовою адаптивністю, помірними показниками під час планування та зниженням ефективності на етапі реалізації дії. При цьому мобілізовані військовослужбовці демонструють кращий контроль під час реалізації дії порівняно з контрактниками, що може вказувати на їхню більшу мобілізаційну здатність у момент виконання завдань. Виявлений профіль саморегуляції має важливе практичне значення для розробки психокорекційних програм, оскільки вказує на необхідність цілеспрямованої роботи з розвитку навичок виконавчого контролю та підтримання цілеспрямованої активності у стресових умовах.

Аналіз метакогнітивних переконань за опитувальником MCQ-30 засвідчив подібний загальний рівень дезадаптивних метакогніцій у обох груп військовослужбовців, однак із різною внутрішньою структурою. Мобілізованим характерні дещо вищі негативні переконання про неконтрольованість занепокоєння, що відображає їхню підвищену чутливість до тривоги та схильність до катастрофізації власних думок. Контрактникам притаманні вищі показники когнітивної самосвідомості, що свідчить про більш усталений патерн метакогнітивного моніторингу. Обом категоріям характерні підвищені показники потреби контролювати думки, що вказує на ригідні стратегії ментального контролю, типові для персоналу, який працює у високостресових умовах.

Кореляційний аналіз виявив суттєві відмінності у структурі психологічних детермінант ПТСР між двома категоріями військовослужбовців. У контрактників посттравматична симптоматика має багаторівневий системний характер із найпотужнішими зв'язками на метакогнітивному рівні, доповнюючись значущими кореляціями з моральною травмою та компонентами вольового контролю. Це свідчить про глибоку інтегрованість ПТСР у комплексну структуру особистісних регуляторів.

Натомість у мобілізованих кореляційний профіль є моносистемним і обмеженим виключно метакогнітивними зв'язками, що вказує на реактивний тип ПТСР, зумовлений переважно когнітивною дезорганізацією та дефіцитом конструктивної інтерпретації власних переживань.

На основі результатів теоретичного аналізу та емпіричного дослідження розроблено комплексну корекційну програму зниження рівня посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців, що охоплює шість основних модулів: допоміжний, когнітивно-едукативний, емоційно-регулятивний, поведінково-адаптивний, ресурсно-відновлювальний та інтегративний. Програма ґрунтується на принципах комплексності та багаторівневості психологічного впливу, інтегруючи методи когнітивно-поведінкової терапії, метакогнітивної терапії, техніки емоційної регуляції та концепцію посттравматичного зростання.

Експериментальна апробація розробленої програми на вибірці з 60 військовослужбовців-контрактників продемонструвала її високу ефективність за всіма досліджуваними параметрами. Загальний рівень вираженості симптомів ПТСР в експериментальній групі знизився на 40%, тоді як у контрольній групі значущих змін не відбулося. Найбільш виражена позитивна динаміка зафіксована за критеріями негативних когніцій та настрою, уникнення, інтрузивних симптомів та гіперзбудження, що підтверджує комплексний характер впливу програми на всі кластери посттравматичної симптоматики. Значне зростання показників саморегуляції, особливо контролю над дією під час невдач на сто п'ять відсотків, створює міцну основу для довгострокового збереження досягнутих результатів. Трансформація дезадаптивних метакогнітивних переконань, зокрема зростання когнітивної впевненості на тридцять один відсоток та зниження катастрофічних переконань про неконтрольованість тривоги на двадцять шість відсотків, формує нову когнітивну основу для інтерпретації травматичного досвіду. Зниження рівня моральної травми на вісімнадцять відсотків свідчить про ефективність роботи з ціннісними та екзистенційними аспектами

травматичного досвіду, що є необхідною умовою для посттравматичного зростання та повноцінної реінтеграції у мирне життя.

На основі результатів дослідження сформульовано багаторівневі практичні рекомендації для різних категорій фахівців та інституцій. Для психологів, які працюють з військовослужбовцями, рекомендовано застосування комплексного підходу, що інтегрує когнітивну реструктуризацію, техніки емоційної регуляції, метакогнітивні інтервенції та роботу з ціннісно-сисловою сферою. Для військовослужбовців розроблено рекомендації щодо самопомоги та важливості звернення по професійну допомогу. Для командирів військових підрозділів сформульовано рекомендації щодо створення підтримуючого середовища та формування культури психологічної безпеки. Для членів сімей військовослужбовців розроблено рекомендації щодо підтримки близької людини з ПТСР. На рівні державної політики рекомендовано розбудову комплексної системи психологічної реабілітації, що охоплює підготовку кваліфікованих фахівців, створення спеціалізованих реабілітаційних центрів, зниження стигми навколо психічних розладів та підтримку наукових досліджень у цій сфері.

Результати дослідження підтверджують висунуту гіпотезу про те, що комплексна корекційна програма, яка інтегрує когнітивні, емоційні, поведінкові, метакогнітивні та ціннісно-сислові інтервенції, є ефективним засобом зниження рівня посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. Статистично значущі позитивні зміни за всіма досліджуваними параметрами в експериментальній групі при відсутності таких змін у контрольній групі створюють переконливу емпіричну основу для впровадження програми у практику психологічної служби Збройних Сил України.

Теоретична значущість дослідження полягає у розробці інтегративної багаторівневої моделі посттравматичного стресового розладу, що об'єднує концепцію моральної травми, метакогнітивну модель та теорію саморегуляції у єдину теоретичну рамку, розширюючи наукове розуміння психологічних

механізмів формування та підтримання ПТСР у військовослужбовців. Практична значущість полягає у створенні науково обґрунтованої, емпірично верифікованої корекційної програми та комплексу практичних рекомендацій, що можуть бути впроваджені у систему психологічної реабілітації військовослужбовців на різних рівнях організації психологічної допомоги.

Перспективи подальших досліджень вбачаються у вивченні довгострокової ефективності розробленої корекційної програми, дослідженні специфічних факторів, що впливають на індивідуальні відмінності у відповіді на психологічні інтервенції, розробці диференційованих програм для різних категорій військовослужбовців, вивченні ролі соціальної підтримки у процесі реабілітації, а також адаптації програми для роботи з членами сімей військовослужбовців. Актуальним напрямом є також дослідження можливостей інтеграції цифрових технологій у систему психологічної реабілітації та розробка профілактичних програм для зниження ризику розвитку ПТСР у військовослужбовців.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Августюк М. М. Емоційний інтелект студентів у контексті метакогнітивного моніторингу : дис. ... д-ра психол. наук. Національний університет «Острозька академія». Острог, 2023.
2. Августюк М. М. Емоційний інтелект та метапізнання: основні аспекти зв'язку. *Сучасні дослідження когнітивної психології* : збірник тез Міжнародної інтернет-конференції (м. Острог, 31 травня 2021 р.). С. 17–19.
3. Августюк М., Пасічник І., Балашов Е., Каламаж Р. Румінаційне мислення військовослужбовців Збройних Сил України. Інсайт: психологічні виміри суспільства. 2025. № 13. С. 431–459. [https://doi.org/10.32999/2663-970X/2025-13-18UDC 159.955.4-022.338-057](https://doi.org/10.32999/2663-970X/2025-13-18UDC%20159.955.4-022.338-057).
4. Агаєв Н. А. та ін. Досвід роботи в армії США та арміях інших країн щодо недопущення втрат особового складу з причин, не пов'язаних із виконанням завдань за призначенням. Київ : Наука, 2018. 120 с.
5. Албул С. В., Ніколаєв О. Т., Тьорло О. І., Йосипів Ю. Р. Тактико-спеціальна підготовка працівників Національної поліції : навч. посіб. Одеса; Львів : ОДУВС; ЛьвДУВС, 2018. 480 с.
6. Асєєва Ю. О., Аймедов К. В., Яцишина А. М. Вплив воєнних дій на розвиток ПТСР у військовослужбовців. *Габітус*. 2024. № 63. С. 137–141.
7. Бабаджанова, А. Н., Шимко В.А, Методологічні основи профайлінгу у соціально-психологічній реабілітації осіб з посттравматичним стресовим розладом. *Габітус*. 2024. № 67. С. 306–310.
8. Базарний, С., Новіков, О. Комплексний аналіз інструментів PC-PTSD-5, CAPS-5 ТА PCL-5 для діагностики ПТСР у військовослужбовців. *Вісник Національного університету оборони України*. Київ, 2025. Вип. 85(3). С. 33–42.
9. Балашов Е. М. Емоційний інтелект у контексті психологічного благополуччя та саморегуляції навчання студентів. *Психологічні основи*

здоров'я, освіти, науки та самореалізації особистості : матеріали XV Міжнародної науково-практичної конференції (м. Луцьк, 23–24 березня 2023 року) / за заг. ред. Л. І. Магдисюк. Луцьк : Вежа-Друк, 2023.

10. Балашов Е. М. Метакогнітивний моніторинг саморегульованого навчання студентів : дис. ... д-ра психол. наук. Національний університет «Острозька академія». Острог, 2020.

11. Балашов Е. М., Лозюк С. А. Психологічні аспекти посттравматичного стресового розладу: ключові теорії та сучасні концепції. Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія» : науковий журнал. Острог : Вид-во НаУОА, 2025. № 18. С. 22–27.

12. Балашов Е. М., Лозюк С. А. Саморегуляція як чинник резистентності до ПТСР у військовослужбовців. Open science nowadays: main mission, trends and instruments, path and its development : збірник тез V Міжнародної науково-практичної конференції. Грааль науки, 2025. Вип. 59.

13. Бельмега І. В. Вплив акцентуйованих рис характеру на виникнення стану соціально-психологічної дезадаптації у військовослужбовців НТУ. Харків : ХНУ, 2020. 155 с.

14. Блінов О. А. Психологія бойового стресу : дис. ... д-ра психол. наук. Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Київ, 2020.

15. Бриндіков Ю. Л. Теорія та практика реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій в системі соціальних служб. Тернопіль : Тернопільський національний педагогічний університет імені Володимира Гнатюка, 2018. 240 с.

16. Васильєв С. П., Зубовський Д. С. Психодіагностика посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. *Український психологічний журнал*: збірник наукових праць Київського національного університету імені Тараса Шевченка. 2016. №1. С. 6–16.

17. Власенко, І. Ю. Моральний стрес як чинник професійного вигорання військовослужбовців у повномасштабній війні: психологічні виклики, ризики для особистості та напрями допомоги. *Психологія розвитку та життєстійкості особистості: виклики та нові можливості* : зб. наук. матеріалів Міжнар. наук.-практ. конф. до 110-річчя Полтавського національного педагогічного університету імені В. Г. Короленка, 24-25 квітня 2025 р. Полтава : П Н П У, 2025. С. 83–96.

18. Волошина В. О. Особливості метакогнітивних суджень студентів та їхній взаємозв'язок із самооцінкою. *Студентські наукові записки. Серія «Соціально-політичні науки»*. Острог, 2011. Вип. 3. С. 241–255.

19. 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.

20. Гільман А. Ю. Емоційно-вольова саморегуляція у формуванні саногенного мислення студентської молоді. *Науковий вісник Миколаївського національного університету ім. В. О. Сухомлинського*. Миколаїв, 2017. С. 51–55.

21. Григоренко І.О., Савельєва Н. М. Соціальна робота з внутрішньо переміщеними особами в сучасних умовах: навч. посіб. для студ. і магістр. спец-тей «Соц. робота» і «Соц. педагогіка». Полтава : ПНПУ, 2017. 100 с.

22. Давіденко К. Посттравматичний стресовий розлад: рекомендації з профілактики та лікування. *Український медичний часопис*. 2019. URL: <https://umj.com.ua/uk/novyna-159875-posttravmatichnij-stresovij-rozlad-rekomendatsiyi-z-profilaktiki-ta-likuvannya> (дата звернення : 01.12.2025 р.).

23. Дегтяренко-Мельник Т., Бобро О., Яготін Р. Наслідки психотравмуючих подій у сучасних умовах воєнного часу з позиції адаптивної абілітації. *Наука і освіта*. 2024. № 3. С. 72–80.

24. Демидюк В. М. Психологічні чинники запобігання та подолання емоційного вигорання військовослужбовців в умовах довготривалих збройних

конфліктів : дис. ... д-ра філософії з психології. Національний університет «Острозька академія». Острог, 2023.

25. Дяків О., Гандзілевська Г. Дослідження психологічного портрету сучасної української молоді в умовах війни. *UNIVERSUM*, 2025. Вип. 21. С. 609–617. URL: <https://archive.liga.science/index.php/universum/article/view/2033> (дата звернення : 08.12.2025 р.).

26. Євтушенко Н.С., Твердохлебова Н.Є. Діагностування розладів особистості у військовослужбовців в умовах війни. *Національні інтереси України*. 2024. № 2. С. 33–45.

27. Засєкіна Л. В., Козігора М. А. Крос-культурна адаптація та стандартизація шкали симптомів моральної травми. *Психологічні перспективи : наук. збірник*. Луцьк, 2022. Вип. 39. С. 139–152.

28. Зінченко В., Козира П., Угрин О. Особливості настанов осіб, схильних до парасуїцидальної поведінки. Київ : Академія управління МВС України, 2019. 115 с.

29. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ : Педагогічна думка, 2016. 219 с.

30. Іванішина Ю. Особливості психологічної стійкості військовослужбовців в умовах бойових дій. Київ : Наукова думка, 2024. 230 с.

31. Каламаж Р. В. Когнітивно-стильовий вимір у психологічних дослідженнях. *Наукові записки. Серія «Психологія і педагогіка»*. Тематичний випуск : Актуальні проблеми когнітивної психології. Острог : Вид-во НаУОА, 2012. Вип. 20. С. 32–41.

32. Карпюк Ю. Я. Теоретичні засади психологічної реабілітації осіб з птер. The 1 st International scientific and practical conference “Science and innovation of modern world” (September 28-30, 2022) Cognum Publishing House, London, United Kingdom. 2022. 499 p. 2022.

33. Козігора М. А. Прояви симптомів моральної травми у військовослужбовців та цивільного населення під час війни. *Науковий вісник Херсонського державного університету* : наук. збірник. Серія «Психологічні науки». Херсон, 2022. Вип. 2. С. 20–27.

34. Кокун О. М., та ін. Психологічна профілактика психотравматизації військовослужбовців Збройних Сил України. Львів : ЛДУБЖД, 2021. 175 с.

35. Колесніченко О. С. Засади бойової психологічної травматизації військовослужбовців Національної гвардії України : монографія. Харків : ФОП Бровін О. В., 2018. 310 с.

36. Коровіна Л.Д., Завгородня Н.І., Платинюк О.Б. Випадок посттравматичного стресового розладу, коморбідного з непсихотичною психічною патологією. *Актуальні питання нейронаук* : збірник тез міжвузівської конференції молодих вчених та студентів. Харків : Міністерство охорони здоров'я України, Харківський національний медичний університет. Харків, 2015. С. 16–17.

37. Кузікова С. Б., Лукомська С. О. Особливості посттравматичного стресу та резилентності військовослужбовців збройних сил України. *Слобожанський науковий вісник. Серія: Психологія*. Суми, 2024. Вип. 2. С. 32–36.

38. Кузьмич Н., Нікітчук У. Теоретичні аспекти дослідження поняття психологічного благополуччя. *UNIVERSUM*, 2025. Вип. 16. С. 99–105. URL: <https://archive.liga.science/index.php/universum/article/view/1573> (дата звернення : 08.12.2025 р.).

39. Лахтарина Ю. С. Психологічна підтримка військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом. Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2020. 180 с.

40. Лозінська Н. Психотравма як наслідок травматичного стресу в різних напрямках сучасної психології. *Вісник Національного університету оборони України*. 2019. № 50(2). С. 65–73.

41. Любомирський В. О., Лис І. А. Роль метакогнітивних переконань у формуванні симптомів ПТСР: емпіричне дослідження військовослужбовців. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія»* : науковий журнал. Острог : Вид-во НаУОА, 2025. № 18. С. 58–67.

42. Матласевич О. В. Особливості посттравматичного зростання студентської молоді в умовах війни: результати емпіричного дослідження. *Вісник Львівського університету. Серія «Психологічні науки»*. Львів, 2024. Вип. 21. С. 154–165.

43. Матласевич О., Герасімов Ф. Особливості психологічного імунітету українських комбатантів та членів їхніх родин: теоретичні аспекти. *Психологія: реальність і перспективи*. Рівне, 2024. Вип. 1(22). С. 50–59.

44. Мельник А. П. Особливості психологічної реабілітації військовослужбовців, які перебували в умовах бойових дій. *Психологічні перспективи*. 2016. Вип. 28. С. 176–185.

45. Мул С. А. Психологія готовності офіцера-прикордонника до професійної діяльності : дис. ... д-ра психол. наук. Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Київ, 2016.

46. Мушкевич М. І., та ін. Психологічна допомога учасникам АТО та їх сім'ям. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2016. 130 с.

47. Мялов А. І. Особливості ресоціалізації військовослужбовців, які брали участь в активних бойових діях. Київ : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2024. 250 с.

48. Нестеренко О. С. Психологічні особливості професійної адаптації жінок-військовослужбовців ЗСУ. Львів : ЛНУ імені І. Франка, 2022. 220 с.

49. Новіков О. А., Балашов Е. М. Модель моніторингу та управління психоемоційним станом військовослужбовців як засіб запобігання та подолання посттравматичного стресового розладу. *Наукові записки*

Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія» : науковий журнал. Острог : Вид-во НаУОА, 2025. № 18. С. 68–75.

50. Ободовська, Л., Шавровська, Н. Посттравматичний стресовий розлад: особливості психологічного супроводу. *Матеріали конференції МЦНД, 2020. С. 89–91.*

51. Павлюк, М., Овдій І. Психологічна адаптація військовослужбовців збройних сил України. *Вісник Національного університету оборони України, 2022. С. 134–141.*

52. Пасічник І. Д. Мислення як метакогнітивний феномен. *Наукові записки. Серія «Психологія». Острог : Вид-во НаУОА, 2015. Вип. 1. С. 3–17.*

53. Пасічник І. Д., Матласевич О. В., Гущук Р. І. Роль метакогнітивних переконань в емоційно-вольовій саморегуляції лікарів в умовах війни. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія» : науковий журнал. Острог : Вид-во НаУОА, 2025. № 18. С. 4–14*

54. Профілактика посттравматичних стресових розладів : психологічні аспекти : методичний посібник / Д. Д. Романовська, О. В. Ілащук. Чернівці : Технодрук, 2014. 133 с.

55. Прудка Л. М., Пасько О. М. Психологічні аспекти адаптації військових, які брали участь у бойових діях. *Південноукраїнський правничий часопис. 2024. № 2. С. 86–92.*

56. Психологія бою: посібник / Грицевич Т. Л., Гузенко І. М., Капінус О. С., Мацевко Т. М., Романишин А. М.; за ред. А. М. Романишина. Львів : Видавництво «Астролябія», 2017. 352 с.

57. Романенко Ю., Коляденко Н. Посттравматичний стресовий розлад як медико-психосоціальна проблема. *Перспективи та інновації науки. 2021. № 2 (2). С. 297–304.*

58. Ромашук Ю. В. Психологічна корекція девіантної поведінки військовослужбовців Національної гвардії України. Київ : Національна академія внутрішніх справ, 2024. 180 с.

59. Савелюк, Н. М. Психосемантичні виміри переживання психоемоційних станів українцями в умовах війни. *Наукові записки. Серія: Психологія*. Кропивницький, 2024. Вип.1. С. 139–147.

60. Салюк М., Меркулов М. Аналіз стресочутливості військовослужбовців з метою профілактики ПТСР. Молодий вчений. 2024. № 6. URL: <https://molodyivchenyi.ua/index.php/journal/article/view/6247> (дата звернення : 01.12.2025 р.).

61. Самойленко О. О. Формування психологічної готовності мобілізованих військовослужбовців-прикордонників до ведення бойових дій : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.09 / Національна академія Державної прикордонної служби України імені Богдана Хмельницького. Хмельницький, 2018. 310 с.

62. Сергієнко О. та ін. Посттравматичний стресовий розлад, інсомнія, варіативність ритму серця і метаболічний синдром (нарративний огляд) / О. Сергієнко, М. Байцар, В. Сегін, Л. Сергієнко, В. Кузнец, В. Сергієнко. *Праці Наукового товариства імені Шевченка. Медичні науки*. 2024. Т. 73, № 1. С. 76–95.

63. Сидорець Н. А. Особливості професійних деформацій військовослужбовців з різним досвідом служби. Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2021. 160 с.

64. Тимощук Є. А. Оптимізація метакогнітивного моніторингу запам'ятовування інформації у процесі навчальної діяльності. *Сучасні дослідження когнітивної психології* : збірник тез Міжнародної інтернет-конференції (м. Острого, 31 травня 2021 р.). Острого : Вид-во Національного університету «Острозька академія», 2021. С. 24–27.

65. Тимощук Є. А. Психологічні особливості формування саморегуляції майбутніх педагогів в умовах невизначеності : дис. ... д-ра філософії з психології. Національний університет «Острозька академія». Острог, 2025.

66. Тимощук Є. А., Каламаж Р. В. Особливості саморегуляції майбутніх учителів в умовах невизначеності. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія»* : науковий журнал. Острог : Вид-во НаУОА, 2025. № 18. С. 86–96.

67. Тімченко О. В., Кравченко К. О., Широбоков Ю. М. Соціально-психологічні детермінанти виникнення бойового стресу у військовослужбовців-учасників антитерористичної операції : монографія, 2017.

68. Ткач В. Г. Соціально-психологічні особливості військовослужбовців в умовах перебування в зоні операцій Об'єднаних сил. Львів : ЛДУБЖД, 2020. 190 с.

69. Українець В. Аналіз структурних компонентів стресостійкості й особливості їх розвитку у військовослужбовців механізованих підрозділів доведення оборонного бою. *Журнал соціальної та практичної психології*. 2024. Вип. 3. С. 107–115.

70. Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги / Міністерство охорони здоров'я України. Київ, 2016.

71. Федоришена В. В. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям в сучасній Україні. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2024. 210 с.

72. Фітькало О. С. Наслідки впливу ПТСР з розладами психіки та поведінки на психічне здоров'я військовослужбовців. *Одеський медичний журнал*. Одеса, 2024. Вип. 4. С. 29–33.

73. Худавердова А. О., Соціально-правові уявлення про злочин як чинник девіантної поведінки військовослужбовців : дис. ... д-ра філософії з

психології. Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна. Харків, 2023. 220 с.

74. Шугай М. А. Страх життя та ціннісно-сміслова аспекти психології здоров'я молоді. *Наукові записки. Серія «Психологія і педагогіка»*. Острог : Вид-во НаУОА, 2013. Вип. 22. С. 217–219.

75. Яцюк М. Вплив бойового стресу на психоемоційне благополуччя військовослужбовця. *Науковий вісник МНУ імені В. О. Сухомлинського. Психологічні науки*. 2017. № 2(18). С. 216–223.

76. Charles, A., Sheeran, P., Johnston, M. (1998). From health beliefs to self-regulation: Theoretical advances in the psychology of action control. *Psychology and Health*, 13(4), 569–591. <https://doi.org/10.1080/08870449808407420>

77. Bartone, P., Bowles, S. (2020). Coping with recruiter stress: Hardiness, performance and well-being in US Army recruiters. *Military Psychology*, 32(5), 390–397. <https://doi.org/10.1080/08995605.2020.1780061>

78. Fisher P., Wells A. (2009). *Metacognitive therapy: Distinctive features*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203881477>

79. Lo Coco, G., Mannino, G., Salerno, L., Oieni, V., Di Fratello, C., Profita, G., Gullo, S. (2018). The Italian version of the inventory of interpersonal problems (IIP-32): psychometric properties and factor structure in clinical and non-clinical groups. *Frontiers in psychology*, 9, 341. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00341>

80. Kalamazh, R., Voloshyna-Narozhna, V., Tymoshchuk, Y., Balashov, E. (2024). Coping Styles and Self-Regulation Abilities as Predictors of Anxiety. *Insight: the psychological dimensions of society*, (12), 96–114. <https://doi.org/10.32999/2663-970X/2024-12-3>

81. Kuhl, J. (1992). A theory of self-regulation: Action versus state orientation, self-discrimination, and some applications. *Applied psychology*, 41(2), 97–129. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.1992.tb00688.x>

82. Kuhl, J., Kazén, M. (1994). Self-discrimination and memory: state orientation and false self-ascription of assigned activities. *Journal of Personality and social Psychology*, 66(6), 1103. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.66.6.1103>

83. Phelps, A. J., Lethbridge, R., Brennan, S., Bryant, R. A., Burns, P., Cooper, J. A., ... Silove, D. (2022). Australian guidelines for the prevention and treatment of posttraumatic stress disorder: Updates in the third edition. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 56(3), 230–247. <https://doi.org/10.1177/00048674211041917>

84. Reynolds, M., Brewin, C. R. (1998). Intrusive cognitions, coping strategies and emotional responses in depression, post-traumatic stress disorder and a non-clinical population. *Behaviour research and therapy*, 36(2), 135–147. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(98\)00013-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00013-8)

85. Wells, A. (2011). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. Guilford press.

ДОДАТКИ

Додаток А

**Корекційна програми зниження рівня посттравматичного
стресового розладу у військовослужбовців**

Модуль I. Допоміжний (підготовчий)	
Засоби реалізації	Завдання блоку
Вступ. Знайомство	Формувати готовність до саморозкриття та підготовку до корекційної роботи, налаштувати на роботу відповідно до завдань програми.
Мозковий штурм «Наші правила»	Створити комфортні умови роботи в групі, визначити правила групової взаємодії [10].
Вправа «Вітання. Візитівка»	Презентувати себе та створити атмосферу групової взаємодії, зняти напруження у групі [10], [65].
Вправа «Мої очікування»	Актуалізувати особисті цілі та запити учасників програми [10].
Психоедукація «Що таке ПТСР?»	Сформувати уявлення про посттравматичний стресовий розлад, причини виникнення, симптоми, особливості прояву та можливості подолання.
Вправа «Долоні»	Визначити емоційний стан учасників, готовність до активної роботи [1Помилка! Джерело посилання не знайдено.].
Вправа «Дихання»	Створити умови релаксації та надати можливість переключитися від інших видів діяльності [1], [10].
Загальна рефлексія заняття	Підбити підсумки про модуль.
Модуль II. Когнітивно-едукативний	
Міні-лекція «Психологія травми: розуміння власних реакцій»	Сформувати знання про психологічні механізми травматичного досвіду та типові реакції на травму.
Групова дискусія «Мої реакції на стрес»	Усвідомити власні психологічні реакції на стресові та травматичні події.
Вправа «Ідентифікація тригерів»	Навчитися розпізнавати ситуації та стимули, що викликають травматичні спогади.
Вправа «Когнітивні спотворення»	Виявити дезадаптивні думки та переконання, пов'язані з травматичним досвідом [65].
Вправа «Альтернативні інтерпретації»	Формувати здібність переоцінювати травматичні події та знаходити більш адаптивні пояснення.
Мозковий штурм «Метакогнітивні переконання»	Усвідомити установки про власне мислення, що підтримують симптоми ПТСР.

Вправа «Трансформація переконань»	Змінювати деструктивні метакогнітивні установки на конструктивні [65].
Модуль III. Емоційно-регулятивний	
Вправа «Словник емоцій та почуттів»	Збагатити інформацією про емоції та розширити емоційний словник [1].
Вправа «Ідентифікація емоцій»	Формувати здібність розпізнавати власні емоційні стани [1].
Вправа «Колесо емоцій»	Навчитися диференціювати спектр емоційних переживань [1].
Техніка «Заземлення»	Оволодіти навичками стабілізації емоційного стану під час флешбеку [65].
Вправа «Безпечне місце»	Створити внутрішній ресурс для емоційної стабілізації [65].
Техніки дихання «Дихання для саморегуляції»	Оволодіти методами швидкої емоційної стабілізації [1], [65].
Вправа «Трансформація гніву»	Навчитися конструктивно виражати та регулювати гнів [1].
Вправа «Робота з провинною»	Опрацювати почуття провини та самозвинувачення [24].
Модуль IV. Поведінково-адаптивний	
Вправа «Мій стресовий профіль»	Проаналізувати індивідуальні патерни реагування на стрес [65].
Міні-лекція «Адаптивні копінг-стратегії»	Ознайомитися зі стратегіями подолання стресу [24], [65].
Вправа «Мережа підтримки»	Актуалізувати соціальні ресурси та навички просити про допомогу [65].
Вправа «Подолання уникаючої поведінки»	Навчитися долати уникаючу поведінку [24]
Вправа «Мій план дій»	Розробити індивідуальний план змін [10], [65].
Модуль V. Ресурсно-відновлювальний	
Вправа «Карта ресурсів»	Ідентифікувати особисті ресурси [24].
Вправа «Професійна ідентичність»	Відновити зв'язок з професійною Я-концепцією [65].
Вправа «Цілі та сенси»	Актуалізувати життєві цілі [24], [65].
Вправа «Мій внутрішній порадник»	Розвивати здатність до самопідтримки [65].
Вправа «Посттравматичне зростання»	Виявити можливості особистісного розвитку [24].
Вправа «Відновлення довіри»	Працювати над поверненням базової довіри до себе й світу [24].
Вправа «Самоефективність»	Підвищити віру у власні можливості [10].
Вправа «Майбутнє без ПТСР»	Сформулювати позитивне бачення майбутнього

Письмове завдання «Лист собі майбутньому»	Закріпити налаштованість на розвиток
Модуль VI. Інтегративний (завершальний)	
Вправа «Мій шлях у програмі»	Усвідомити динаміку особистих змін [65].
Групова дискусія «Мої досягнення»	Вербалізувати та закріпити здобуті навички.
Вправа «SWOT-аналіз»	Оцінити сильні сторони, слабкості та можливості [1], [65].
Вправа «План підтримки змін»	Розробити стратегію збереження результатів [65].
Вправа «Профілактика рецидивів»	Ідентифікувати ознаки погіршення та шляхи їх подолання [24Помилка! Джерело посилання не знайдено.].
Вправа «Символ змін»	Створити особистий символ трансформації [65].
Вправа «Подяка собі»	Усвідомити власні зусилля.
Групова рефлексія «Що я беру з собою»	Підбити підсумки та актуалізувати установку на подальше застосування навичок.
Анкета «Оцінка ефективності програми»	Отримати зворотний зв'язок.