

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**  
**ЦЕНТРАЛЬНОУКРАЇНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**  
**ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ВИННИЧЕНКА**

Кваліфікаційна наукова праця  
на правах рукопису

**ЩИРУК ІРИНА АНАТОЛІВНА**

УДК 159:364.2:[9364-787.2]

**ДИСЕРТАЦІЯ**

**СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА**  
**ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ТА ЦИВІЛЬНИХ ОСІБ, ПОСТРАЖДАЛИХ**  
**НА ПТСР В УМОВАХ ВОЄННОГО СТРЕСУ**

05 Соціальні та поведінкові науки

053 Психологія

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело



/ І.А. Щирук

**Науковий керівник: Клочек Лілія Валентинівна, доктор психологічних наук, професор**

м. Кропивницький - 2026

## АНОТАЦІЯ

**Щирук І.А. Соціально-психологічна підтримка військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.**

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії у галузі психології за спеціальністю 053 «Психологія». – Центральноукраїнський державний університет імені Володимира Винниченка. Кропивницький, 2026.

Дисертаційне дослідження присвячене вивченню особливостей соціально-психологічної підтримки військовослужбовців та цивільних осіб, які постраждали на ПТСР в умовах воєнного стресу.

Проведено теоретичний аналіз сучасних наукових підходів до вивчення проблеми соціально-психологічної підтримки військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих від ПТСР в умовах воєнного стресу, та встановлено, що цей феномен у сучасних дослідженнях трактується як стратегія, процес і специфічний вид діяльності.

Визначено, що соціально-психологічний супровід військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу – це особливий вид діяльності, зміст якого визначається соціально-психологічними характеристиками військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу, та включає взаємопов'язані й залежні компоненти – соціальний (стосунки із суспільством) і психологічний (особливості функціонування в когнітивній, мотиваційній та поведінковій сферах), вони визначають адаптивний потенціал особистості.

Виокремлено чинники соціально-психологічної підтримки, до яких належать індивідуально-психологічні особливості особистості та її самосприйняття, соціокультурні характеристики, особливості мережі соціальної підтримки, ситуаційний контекст і попередній життєвий досвід. Підкреслено, що основним джерелом піклування про соціально-психологічну підтримку військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах

воєнного стресу є їхні перспективи як потенційно важливий чинник їхнього психологічного та фізичного благополуччя.

Розроблено й апробовано модель соціально-психологічної підтримки військових та осіб, які пережили посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) під час воєнного стресу, що покликана допомогти індивідам інтегруватися у суспільство, відповідаючи цілям надання соціальних послуг та визначаючи системно-інтегрований характер такої підтримки. Структурно-функціональна модель соціально-психологічної підтримки військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу, включає організаційні умови реалізації такого супроводу, зокрема мету та завдання соціально-психологічної підтримки військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу, концептуальне, зокрема нормативно-правове, забезпечення, основні підходи та ключові принципи супроводу.

Доведено, що програма співпраці з військовослужбовцями та цивільними особами постраждалими на ПТСР в умовах воєнного стресу має поетапний, системний і багатокomпонентний характер. Технології соціально-психологічної підтримки включають індивідуальну та групову роботу і охоплюють п'ять модулів: соціально-психологічний, соціально-медичний, соціально-правовий, соціально-економічний та соціально-педагогічний.

Емпірично виявлено, що когнітивна дисфункція у військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу здебільшого проявляється помірними та високого рівня когнітивними порушеннями зі зниженням окремих когнітивних функцій (пам'яті, уваги, розумової працездатності), без ознак сімейної та соціальної дезадаптації.

Обґрунтовано соціально-психологічні характеристики військовослужбовців та цивільних осіб, у структурі адаптивності котрих були життєва позиція, ставлення до себе і свого здоров'я, уявлення про свою цінність, психоемоційний стан, рівень самооцінки, майбутнє і суб'єктивна оцінка тривалості часової перспективи, ставлення до життєвих ситуацій, особливо до «дистанціювання» та «соціального», що взаємопов'язані з використанням таких

стратегій самоопанування, як «дистанціювання» і «пошук підтримки». Водночас триваліша життєва перспектива, нижчий рівень смертності, незалежність та автономність, здатність самостійно ухвалювати рішення і брати на себе відповідальність, позитивне ставлення до себе та вміння використовувати соціальні ресурси позитивно впливають на стан досліджуваних, сприяючи підвищенню адаптаційних можливостей і швидшому відновленню.

Встановлено, що оцінка психосоціальної підтримки співвідносна із суб'єктивною оцінкою емоційної складності стресових ситуацій, пов'язаних із наслідками ПТСР, психосоціальними параметрами реальних соціальних мереж (широта, щільність і структура), а також з емпатією як соціально значущою рисою особистості.

Розроблено, адаптовано Програму соціально-психологічної підтримки військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу, яка реалізується на корекційному, відновлювальному та профілактичному рівнях. Важливою складовою програми є аксіологічний компонент, спрямований на усвідомлення, переосмислення та відновлення системи особистісних цінностей, життєвих смислів і цілей, що зазнають суттєвих змін унаслідок пережитого психотравматичного досвіду.

Теоретично обґрунтовано й емпірично визначено ефективність Програми соціально-психологічної підтримки військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу. Компоненти її ефективності включають створення організаційних умов для реалізації технології соціально-психологічної підтримки, активізацію особистісних ресурсів, розвиток адаптаційного потенціалу, підтримку самопрезентації та самореалізації, роботу з ціннісно-смісловою сферою особистості.

За результатами формувального експерименту доведено, що Програма є ефективним і дієвим засобом підтримки військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу. Узагальнено, що інтеграція ресурсного та аксіологічного компонентів підтримки забезпечує не лише зменшення проявів посттравматичних порушень, а й сприяє відновленню

суб'єктності особистості, її соціальної активності, психологічного благополуччя та посттравматичному зростанню.

Підкреслено перспективи подальшого дослідження, а саме, вивчення психологічних механізмів і чинників ефективності соціально-психологічної підтримки військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу, важливість виявлення вікових і гендерних особливостей соціально-психологічного супроводу постраждалих на ПТСР, поглиблення досліджень ролі ціннісно-смиислової сфери та самооцінки у процесах їхнього психологічного відновлення й посттравматичного зростання.

**Ключові слова:** військовослужбовці, цивільні особи, воєнний стрес, посттравматичний стресовий розлад, посттравматичне зростання, психічне здоров'я, соціально-психологічна реабілітація, соціально-психологічна підтримка, ціннісні регулятори поведінки, ціннісні пріоритети, цілісність особистості.

## ABSTRACT

**Shchyruk I.A. Social and psychological support for military personnel and civilians suffering from PTSD under conditions of military stress.**

Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in Psychology, specialty 053 «Psychology». Volodymyr Vynnychenko Central Ukrainian University of the Ministry of Education and Science of Ukraine. Kropyvnytskyi, 2026.

The dissertation research is devoted to determining the peculiarities of social and psychological support for military personnel and civilians affected by PTSD under conditions of military stress.

A theoretical analysis of modern scientific approaches to the study of the problem of social and psychological support for military personnel and civilians affected by PTSD in conditions of military stress was carried out and it was found that this phenomenon is characterized as a strategy, process and activity.

It is determined that the socio-psychological support of servicemen and civilians affected by PTSD under conditions of military stress is a special type of activity, the

content of which is determined by the socio-psychological characteristics of servicemen and civilians affected by PTSD under conditions of military stress and includes interrelated and dependent components – social (relations with society) and psychological (features of functioning in the cognitive, motivational and behavioral spheres), which determine the adaptive potential.

The factors of social and psychological support are identified, which are embodied in the personality traits and perception of oneself by the person who is provided with support, socio-cultural characteristics, features of the social support network, situational context and personal experience.

It is emphasized that the main source of care for the social and psychological support of military personnel and civilians affected by PTSD under conditions of military stress is their perspectives as a potentially important factor in their psychological and physical well-being.

A model of social and psychological support for military personnel and civilians affected by PTSD under conditions of military stress has been developed and tested, which is designed to help individuals integrate into society, meeting the goals of social services and determining the systemic and integrated nature of such support. The structural and functional model of social and psychological support for military personnel and civilians affected by PTSD under conditions of military stress includes organizational conditions for the implementation of such support, including the purpose and objectives of social and psychological support for military personnel and civilians affected by PTSD under conditions of military stress, conceptual, including regulatory and legal, support, basic approaches and key principles of support.

It is proved that the program of cooperation with military personnel and civilians suffering from PTSD under conditions of military stress is phased, systematic and multicomponent. The technologies of social and psychological support included individual and group work and were divided into five modules: social and psychological, social and medical, social and legal, socio-economic, and socio-pedagogical.

Empirically, it has been found that cognitive dysfunction in military personnel and civilians affected by PTSD under conditions of military stress is mostly manifested by moderate and high level cognitive impairment with a decrease in individual cognitive functions (memory, attention, mental performance), without signs of family and social maladjustment.

The article substantiates the socio-psychological characteristics of military personnel and civilians in the structure of adaptability, which included their life position, attitude to themselves and their health, perception of their value, psycho-emotional state, level of self-esteem, future and subjective assessment of the length of the time perspective, attitude to life situations, especially to “distancing” and “social”, which are interrelated with the use of such coping strategies as ‘distancing’ and “seeking support”. At the same time, a longer life expectancy, lower mortality rate, independence and autonomy, the ability to make decisions and take responsibility, a positive attitude toward oneself, and the ability to use social resources had a positive impact on the condition of the subjects, contributing to increased adaptive capacity and faster recovery.

It has been established that the assessment of psychosocial support is associated with a subjective assessment of the emotional complexity of stressful situations related to the consequences of PTSD, psychosocial parameters of real social networks (breadth, density and structure), as well as empathy as a socially significant personality trait.

A program of social and psychological support for military personnel and civilians affected by PTSD under conditions of military stress has been developed and adapted, which is implemented at the correctional, rehabilitation and preventive levels.

The effectiveness of the Program of social and psychological support for military personnel and civilians suffering from PTSD under conditions of military stress is theoretically substantiated and empirically determined. The components of the effectiveness of the Program of social and psychological support for servicemen and civilians affected by PTSD under conditions of military stress include the implementation of organizational conditions through the introduction of the developed

technology of social and psychological support for servicemen and civilians affected by PTSD under conditions of military stress and the realization of potential personal resources, self-presentation and blocking of life self-realization to activate resource opportunities and increase the adaptive potential of servicemen and women.

Based on the results of the formative activities, it is proved that the Program is effective and therefore the developed system of support for military personnel and civilians affected by PTSD under conditions of military stress determines its effectiveness.

The prospects for further research are emphasized, namely, the study of psychological mechanisms and factors of effectiveness of social and psychological support for military personnel and civilians affected by PTSD under conditions of military stress opens up the horizons for identifying age and gender peculiarities of social and psychological support for PTSD victims. Therefore, the study considers it promising to change the training programs for professionals working with this population group.

**Keywords:** *military personnel, combat stress, post-traumatic stress disorder (PTSD), post-traumatic growth, mental health, socio-psychological rehabilitation, socio-psychological support, civilians, justice, integrity of personality.*

**СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**  
*Наукові публікації, які відображають основні наукові результати*  
*дисертації*

**Статті у наукових періодичних виданнях, включених до переліку**  
**наукових фахових видань України:**

1.1. Щирук І.А. Психологічні особливості негативних наслідків ПТСР й травмування у військовослужбовців та осіб постраждалих на бойовий стрес Наукові записки. Серія: Психологія, (3), 87–93. <https://doi.org/10.32782/cusu-psy-2024-3-12>

1.2. Щирук І.А. Соціально-психологічні особливості травмування військовослужбовців в умовах бойового стресу й специфіка корекції: аксіо-особистісний підхід. Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. Сєверодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2024. № 3, Том 2. С. 92-101 DOI: <https://doi.org/10.33216/2219-2654-2024-65-3-2-92-101>

1.3. Щирук І. А. Аксіо-особистісний підхід у психотерапії ПТСР внаслідок воєнного стресу у військовослужбовців. Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи. 2023. № 1. С. 25-38 <https://doi.org/10.33216/2219-2654>.

1.4. Щирук І.А. Соціально-психологічні чинники впливу ПТСР на особистість в умовах бойових дій. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. Сєверодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля. 2025. DOI: <https://doi.org/10.33216/2219-2654-2025-68-3-2-294-305>

1.5. Клочек Л.В., Щирук І.А. Психологічна допомога військовослужбовцям із посттравматичним стресовим розладом. Психологія: реальність і перспективи. 2024. Випуск 23. С.71-78. DOI [https://doi.org/10.35619/prap\\_rv.vi23.413](https://doi.org/10.35619/prap_rv.vi23.413)

1.6. Popovych, I., Koval, I., Zavatska, N., Hoi, N., Shchyruk, I., Domina, H., & Zinchenko, S. (2023). Impact of psychogenic factors on motivational orientation of

junior athletes. Journal of Physical Education and Sport, 23(9), 2346–2356.  
<https://doi.org/10.7752/jpes>

***Наукові публікації, які додатково відображають наукові результати  
дисертації***

**Статті у матеріалах науково-практичних конференцій:**

2.1. Щирук І. Психологічні особливості розладів у військовослужбовців та осіб, постраждалих внаслідок бойових дій. Наукова спадщина української психології: єдність минулого та теперішнього. Збірник тез доповідей щорічного наукового круглого столу (м.Київ, 12 вересня 2024 року). за ред. Максименка С.Д., В.В.Турбан. К.: Інститут психології імені Г.С.Костюка НАПН України, 2024 URI: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/737690>

2.2. Щирук І. Психологічні особливості негативних наслідків воєнного стресу у військовослужбовців та осіб, постраждалих внаслідок бойових дій Збірник матеріалів Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Київ, 09-10 листопада 2024 року). за ред. С. Д. Максименка, В. В. Турбан. К.: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2023. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/737697>

2.3. Щирук І. Психологічні особливості аксіологічного підходу при наданні психологічної допомоги особам постраждалим на ПТСР Цілісний підхід у психології та соціальній роботі: теорія та практика. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Цілісний підхід у психології та соціальній роботі: теорія та практика» (23 лютого 2024 року): Збірник тез. 2024. С. 242  
[https://www.cusu.edu.ua/images/stories/news\\_2024/pedfak/01/24-01-09-00/Tezu\\_konf.pdf](https://www.cusu.edu.ua/images/stories/news_2024/pedfak/01/24-01-09-00/Tezu_konf.pdf)

2.4. Щирук І. Психологічні особливості проявів стрес-фактору у осіб постраждалих на ПТСР. Актуальні проблеми психології особистості на європейському просторі : Матеріали ІХ Міжнародної науково-практичної конференції, 15 лютого 2024 р. / за ред. С.Д. Максименка, Л.А. Онуфрієвої. Кам'янець-Подільський : Видавець Ковальчук О.В., 2024. С. 123.

2.5. Щирук І. Психологічні особливості висвітлення природи аксіології особистості в умовах трансформації суспільства. Становлення особистості: персоногенетичний контекст: збірник тез доповідей II Міжнародної науково-практичної конференції, 23-24 квітня 2024 р., м. Мукачево / ред. кол. Т. Д. Щербан (гол. ред.) та ін. Мукачево: Вид-во МДУ, 2024. С.46-48.

2.6. Щирук І.А. Змістовно-процесуальні засади програми соціально-психологічної підтримки військовослужбовців та цивільного населення, які постраждали на ПТСР в умовах воєнного стресу Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції з міжнародною участю «Актуальні питання гіпнозу та сучасної гіпнотерапії у корекції психоемоційних травм, ПТСР та інших психічних розладів» 11 січня 2025 р м Київ. С.76-78.

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП.....</b>	<b>14</b>
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ.....</b>	<b>24</b>
1.1. Посттравматичний стресовий розлад як предмет наукового аналізу.....	24
1.2. Соціально-психологічний портрет військовослужбовця у контексті ПТСР.....	29
1.3. Основні психотерапевтичні напрями вивчення та корекції ПТСР.....	36
1.4. Особливості формування ПТСР у військовослужбовців і цивільних осіб та соціально-психологічні ресурси їх підтримки.....	43
Висновки до першого розділу.....	53
<b>РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ ТА НАСЛІДКІВ ПТСР У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ТА ЦИВІЛЬНИХ ОСІБ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТРЕСУ.....</b>	<b>55</b>
2.1. Методичне та організаційне забезпечення емпіричного дослідження.....	55
2.2. Аналіз результатів першого етапу емпіричного дослідження.....	64
2.3. Аналіз результатів другого етапу емпіричного дослідження.....	73
Висновки до другого розділу.....	108
<b>РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ТА ЦИВІЛЬНИХ ОСІБ, ПОСТРАЖДАЛИХ НА ПТСР В УМОВАХ ВОЄННОГО СТРЕСУ.....</b>	<b>111</b>
3.1. Змістовно-процесуальні та методичні засади програми соціально-психологічної підтримки військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу.....	111
3.2. Аналіз результатів застосування програми у роботі з військовими та цивільними особами, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу.....	153
Висновки до третього розділу.....	158
<b>ВИСНОВКИ.....</b>	<b>164</b>

<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....</b>	<b>168</b>
<b>ДОДАТКИ.....</b>	<b>193</b>

## ВСТУП

**Актуальність теми дослідження.** Однією з найбільш актуальних соціально-психологічних проблем сучасності є негативні наслідки посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військовослужбовців та цивільних осіб, які суттєво впливають на психічне і фізичне здоров'я, якість життя та соціальне функціонування особистості, зумовлюючи потребу в комплексній медичній, соціальній і психологічній допомозі. Особливої ця проблема набула в умовах війни в Україні, де воєнний стрес і пов'язані з ним посттравматичні порушення стали поширеним явищем серед населення. Значні масштаби поширення ПТСР та його довготривалі наслідки для особистості, сім'ї й суспільства загалом визначають необхідність пошуку ефективних шляхів соціально-психологічної підтримки та відновлення постраждалих.

Здатність ПТСР та інших особливо небезпечних психологічних травм в умовах воєнного стресу охопити велику кількість людей, завдавати їм страждань та зрештою призводити до соціально-психологічної кризи наочно свідчить про те, що наслідки воєнного стресу являють собою серйозну загрозу для національної безпеки.

Саме тому одним із пріоритетних завдань сучасної психологічної науки та практики є розроблення ефективних засобів профілактики, корекції та подолання наслідків ПТСР у військовослужбовців і цивільних осіб, які зазнали впливу воєнного стресу, а також мінімізація його соціально-психологічних наслідків, що негативно позначаються на психічному благополуччі, соціальному функціонуванні, міжособистісних взаєминах і соціальному статусі особистості.

У зв'язку з цим особливої уваги потребують військовослужбовці та цивільні особи працездатного віку, які внаслідок впливу воєнного стресу та ПТСР зазнають суттєвих труднощів у професійному, соціальному й особистісному функціонуванні. Попри значну кількість досліджень, присвячених окремим аспектам посттравматичних порушень, у сучасній науці все ще недостатньо представлено цілісний і системний підхід до соціально-

психологічної підтримки військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих від ПТСР в умовах воєнного стресу.

Дослідження з цієї проблеми практично обмежуються суто медичними та медико-психологічними аспектами поєданого впливу фармакотерапії та психотерапії на військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу (К. Давіденко, М. Денисенко, Р. Лакінський, Л. Шестопалова, І. Лінський, З. Кісарчук, О. Чабан та ін.)

Пошук шляхів розв'язання цієї проблеми є важливим самостійним науковим завданням, що потребує: проведення комплексного емпіричного дослідження соціально-психологічних особливостей військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу; побудови й функціонування системи соціальної підтримки військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу (О. Блінов, В. Завацький, Р. Попелюшко, О. Сафін, В. Турбан та ін.).

Таким чином, проблема соціально-психологічної підтримки військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу, потребує глибокого наукового аналізу, систематизації та узагальнення.

Наукова та соціальна значущість і недостатня розробленість цієї проблеми зумовили вибір теми дисертаційного дослідження: «Соціально-психологічна підтримка військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу».

**Зв'язок із науковими програмами, планами і темами.** Дисертаційне дослідження виконано в межах комплексних наукових тем кафедри практичної психології Центральноукраїнського державного університету імені Володимира Винниченка «Психологічні закономірності, чинники та ресурси розвитку, збереження і відновлення цілісності особистості в умовах сучасного соціального середовища». Тема дисертаційного дослідження затверджена Вченою радою Центральноукраїнського державного університету імені Володимира Винниченка (протокол № 14 від 25 травня 2025 року).

**Об'єкт дослідження:** процес соціально-психологічної підтримки військовослужбовців і цивільних осіб, постраждалих від ПТСР в умовах воєнного стресу.

**Предмет дослідження:** особливості соціально-психологічної підтримки військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу.

**Мета дослідження:** теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити особливості соціально-психологічної підтримки військовослужбовців і цивільних осіб, постраждалих від посттравматичного стресового розладу в умовах воєнного стресу, розробити та апробувати програму її реалізації.

Для досягнення мети було сформульовано такі **завдання дослідження:**

1. Здійснити теоретико-методологічний аналіз провідних наукових підходів до визначення специфіки соціально-психологічної підтримки військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих від посттравматичного стресового розладу в умовах воєнного стресу.

2. Розробити та обґрунтувати модель соціально-психологічної підтримки військових та осіб, які пережили посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) під час воєнного стресу.

3. Дослідити специфіку когнітивних дисфункцій та соціально-психологічних характеристик військовослужбовців і цивільних осіб, постраждалих від ПТСР, у структурі їхнього адаптаційного потенціалу, що підлягає емпіричному вивченню.

4. Розробити та апробувати програму соціально-психологічної підтримки військовослужбовців і цивільних осіб, постраждалих від ПТСР в умовах воєнного стресу.

**Теоретико-методологічним підґрунтям** дослідження є ідея системного підходу, що розглядає положення та роль розгалужених процесів у причинності, мінливості та самоорганізації розвитку складних систем (Н. Завацька, О. Кононенко); принципи системно-цілісного (В. Бочелюк, Є.Гейко), суб'єктно-діяльнісного (Г. Костюк, С. Максименко), системно-структурного підходів у

психології; концепції розвитку особистості (М. Боришевський, І.Радул), концепції регуляції діяльності (С. Максименко), теоретико-методологічні засади аксіологічного персоногенезу (Л. Клочек, Р. Попелюшко), індивідуальна орієнтація (В. Турбан), соціально-психологічна орієнтація (І. Хоян, У. Михайлишин, М. Орап), положення теорії комплексної допомоги при ПТСР (О. Кокун, С. Кузікова, Б. ван дер Колк, Н. Лозінська, О. Шаумян), концепції впливу стресогенних чинників на особистість учасників бойових дій (В. Завацький, О. Сафін, В. Турбан); психотерапії емоційних травм (А. Бек, А. Фримен, В. Шебанова, Н. Тавровецька, О. Штепа); концепція особистого здоров'я (П. Білецький, Н.Завацька, Ю. Бохонкова, О. Федорова, А. Журба, Т. Комар), соціальної підтримки (О. Бондаренко, Н. Міщенко, Т. Бруга, Т. Фідріх, Д. Террі, Г.Соммер, Н. Вебер), психологічного благополуччя (М. Чіксентмігаї, К. Райфф, М. Селігман), теорії формування та модифікації особистісних якостей у процесі активного соціально-психологічного навчання (Т. Яценко), теорії психологічної допомоги та основні принципи практики (О. Бондаренко, І. Ващенко, Л. Ободовська).

Для досягнення мети і реалізації завдань дослідження було використано **методи дослідження:**

*теоретичні методи* – аналіз наукової літератури з проблеми дослідження (методи порівняння, систематизації, узагальнення та моделювання); наукова інтерпретація та інтеграція емпіричних даних;

*емпіричні методи* – спостереження, інтерв'ю, анкетування (опитувальник І. Шмакової для виявлення суб'єктивної успішності у виборі джерел соціальної підтримки та подоланні труднощів), психодіагностичні психологічні методики:

- 1) «Міссісіпська шкала ПТСР» (військовий варіант): задля виявлення та оцінення проявів ПТСР.
- 2) «Шкала самооцінки наявності ПТСР»: визначення ознак ПТСР у військових та осіб постраждалих на бойовий стрес за критеріями «DSM-IV»; виявлення: «нормативних показників психічної активності», «окремих ознак посттравматичного стресового розладу», наявності «посттравматичного стресового розладу».
- 3) «Шкала психологічного стресу»

RSM-25»; уможлиблює визначення рівнів «стресових відчуттів» у соматичних, поведінкових та афективних показниках у військовослужбовців та осіб постраждалих на бойовий стрес. 4) Тест «Аналіз стилю життя»; задля визначення рівню «стресостійкості особистості». 5) «Шкала реактивної та особистісної тривожності»; сприяє визначенню рівню ситуативної та особистісної тривожності. 6) «Опитувальник депресивності А. Бека»; надає можливість щодо з'ясування наявності депресії та ступеню важкості депресивних розладів у військових та осіб постраждалих на бойовий стрес. 7) «Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду» виявляє «рівень інтенсивності стресової дії бойової ситуації на військових та осіб постраждалих внаслідок бойових дій. 8) Шкала оцінки психічного статусу MMSE (Mini Mental State Examination) задля виявлення когнітивних порушень осіб, постраждалих на ПТСР. 9) Фронтальний оціночний тест (FAB) – для виявлення лобової дисфункції; таблиці Шульте для оцінювання уваги та швидкості її переключення. 10) Опитувальник засобів копіngu (Ways of Coping Questionnaire) (Р. Лазарус, С. Фолкман), що дозволяє виявити стратегії самоопанування особистості в складних життєвих ситуаціях;

*математичні методи опрацювання даних і подальша якісна інтерпретація та змістове узагальнення.* Статистичне опрацювання даних проводилося за допомогою комп'ютерної програми SPSS 20.0.

Дослідження проводилося у 2022-2025 рр. і включало три етапи.

*На першому етапі (2022-2023 рр.)* розроблялося вихідне позиціонування дослідження – об'єкт, предмет, мета, завдання, теоретико-методологічні засади, вивчалася проблемна ситуація в науково-психологічному просторі, виявлялися основні компоненти, формувався понятійний апарат.

*На другому етапі (2023-2024 рр.)* було розроблено ключові положення, що визначають методологічні засади соціально-психологічної підтримки військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу, побудовано модель соціально-психологічної підтримки військових та осіб, які пережили посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) під

час воєнного стресу дослідницького процесу, вивчено когнітивні та соціально-психологічні характеристики, що визначають адаптивність постраждалих досліджуваних.

*На третьому етапі (2024-2025 рр.)* розроблено та експериментально обґрунтовано Програму соціально-психологічної підтримки військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу та організаційні умови, що сприяють її ефективності; розроблено програмно-методичні матеріали; проаналізовано психокорекційні та реабілітаційні заклади; проаналізовано соціально-психологічні ресурси; узагальнено й систематизовано результати дослідження, сформульовано висновки.

**Достовірність та обґрунтованість результатів дослідження** забезпечується методологічним обґрунтуванням вихідної теоретичної позиції, використанням взаємодоповнюючих методів, що відповідають цілям і завданням дослідження, репрезентативністю вибірки, поєднанням кількісних і якісних методів аналізу отриманих емпіричних даних, застосуванням методів математичної статистики.

**Наукова новизна дослідження** полягає в тому, що:

- *уперше* для вивчення проблеми соціально-психологічної підтримки військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу використано парадигмальний підхід; використання системно-цілісного, суб'єктно-діяльнісного та системно-структурного підходів забезпечує комплексне бачення проблеми, дозволяє інтегрувати індивідуальні та соціальні чинники у процесі реабілітації та створює основу для побудови ефективної моделі соціально-психологічного супроводу військовослужбовців і цивільних осіб, постраждалих від ПТСР в умовах воєнного стресу.

- *визначено* концептуальні засади програми соціально-психологічної підтримки військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих від ПТСР в умовах воєнного стресу, на основі системної та комплексної методології.

- *виявлено* когнітивні порушення та соціально-психологічні характеристики військовослужбовців і цивільних осіб, що визначають специфіку їхнього адаптаційного потенціалу та потребують урахування при побудові програм підтримки.

- *запропоновано* модель соціально-психологічної підтримки військових та осіб, які пережили посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) під час воєнного стресу, яка інтегрує індивідуальні та групові форми роботи й забезпечує комплексний підхід до реабілітації та постреабілітаційного супроводу осіб із ПТСР.

**Теоретична значущість** дослідження полягає: в концептуалізації соціально-психологічних засад підтримки військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих від ПТСР в умовах воєнного стресу, у векторі активізації їхніх ресурсних можливостей та підвищення адаптаційного потенціалу; виявленні та систематизації когнітивних порушень і соціально-психологічних характеристик зазначених категорій осіб, що визначають специфіку їхнього функціонування та потребують урахування при побудові програм підтримки; формуванні сучасного уявлення про організаційні особливості соціально-психологічної підтримки, що забезпечує інтеграцію теоретичних моделей із практичними технологіями реабілітації та постреабілітаційного супроводу.

**Практичне значення дослідження** полягає в розширенні уявлень про соціально-психологічні особливості підтримки військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих від ПТСР в умовах воєнного стресу; використанні теоретично й емпірично обґрунтованих положень як методологічного підґрунтя у психодіагностичній, психопрофілактичній, психокорекційній та психотерапевтичній роботі фахівців, що працюють із зазначеними категоріями осіб; визначенні змісту програм соціально-психологічної підтримки осіб, постраждалих від ПТСР, а також у практиці психологічного консультування щодо питань здоров'я, суб'єктивного благополуччя та соціальної успішності;

забезпеченні можливості адаптації та інтеграції постраждалих у соціальне середовище шляхом використання розроблених програм і технологій підтримки.

Пропонована система може бути рекомендована до впровадження в реабілітаційних центрах, центрах соціально-психологічної допомоги та центрах відновного лікування.

Результати дослідження **впроваджено** у роботу Херсонського державного університету (довідка № 03-32/ 564 від 15.04.2026 року), Донецького державного університету внутрішніх справ (акт впровадження від 09.04.2026 року), Київського політехнічного інституту імені Ігоря Сікорського (протокол № 13 від 21.03.2026 року), Центральноукраїнського інституту ПрАТ «ВНЗ «МАУП» (довідка № 38 від 24.03.2026 року), Національної академії внутрішніх справ (акт впровадження від 31.03.2026 року).

**Особистий внесок авторки.** Розроблені наукові положення та отримані результати емпіричного дослідження є самостійним внеском авторки у визначення соціально-психологічних особливостей проявів когнітивного дисонансу у професійній діяльності медичних працівників. В опублікованих зі співавторами працях доробок авторки становить: Popovich I., Koval I., Zavatska N., Hoi N., Shchyruk I., Domina H., Zinchenko S. Impact of psychogenic factors on motivational orientation of junior athletes. *Journal of Physical Education and Sport*. Vol.23, issue 9, September 2023, article number 270. DOI:10.7752/jpes.2023.09270 Щирук І.А. здійснила концептуалізацію поняття психічного здоров'я та провела емпіричне дослідження, спрямоване на виявлення впливу психогенних чинників на мотиваційну орієнтацію особистості, що забезпечило наукове обґрунтування взаємозв'язку між психологічними характеристиками та мотиваційними стратегіями у діяльності; Клочек Л.В., Щирук І.А. Психологічна допомога військовослужбовцям із посттравматичним стресовим розладом. *Психологія: реальність і перспективи*. 2024. Випуск 23. С.71-78. DOI [https://doi.org/10.35619/prap\\_rv.vi23.413](https://doi.org/10.35619/prap_rv.vi23.413) Щирук І.А. розкрила сутність посттравматичного стресового розладу, його клініко-психологічні прояви та соціально-психологічні наслідки, що дозволило визначити ключові напрями

психологічної допомоги військовослужбовцям у процесі подолання травматичного досвіду. Розробки та ідеї, що належать співавторам, у дисертації не використовуються.

**Апробація результатів дослідження.** Основні теоретичні та практичні положення дисертаційної роботи було представлено на науково-практичних конференціях, семінарах-тренінгах, зокрема на міжнародних: II Міжнародної науково-практичної конференції Становлення особистості: персоногенетичний контекст, 23-24 квітня 2024 р., м. Мукачево «Психологічні особливості висвітлення природи аксіології особистості в умовах трансформації суспільства»; IX Міжнародної науково-практичної конференції «Актуальні проблеми психології особистості на європейському просторі», 15 лютого 2024 р. Кам'янець-Подільський «Психологічні особливості проявів стрес-фактору у осіб постраждалих на ПТСР»; Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Київ, 09-10 листопада 2024 року) м. Київ. «Психологічні особливості негативних наслідків воєнного стресу у військовослужбовців та осіб, постраждалих внаслідок бойових дій»; Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Цілісний підхід у психології та соціальній роботі: теорія та практика» (23 лютого 2024 року) м. Кропивницький; Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції з міжнародною участю «Актуальні питання гіпнозу та сучасної гіпнотерапії у корекції психоемоційних травм, ПТСР та інших психічних розладів» 11 січня 2025 р м Київ «Змістовно-процесуальні засади програми соціально-психологічної підтримки військовослужбовців та цивільного населення, які постраждали на ПТСР в умовах воєнного стресу»; Всеукраїнська науково-практична конференція «Актуальні питання теорії та практики психолого-педагогічної підготовки майбутніх фахівців» 10 квітня 2025 р. Хмельницький національний університет; науково-практична конференція з міжнародною участю «Інноваційні технології діагностики, лікування та реабілітації неврологічних захворювань в умовах воєнного часу» 29-30 березня 2024 року; науково-практична конференція з міжнародною участю :

«Психосоматична медицина: наука та практика» 24-25 квітня 2025 р м. Київ; щорічний науковий круглий стіл: «Наукова спадщина української психології: єдність минулого та теперішнього» (м. Київ, 12 вересня 2024 року) м. Київ. «Психологічні особливості розладів у військовослужбовців та осіб, постраждалих внаслідок бойових дій»; майстер-клас: «Штучний інтелект та технології віртуальної реальності в курації ПТСР» 24 квітня 2025 р. м. Київ; майстер-клас: «Медико-психологічний супровід осіб, які переживають різні типи втрат в контексті триваючої війни» 25 квітня 2025 р м. Київ; майстер-клас: «Ментальне здоров'я української нації: як зберегти найцінніше?» 11.04.2025 р. м. Київ.

**Публікації.** Основні положення й висновки дисертаційної роботи представлено у 12 публікаціях авторки, з яких 5 статей у наукових фахових виданнях із психології, 1 стаття – у наукометричному виданні, 6 публікацій – у збірниках матеріалів науково-практичних конференцій та інших виданнях.

**Структура дисертації.** Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел із 209 найменувань (з них 79 – іноземними мовами). Загальний обсяг дисертації викладено на 217 сторінках, із них 155 сторінок основного тексту. Робота містить 21 таблицю на 12 сторінках, 8 рисунків на 4 сторінках, 3 додатки на 23 сторінках.

# РОЗДІЛ 1.

## ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ

### 1.1. Посттравматичний стресовий розлад як предмет наукового аналізу

Соціальне середовище є важливим джерелом емоційних потрясінь, проте рівень психологічної стійкості до їхнього впливу характеризується значною варіативністю. Згідно з результатами наукових досліджень, будь-який стрес набуває травматичного характеру, коли дія стресора призводить до виразних порушень психічної діяльності особистості [201; 202; 205; 206]. Наслідки такого впливу за своїм масштабом та вираженістю можуть бути співмірними з фізичними травмами. Світогляд особистості деформується, а неврологічні механізми, що відповідають за пізнавальні процеси, виходять з ладу. За таких обставин травматичними стресорами можуть бути екстремальні кризові ситуації з глибокими негативними наслідками, а також події, що загрожують життю – як самого індивіда, так і його близьких. Це руйнує відчуття безпеки. Для багатьох людей переживання подібного стресу в майбутньому обертається розвитком посттравматичного стресового розладу (ПТСР) [2; ;, 19].

Аналіз наукової літератури свідчить, що серед перших дослідників, хто вивчав це явище, був А. Кардінер, який описав його у 1941 році, послуговуючись поняттям «військовий невроз хронічного типу». А. Кардінер детально описав такі прояви:

- підвищена нервова збудливість та легка дратівливість;
- імпульсивна поведінка у відповідь на несподівані подразники;
- нав'язливі думки про травматичні події;
- уникнення реальності;

- схильність до неконтрольованих спалахів агресії, які важко стримати [155].

Проблему, яка стала предметом зазначених досліджень, американське суспільство усвідомило нагальною та важливою приблизно в середині 70-х років минулого століття. Вказане було пов'язано з необхідністю осмислення та пояснення психологічних наслідків війни у В'єтнамі, особливостей поведінки тих, хто брав у ній участь [129]. Серед цієї групи осіб було зафіксовано численні випадки самогубств, прояви насильницької поведінки, а також серйозні труднощі в особистому, сімейному та соціальному житті. Така ситуація змусила державні органи вжити необхідних заходів, спрямованих на реабілітацію ветеранів в'єтнамської війни.

Одним із перших, хто почав здійснювати дослідження узагальнювального ефекту, був П. Боурн [129]. Він ідентифікував такий загальний симптом як «нав'язливі повторювані спогади». Останні здебільшого проявляються у вигляді яскравих емоційно-сенсорних образів, що нагадують «ретроспективні кадри». Часто ці спомини супроводжувалися страхом, пригніченням, соматичними та вегетативними розладами, тривожними сновидіннями бойового характеру та почуттям провини [129].

У фундаменті психологічної травми лежить подія, що перевершує межі життєвого досвіду, а тому кожна травма має унікальний генез, і як наслідок – не існує єдиного, універсального підходу до її подолання [24; 26; 36]. Зарубіжна психологічна наука розглядає будь-який травматичний розлад як типову, адекватну відповідь організму на екстраординарні, неадекватні зовнішні чинники. Натомість у вітчизняній психології сформувалася кардинально інша концепція. Вчені О. А. Блінова [1; 2], В. О. Курило, Б. В. Михайлова, С. Н. Саржевського та В. В. Чугунова [57] схилилися до думки, що психічні розлади, викликані глибокими травматичними переживаннями, слід розглядати як захворювання, що потребує медичного втручання.

У 1944 році Е. Ліндеманн запропонував термін «патологічна скорбота» (pathological sadness) – для опису порушень у психіці, що виникають як наслідок

тривалого стресу. Він охарактеризував цей синдром як такий, що має чітку психопатологічну та соматологічну структуру і проявляється через певний проміжок часу після дії стресового фактора. Згодом цей стан може трансформуватися в «нормальну скорботу» (normal sadness), яка поступово минає. У 1957 році Леопольд та Діллон зафіксували психологічні проблеми у 36 моряків, які пережили катастрофу танкера «Мішн». У 16 з них спостерігалися нав'язливі та сумні спогади, епізоди тривоги та загальний негативний емоційний стан. Ці стани були класифіковані як «посттравматичні», «травматичний невроз тих, хто вижив» (post-traumatic neurosis of survivors) або «психологічне захворювання після травми» (post-traumatic psychological disease). Пізніше Л. Ленд разом із Д. Ліфтоном запропонували концепцію «синдрому жертви». Психічний стан тих, хто пережив катастрофу, не схожий на так званий «зомбі-психоз» (mental numbering like zombies). При належній реакції на подію це, фактично, тимчасова психічна дезадаптація у здорових людей [57].

А. Берджесс і Л. Холстром увели поняття «синдром травми згвалтування» (rape-trauma syndrome) – як сукупність психосоматичних розладів, що проявляється в довготривалій перспективі. Приблизно у третини постраждалих від згвалтування він характеризується втратою звичних емоційних реакцій, «фобією травми», гіперзбудливістю, дратівливістю та страхом нічних кошмарів [57].

Було зібрано значну кількість клінічних спостережень, які свідчили про те, що особистість, котра зазнала впливу психогенного фактора та пережила травматичний досвід, формує у себе характерний набір симптомів. М. Горовітц [151] визначав цей комплекс як окремий синдром, що отримав назву «посттравматичний стресовий розлад» (post-traumatic stress disorder).

Комплексно пояснюють виникнення ПТСР такі теорії: реактивні (біхевіоральні підходи: теорія Б. Колодзіна, нейропсихологічна теорія Л. Колба); диспозиційні (теорія досвіду Ф. Васшижа); інтерактивні (нейропсихологічна теорія еріксонівського гіпнозу); особистісно-середовищні (підхід Дж. Вілсона) [207].

Науковці, які досліджували вказану проблему, розрізняють дві основні групи пояснень чинників і механізмів цього явища: а) психологічні моделі; б) біологічні моделі. Психологічні моделі охоплюють психосоціальні, психодинамічні та когнітивні концепції. Натомість біологічні моделі фокусуються на аналізі нейроендокринних, нейроанатомічних та інших фізіологічних аспектах цього розладу [137].

ПТСР – це відкладена та/або тривала відповідь на стресову подію чи обставини винятково загрозливого або катастрофічного масштабу, здатних викликати сильні переживання у будь-якої людини. Такі фактори, як індивідуальні особливості особистості або наявність у минулому розладів нервової системи, можуть значно знизити чутливість до розвитку цього синдрому або, навпаки, обтяжити його протікання, однак вони ніколи не є вирішальними чи вичерпними для пояснення його виникнення [1; 19; 22].

На основі аналізу теоретичних досліджень можна стверджувати, що ключовими чинниками у формуванні ПТСР, без яких він би не міг виникнути, є саме стресові події [22; 23; 27].

Багато вітчизняних дослідників зазначають, що ознаками посттравматичного стресового розладу є стан підвищеної тривожності, настирливе відтворення травматичних подій у думках разом з їх повторним переживанням, нічні кошмари, проблеми зі сном та нав'язливі спогади. Окрім цього, можуть спостерігатися депресивні стани, зниження емоційного фону, спалахи агресії та підвищена дратівливість [35; 38; 40].

У науковій літературі виділяють такі особливості цих станів. По-перше, вони формуються поетапно, що зумовлює їхній тривалий хронічний характер. По-друге, їх відзначає різноманітність психопатологічних проявів. По-третє, приблизно у 6-20% випадків ці стани призводять до стійких залишкових наслідків, що виражаються у значній тривалій дезадаптації [48; 49; 61].

На основі аналізу дослідних даних можна дійти висновку, що посттравматичний стрес, залежно від форми прояву, класифікується як гострий, хронічний та відкладений. Гостра форма посттравматичного стресового розладу

констатується, коли симптоматика виявляється у межах трьох місяців після травмуючої події. Водночас за відкладеної форми ПТСР ознаки проявляються після періоду прихованого розвитку, що триває півроку і довше [73; 74; 76].

Можна виділити чотири основні категорії симптомів, що найчастіше спостерігаються при хронічному перебігу посттравматичного стресового розладу. Перша - тривожний тип ПТСР. Ця форма відповідає типовим клінічним проявам розладу і вважається стандартним варіантом хронічного ПТСР. Для нього характерним є високий рівень тривожності – як загальної, так і щодо психічного стану, проте без домінування нав'язливих спогадів про травматичну подію. Людина може уникати таких спогадів, займаючись іншими справами. Друга категорія - дисфоричний тип ПТСР. Подібно до тривожного типу, дисфоричний тип має чітко виражений набір симптомів. У особистості з'являються риси, раніше їй не властиві: підвищена дратівливість, агресивність, схильність до гніву. Переважання тужливого, апатичного настрою свідчить про депресивний стан. Третя категорія симптомів - астеничний тип ПТСР. Цей тип характеризується домінуванням нав'язливих спогадів, які проявляються у свідомості з помірним ступенем інтенсивності. Поведінка такої людини зазвичай пасивна. Нарешті четверта категорія - соматоформний тип ПТСР. Для цієї форми типові симптоми ПТСР, що виявляються через шість місяців після психотравматичних подій. Це може вказувати на відкладений варіант розладу, при якому спостерігається майже повна відсутність деяких типових симптомів. Наприклад, може бути відсутнє виражене відчуття напруженості та тривоги, або, навпаки, пригніченість і апатія, коли виникають ситуації, що нагадують первинну травму [28; 95; 97].

Проведений аналіз наукової літератури дає змогу стверджувати, що стрес має травматичний характер. Під впливом стресових чинників психічна сфера особистості зазнає розладів, які за своєю вагою та інтенсивністю подібні до фізичних ушкоджень. Ці події підривають відчуття безпеки людини. Пережите травматичне потрясіння часто стає причиною розвитку посттравматичного стресового розладу у багатьох людей [98; 99; 100; 101].

Вивчаючи проблему посттравматичного стресового розладу, ми встановили, що існують дві форми його прояву: гостра та хронічна. За гострої форми людина стає одержимою пережитим стресом, постійно до нього повертаючись [107; 108]. У таких випадках симптоматика є надзвичайно вираженою. Гостра форма може поступово стихати або трансформуватися в хронічну. Якщо розвивається хронічна форма, симптоми не минають, проте їхня інтенсивність зменшується. Формування симптомів ПТСР залежить від тяжкості травми, її специфіки та індивідуальної здатності особистості долати стрес та адаптуватися до нього [110; 121; 126].

Отже, проведений теоретичний аналіз дозволяє розглядати ПТСР як специфічний комплекс психічних реакцій, що формується внаслідок переживання людиною екстремальних травматичних подій. Зважаючи на різноманітність наукових підходів до пояснення його природи, ми схилиємося до думки, що визначальну роль у виникненні розладу виконує психотравмуючий досвід особистості. Разом з тим особливості розвитку та перебігу ПТСР зумовлюються взаємодією біологічних, психологічних і соціальних чинників, що актуалізує проблему застосування комплексного підходу до його вивчення та психологічної допомоги особам, які пережили травматичні події.

## **1.2. Соціально-психологічний портрет військовослужбовця у контексті ПТСР**

Особлива категорія осіб, яка зазнає впливу екстремальних та психотравмувальних чинників, є військовослужбовці. Специфіка їхньої професійної діяльності, характеризується тим, що вони опиняються в умовах, де необхідним є стабільний прояв внутрішнього потенціалу та резервів організму й психіки [3; 4; 22; 38].

Сутність професійної діяльності військовослужбовця полягає в його зобов'язанні брати участь у бойових діях і забезпечувати захист Батьківщини [40, 62, 75]. Військовий конфлікт примушує людей щоденно випробовувати свої

ментальні та фізичні ресурси до критичної межі. В умовах бойових дій вони зазнають впливу численних потужних стресорів, що спричиняє негативний відбиток на психічне здоров'я в цілому [77, 78, 79].

Аналіз літературних джерел у галузі військової психології дає підстави стверджувати, що особистість – це, передусім, її внутрішній світ, індивідуальна свідомість, яка є типовим відображенням суспільної свідомості. Особистість не здатна існувати поза межами соціуму [4; 73; 74]. Вона є цілісною системою, що охоплює сукупність індивідуальних психічних процесів, рис характеру, станів, які становлять її своєрідність та зумовлюють поведінкові вияви. Формування особистості безперервно відбувається у процесі засвоєння соціального досвіду, культурних норм і суспільних цінностей [10; 13; 15]. Саме тому для розуміння особливостей поведінки військовослужбовців та їхніх реакцій на бойовий стрес важливо враховувати не лише індивідуально-психологічні характеристики, а й специфіку соціального середовища, у якому відбувається їхнє професійне становлення та виконання військових завдань.

Військовослужбовець входить до складу військового колективу, несе виконання почесного обов'язку захищати країну. Особистості військовослужбовця притаманні високий рівень політичної усвідомленості, моральна зрілість, професійні знання та навички для реалізації навчальних, службових і бойових цілей [2; 73].

Кожен, хто несе військову службу, має свої унікальні індивідуально-психологічні риси. Згідно поглядів О. А. Блінова, ключовим моральним елементом світогляду військового є його концепція світу [3; 4]. Це цілісна структура, що складається із соціальних та політичних переконань і знань, глибокого розуміння патріотизму та дотримання військових нормативних актів. Сутність особистості переважно визначається її моральними та правовими аспектами. Сфера суспільної поведінки включає моральні принципи, поважливе ставлення до законів країни та обізнаність щодо них, готовність беззастережно дотримуватися їх і прагнути до виконання, відстоюючи державні інтереси.

Кожен індивід накопичує протягом життя певний багаж знань, умінь, навичок, індивідуальних рис та здатностей, що характеризують його як особистість [29; 41; 45; 51]. Ці здобутки розглядаються як невід’ємні складові військового фаху. У свідомості військовослужбовця можна виокремити два основні аспекти: теоретико-світоглядний, який відображає систему знань і переконань особистості, та динамічний, що формується на основі практичного досвіду і змінюється під впливом умов життєдіяльності та професійної діяльності [94; 110; 111].

Ключовою особливістю особистості військовослужбовця, що пережив локальні конфлікти, є так звана стратегічна риса. Вона охоплює загальні, життєві й професійні цілі, які демонструють ставлення до ключових аспектів військової служби та суспільних цінностей. В основі військової служби лежать переконання та моральні принципи солдата, його погляди на фундаментальні військово-політичні та суспільні проблеми. Усі ці аспекти виявляються в екстремальних умовах, де особистість зазнає підвищеного тиску. За таких обставин військовослужбовець має виявляти відвагу, твердість, наполегливість, бездоганне почуття військової честі та готовність допомогти побратимам [112; 140; 166].

Як стверджував дослідник Р. Попелюшко, важливими передумовами успішної професійної діяльності військовослужбовця є такі аспекти: працелюбність, суворе дотримання дисципліни, охайність, точність, мужність, самовідданість, уважність та спокій [74]. Ці характеристики, що виявляються у бойових умовах, формують стрижень особистості солдата, який брав участь у бойових діях, і сприяють його становленню як особистості.

Соціальна зрілість військового – перш за все, його громадянська зрілість. Це означає стійкість його переконань, інтересів та прагнень, які тісно пов’язані з долею інших людей, колективу та суспільства в цілому. Особистість, яка досягла інтелектуальної зрілості, здатна трансформувати погляди, думки та уявлення свого найближчого оточення, надаючи їм власної індивідуальної форми [8; 9; 32; 34].

Важливо зазначити, що інтелектуальна діяльність безпосередньо впливає на розвиток певних пізнавальних процесів. Вона сприяє збагаченню емоційної сфери та зміцненню сили волі. Оволодіваючи озброєнням та військовою технікою, військовослужбовці постійно вдосконалюють свої технічні знання та практичні навички [154; 201; 202].

На основі вивчення та аналізу наукової психологічної літератури можна дійти висновку, що усвідомлення вагомості та відповідальності військової служби є потужними чинниками виховання, які відіграють ключову роль у становленні особистості військовослужбовця. Соціальна важливість військової справи, її глибинний зміст сприяють формуванню у захисників Батьківщини високих ідеалів та шляхетних якостей [179; 186; 189].

Рівень психологічної зрілості військовослужбовця значною мірою залежить від його залученості до соціальних процесів. Ця зрілість найчіткіше простежується у реальному сприйнятті особистістю навколишнього світу, у її здатності контролювати себе, у стабільності емоцій, а також у вмінні ефективно долати труднощі та життєві випробування [170; 177; 178].

Вивчення праць українських науковців Н.А. Агаєва, О.М. Кокуна, Н.С. Лозінської, В.В. Остапчука, І.О. Пішко дозволяє зробити висновок про кардинальні відмінності специфіки професійної діяльності військовослужбовців від інших видів державної служби: 1) складання Військової присяги; 2) сувора обов'язковість та особиста відповідальність; 3) обмеженість конкретним часовим проміжком (укладеним контрактом); 4) беззаперечне виконання наказів керівництва; 5) високі вимоги до стану здоров'я, фахової та загальної освіти, морально-ділових якостей, фізичної загартованості; 6) особливий статус уніформи та знаків розрізнення [40].

Бійці, які беруть участь у локальних воєнних конфліктах, під час виконання військового обов'язку опиняються в екстремальних обставинах, що потребує максимальної мобілізації всіх внутрішніх ресурсів, здатностей особистості та психоемоційного напруження.

Оточення кожного військового – середовище, в якому він здійснює професійну діяльність – та він сам зазнають постійних трансформацій. Властива військовим активність є невід’ємною частиною їхньої особистості. Професійна військова діяльність зосереджена виключно на службових процесах та явищах. Усі складові цих процесів утворюють єдине ціле – військову працю. Її головними компонентами виступають: безпосередньо військова професійна діяльність, соціальні і професійні взаємодії на щоденній основі та особистісне зростання [39; 114].

Грунтуючись на працях Н. Максименко, можна зробити висновок, що рівень амбіцій та персонального зростання військовослужбовця безпосередньо впливає на широту його соціальних зв’язків. Зі зростанням цих показників розширюються його життєві прагнення та потреби, що, у свою чергу, стимулює соціальну активність та громадянську позицію [49].

Статус військовослужбовця-учасника бойових дій розкривається через його особистість та індивідуальність, систему потреб, мотивів, ціннісних орієнтацій. У процесі своєї професійної діяльності він не тільки взаємодіє з навколишнім середовищем, а й пізнає власні психологічні можливості. Таке самопізнання втілюється в його життєвому досвіді, стає регулятором поведінки, професійних дій у складних, екстремальних, невизначених ситуаціях [1].

Вивчення праць Л.О.Гребінь спонукає сверджуватися, що військовослужбовець, засвоюючи інформацію про світ, водночас своєрідно відгукується певними станами на події та явища власного життя. Ці стани є результатами перебігу емоційно-вольових процесів [22].

Емоційно-вольові психічні процеси свідчать про загальний стан психіки індивіда, керуючи внутрішніми процесами. Емоції, почуття та воля військового, який бере участь у бойових діях, можуть проявлятися у специфічних емоційних та сенсорних станах. Серед них виділяють стан очікування – такий, що спричинений усвідомленням потенційної загрози життю, здоров’ю чи соціальному статусу в умовах бездіяльності; та стан бойового збудження –

інтенсивний стан, що пригнічує аналітичну функцію свідомості під час активних бойових дій [117; 119; 123].

Дослідник О. М. Кокун підкреслює, що коли емоції та почуття переміщують діяльність психічних процесів військовослужбовця на рівень підсвідомості (тобто поза контролем), їх свідоме регулювання налагоджується завдяки його волі. Остання, у свою чергу, розглядається як здатність особистості усвідомлювати свої дії, керуючись визначеною метою, і при цьому свідомо долати будь-які фізичні чи психологічні перешкоди [39; 40]. Стосовно питання розвитку вольових якостей у військовослужбовця, можна виділити такі особистісні якості, як рішучість, дисциплінованість, мужність, сміливість тощо [40].

Під час виконання службових обов'язків у захисників Батьківщини розвивається активне ставлення до життя та риси характеру.

Ключові суспільні характеристики воїна охоплюють:

- 1) загальнолюдські – любов до Батьківщини, прагнення до чесності, неупередженості, справедливості;
- 2) професійні – високий рівень володіння військовою справою, компетентність у своїй галузі;
- 3) військово-політичні – усвідомлення себе громадянином, властивий державоцентризм;
- 4) моральні – честь, відповідальність щодо військового обов'язку, братерство;
- 5) психологічні – стійкість, сила волі, самостійність у рішеннях;
- 6) фізичні – міцність тіла, здатність до довготривалих навантажень, швидкість реакції [74; 77; 78];
- 7) риси, що притаманні тим, хто обрав оборону Вітчизни своєю професією – рішучість, сміливість, завзятість, пильність, згуртованість, товарицькість, старанність, дисциплінованість;
- 8) особливої ваги набувають стабільність уваги, оперативність і чіткість реакції на оточення, швидкість та гнучкість мислення, самостійність,

підзвітність, вміння швидко приймати рішення за умов значного стресу, готовність жертвувати собою заради оборони своєї країни [78].

Отже, головною ознакою професійної військової служби вважається надзвичайно високий рівень зобов'язань та відповідальності, які покладаються на кожного бійця за належне виконання своїх професійних функцій.

Обставини військової служби зумовлюють необхідність максимальної мобілізації внутрішніх ресурсів людського організму та психіки. Ключовою особливістю професійної діяльності військовослужбовця є його участь у військових операціях чи бойових діях. Військовий увесь час існує в умовах, які часто називають «розбалансованим середовищем» [2; 3; 130; 131].

Для підтримання внутрішнього психологічного спокою, військовослужбовець повинен демонструвати психічну активність [20; 25; 30]. Військового об'єктивно спонукає активна взаємодія з оточенням та реалізація власного потенціалу у специфічній сфері, якою є військова служба [39; 40].

Таким чином, соціально-психологічний портрет військовослужбовця визначається поєднанням професійних, морально-вольових та особистісних якостей, наявність яких є основою ефективного виконання військового обов'язку в екстремальних умовах. Водночас тривалий вплив бойових стресорів може негативно позначатися на психічному здоров'ї військовослужбовця та сприяти розвитку ПТСР, що у подальшому потребує психологічної допомоги та корекції.

### **1.3. Основні психотерапевтичні напрями вивчення та корекції ПТСР**

Нині психотерапія обґрунтовано вважається одним із найдієвіших методів психологічної допомоги особам, які пережили посттравматичний стресовий розлад [37; 133; 135; 135]. Ключове завдання такого лікування – сформувати нове психологічне сприйняття реальності, відновити відчуття власної цінності та адаптувати функціонування особистості до умов сьогодення.

Питаннями дослідження ПТСР, а також практичним застосуванням набутих знань для його терапевтичного лікування у своїх наукових працях займалися такі фахівці, як З.Г. Кісарчук, О.М. Кокур, Г.П. Лазос, Н.С.Лозінська, Я.М. Омельченко та інші [36; 39].

Згідно з дослідженням О.А. Блінова [1], у практиці роботи з наслідками посттравматичного стресового розладу фахівці вдаються до застосування різних психотерапевтичних підходів. До останніх можна віднести наступні.

1. Раціональна психотерапія, яка слугує інструментом для пояснення механізмів розвитку та причин появи ПТСР.

2. Методи, спрямовані на психічну саморегуляцію, що допомагають зменшити симптоми тривоги й напруження. До них відносяться різноманітні техніки аутотренінгу, релаксації м'язової напруги, а також практики активної візуалізації позитивних образів та думок.

3. Когнітивна психотерапія, яка сприяє трансформації неконструктивних переконань.

4. Особистісно-орієнтований підхід, котрий допомагає людині переглянути своє сприйняття травматичної події, зокрема стосовно того, як вона себе ідентифікує в ролі жертви та спонукає до прийняття відповідальності, якщо не за саму подію, то принаймні за власну реакцію на неї.

5. Логотерапія, основною метою якої є віднайдення значущості пережитого. Групова терапія, у свою чергу, надає можливість розглянути власні труднощі під новим кутом, досліджуючи досвід інших учасників.

6. Аналіз переживань, у процесі якого обговорюються психотравмуючі обставини, з якими стикаються військовослужбовці, що брали участь у

локальних конфліктах. Основна мета такого аналізу – мінімізувати, а за можливості повністю усунути психічні страждання учасників бойових дій. Цього досягають шляхом поетапного розв’язання проблем: розглядаються враження, реакції та переживання тих, хто служить у війську; відпрацьовуються технології, яким чином допомогти пораненим зрозуміти суть подій та їхні травматичні переживання; зменшується відчуття винятковості власних реакцій, що сприймаються як патологія, через обговорення почуттів інших та спільний досвід; активізуються внутрішні резерви кожного, зміцнюється групова підтримка, солідарність та взаєморозуміння; знижується рівень тривоги як на індивідуальному, так і на груповому рівні; відбувається підготовка до переживання та опрацювання симптомів і реакцій, що можуть проявитися в майбутньому.

7. Ефективний метод психотерапії емоційних травм, що використовує рухи очей, є робота з жертвами катастроф, стихійних лих та насильства. Цей підхід також успішно застосовується при лікуванні фобій, панічних розладів та дисоціативних розладів особистості.

8. Гештальт-терапія, яка сприяє усуненню внутрішніх обмежень, стимулюючи процес розвитку, що, у свою чергу, допомагає відновити та оптимізувати механізми саморегуляції, спираючись на внутрішнє бажання особистості створити власне джерело підтримки.

9. У межах когнітивно-поведінкової психотерапії – поведінковий підхід, що розглядається як найбільш ефективний засіб у боротьбі з посттравматичним стресом. Основна мета цього методу полягає у зміцненні та розвитку таких умінь, як підвищення здатності до самоконтролю та спроможності до адекватної поведінки.

10. Сімейна психотерапія, яка впливає на нетипові моделі взаємодії у сформованій сімейній системі, використовуючи відповідні психотерапевтичні та психокорекційні інструменти. Її завданням є покращення міжособистісних стосунків у родині та усунення негативних проявів. Найчастіше в роботі з особами, які страждають на посттравматичний стресовий розлад, сімейні

психологи вдаються до таких технік: активне слухання, рольові ігри, використання пауз, створення «живих скульптур», аналіз відеоматеріалів тощо. Будь-який вид сімейної психотерапії починається з так званого «сімейного діагностування» – встановлення типу розладу, беручи до уваги індивідуальні особливості кожного члена сім'ї та специфіку проблеми одного з них.

11. Техніки інтервенцій (ЕВІ). Основний принцип цього методу полягає у розумінні того, що при посттравматичному стресовому розладі наявний страх. Він проявляється як під час нав'язливих спогадів (флешбеків), так і у відповідь на ситуації, що мимоволі викликають травматичні переживання. Терапевтична дія досягається в той момент, коли пацієнт свідомо звертається до травматичних спогадів. Це дозволяє йому заново пережити та опрацювати травматичну подію [1; 2; 3; 4].

Проведений аналіз джерел дає змогу дійти висновку, що успіх лікування посттравматичного стресового розладу значною мірою залежить від таких ключових чинників, як тяжкість воєнних подій, наявність тривожних станів, проблеми з концентрацією уваги, тілесні прояви та почуття провини. В контексті терапії пацієнтів із цим розладом жоден аспект не є другорядним, а навпаки – надзвичайно важливим [154; 155; 193].

Згідно з дослідженнями О.М. Кокун, І.О. Пішко, Н.С. Лозінської та інших науковців, психологічна реабілітація військовослужбовців, які брали участь у локальних конфліктах, передбачає чотири послідовні етапи [40; 67; 79]. Перший – *етап діагностики*. На цьому етапі здійснюється детальний аналіз індивідуальних особливостей особистості військовослужбовців, виявлення наявних у них психологічних проблем, а також оцінка ступеня впливу цих проблем на їхню життєдіяльність та загальний психологічний стан. Другим є *етап психологічної роботи*. Його відмінність полягає у цілеспрямованому застосуванні специфічних технік впливу на психіку військовослужбовців, які проходять реабілітацію. На *третьому етапі реабілітації* здійснюється особлива форма відновлення. На *четвертому етапі психологічного супроводу* акцент

робиться на моніторингу стану, наданні консультацій та психологічної підтримки [67].

Згідно з дослідженнями Г.Ю. Авдієнко, Д.Д. Романовської, О.В. Ілащук, психологічний супровід виступає як найбільш ефективний підхід у наданні психологічної підтримки військовослужбовцям, які пережили локальні конфлікти та страждають на ПТСР. Цей метод передбачає безперервний моніторинг змін у психологічному середовищі [67].

Фахівці, застосовуючи цей підхід, прогнозують та оцінюють потенційне психологічне виснаження й втрату сил. Вони надають психологічну допомогу для подолання наслідків травматичних подій, сприяють управлінню психічним станом, а також корекції соціальних та психологічних механізмів, що сформувалися в армійських умовах. До цього переліку входять наступні: прогнозування та визначення потенційної психологічної втоми і виснаження, надання психологічної допомоги для подолання травмуючих обставин, а також керування психологічним станом, соціальними та усталеними в армійському середовищі психологічними процесами.

Психологічний супровід складається з двох ключових компонентів, які відрізняються за характером дій, сферами застосування та цільовими групами: психологічна підтримка та психологічна реабілітація. Його застосовують як превентивний захід, покликаний запобігти виникненню негативних психологічних станів. Він доступний для всіх військовослужбовців. Крім того, він функціонує як інструмент психологічної корекції для осіб, у яких проявляються ознаки як непатологічних, так і патологічних психологічних реакцій [5; 18; 24; 40].

На сьогоднішній день супровід постає як особливий метод надання тривалої психологічної допомоги. На відміну від реабілітації, він не передбачає перебудови чи виправлення, а зосереджується на пошуку внутрішніх ресурсів особистості, актуалізуючи її на власних силах. На цій основі створюються психологічні умови для відновлення в особистості зв'язків із зовнішнім світом [43; 53; 54]. Виокремлюють три етапи цього процесу: 1) діагностика

(моніторинг), яка є необхідною для визначення цілей; 2) підбір та застосування відповідних методик; 3) оцінка початкових та проміжкових результатів, що визначає стратегію корекційної роботи під час супроводу.

Військові психологи розрізняють такі ключові напрямки психологічної підтримки: комунікативний, організаційний, медикаментозний та аутогенний.

До засобів комунікації відносяться вербальні – передача мобілізаційних відомостей особовому складу; встановлення зорового контакту; вираження схвалення жестами; жестові – дотик, рукостискання, поплескування по плечу; емоційні – підтримка підлеглого у складний для нього період, виявлення емпатії; прояв ініціативи – особистий приклад у дієвих та рішучих заходах.

До організаційних методів належать переміщення військовослужбовців під час бойових дій у безпечну зону; усунення чинників, що можуть спричинити травми; запобігання контактам між військовослужбовцями та особами з ознаками моральної деградації; контроль над підлеглими з боку старших за посадою; чітке визначення завдань у ході бойових дій; налагоджена система чергування праці та відпочинку, своєчасне забезпечення харчуванням тощо.

Аутогенні техніки психологічної допомоги є достатньо відомими й одними з найбільш доступних та надзвичайно дієвих інструментів. Ними є як елементарні способи саморегуляції, так і комплексні психорегулювальні методики (наприклад, аутотренінг, самогіпноз, медитативні практики).

Психологічний супровід – це форма підтримки, яка надається вже після завершення реабілітаційних процедур. Це процес, що сприяє створенню середовища, в якому людина поступово переходить від зовнішньої допомоги до здатності самостійно себе підтримувати [58; 59; 64; 66].

На основі проведених досліджень та аналізу наукових праць ми можемо стверджувати, що ключову роль у психосоціальной адаптації осіб, які пережили травматичний досвід, відіграють сімейні стосунки. У роботі з родинами військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, зазвичай виділяють два напрямки: а) психологічна підтримка учасників бойових дій після їх повернення;

б) надання безпосередньої психологічної допомоги членам сімей військовослужбовців.

З огляду на вищезазначене, можна дійти висновку, що психологічний супровід військовослужбовців-учасників бойових дій охоплює моніторинг їхнього стану, аналіз та оцінку психологічних факторів, що впливають на виконання бойових завдань, а також надання психологічної підтримки тим, хто зазнав психотравмуючих наслідків воєнних дій.

Психологічний супровід є найбільш ефективним способом надання допомоги військовослужбовцям, учасникам бойових дій, які страждають на посттравматичний стресовий розлад [71; 80; 81; 84]. Він полягає у постійному спостереженні за змінами психологічної атмосфери. Це включає передбачення та оцінку потенційної психологічної втоми й виснаження, а також надання підтримки для подолання наслідків травматичних ситуацій, керування психічним станом, соціальними й психологічними механізмами, що склалися в армійському середовищі.

Існує кілька методик психотерапевтичного лікування посттравматичного стресового розладу у військових, що брали участь у локальних конфліктах [97; 113; 131; 132]. Результативність їх застосування залежить від специфічних внутрішніх факторів та соціального оточення.

Узагальнення теоретичних підходів до вивчення ПТСР свідчить про необхідність індивідуалізації психотерапевтичної допомоги, що передбачає врахування особистісних ресурсів, психологічних особливостей та характеру пережитої психотравматичної події. Водночас варто зауважити, що сучасні підходи до психотерапевтичної допомоги особам із ПТСР дедалі частіше спираються не лише на клінічні та поведінкові аспекти відновлення, а й на аксіологічний підхід, який акцентує увагу на системі цінностей особистості, її життєвих смислах та моральних орієнтирах. Переживання психотравматичних подій, особливо пов'язаних із бойовими діями, нерідко супроводжується руйнуванням усталених уявлень про світ, людей, моральний порядок і справедливість. У таких умовах важливого значення набуває відновлення

ціннісної цілісності особистості та її здатності надавати нового смислу пережитому досвіду.

Особливе місце в цьому процесі посідає почуття справедливості – як однієї з базових моральних цінностей, що визначає правдиве, неупереджене, ціннісне ставлення людини до себе, інших людей та суспільства загалом [37]. Втрата віри у справедливість світу, переживання несправедливих втрат, моральних травм чи порушення очікувань щодо справедливого ставлення можуть посилювати прояви посттравматичного стресу та ускладнювати процес психологічного відновлення. Натомість актуалізація цінностей справедливості, відповідальності, людської гідності та взаємної підтримки сприяє відновленню внутрішньої рівноваги, зміцненню психологічної стійкості та формуванню конструктивних стратегій подолання наслідків психотравми. З огляду на це, аксіологічний підхід до психологічної допомоги особам із ПТСР відкриває додаткові можливості для осмислення травматичного досвіду, відновлення морально-ціннісних орієнтирів та забезпечення більш глибокої особистісної реадаптації військовослужбовців після участі у бойових діях.

Отже, ефективна психологічна допомога військовослужбовцям із ПТСР ґрунтується на комплексному поєднанні психотерапії, психологічної реабілітації та супроводу з урахуванням індивідуальних особливостей особистості й специфіки пережитого травматичного досвіду. Подолання наслідків ПТСР потребує комплексного впливу, спрямованого не лише на зменшення симптоматики розладу, а й на відновлення особистісних ресурсів та ціннісно-смыслових орієнтирів – як чинників психологічної стійкості, осмислення травматичного досвіду та відновлення внутрішньої цілісності особистості.

#### **1.4. Особливості формування у військовослужбовців і цивільних осіб ПТСР та надання їм соціально-психологічної підтримки**

Як засвідчують праці вітчизняних дослідників, присвячені проблемі посттравматичного стресового розладу, на сучасному етапі в Україні спостерігається тенденція до зростання чисельності військовослужбовців, які набувають досвіду участі в бойових діях. Це актуалізує проблему збереження їхнього психічного здоров'я та подолання наслідків психотравматизації [2; 3]. У процесі участі в бойових зіткненнях кожен військовий стикається з високим ступенем ризику отримати психологічну травму. Це зумовлено тим, що він зазнає не лише фізичних, а й потужних психологічних впливів. Як результат, такі травми та пережитий бойовий досвід можуть призвести до розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Статистичні дані беззаперечно свідчать про серйозність проблеми психологічних втрат, що виникає при переживанні стресових подій.

За результатами проведених досліджень, серед військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, 62% стикалися з певними проявами психологічного напруження, 92% відчували значний стрес безпосередньо перед виконанням бойових завдань. Крім того, стрес, що негативно впливає на ефективність виконання обов'язків, спостерігався у 80% солдатів та сержантів, а також у 60% офіцерів. Колишні учасники бойових дій потребують кваліфікованої психологічної допомоги [4].

На сьогоднішній день є очевидним, що вивчення посттравматичного стресового розладу посідає одне з центральних місць у сучасній психологічній науці [19, 23, 24]. І ця проблема торкається не лише категорії військових, але й цивільних осіб, які постраждали від наслідків війни.

Сучасні методи діагностики та лікування психологічних наслідків війни базуються на ідеї відкладених (відтермінованих) реакцій на травмуючий стрес, або посттравматичних стресових реакцій. Ця концепція наразі швидко розвивається [86; 97; 98]. Існує думка, що психологічні наслідки бойових дій, які

супроводжуються значним впливом стресогенних факторів, можуть проявитися не одразу після пережитого травматичного досвіду, а згодом [32; 77; 85].

Наразі відсутня універсально визнана теорія, яка б вичерпно пояснювала причини, а також процеси формування й перебігу ПТСР. Однак, завдяки тривалим науковим пошукам, було актуалізовано низку теоретичних підходів:

1. Психодинамічний.
2. Когнітивний.
3. Психосоціальний.
4. Психобіологічний [74].

Крім того, значний вплив на розвиток ПТСР мають такі чинники, як характер першої травми, брак належної соціальної підтримки та повторні травматичні події [84; 130; 131].

Необхідно усвідомлювати, що екстремальна ситуація є необхідною, проте недостатньою передумовою для розвитку посттравматичного стресового розладу. Вища нервова діяльність відіграє ключову роль у формуванні ПТСР у будь-якої людини, тому стресові фактори можуть взагалі не вплинути на організм [84; 131].

Аналізуючи дослідження у сфері військової психології, зокрема роботи О.А. Блінова, ми можемо стверджувати, що під час безпосереднього контакту з противником військовослужбовець зазнає впливу цілого ряду надзвичайно потужних факторів, які висувають підвищені вимоги до психіки та організму [1; 2]. Серед ключових чинників, що впливають на ситуацію, виділяють наступні: передбачення непередбачуваних обставин; вплив засобів масової інформації, які поширюють неправдиві дані; недостатня кількість бійців у загоні, котрі мають досвід реальних бойових дій; тривалість бойових зіткнень та неструктуроване дозвілля; брак особистого досвіду та прикладів для наслідування; відсутність чітко сформованої системи управління; втрати серед особового складу, зокрема загибель чи поранення товаришів [2; 73].

Згідно поглядів дослідників, найбільш ризикований етап служби в регіоні збройного протистояння – останні тридцять відсотків від загального терміну

виконання військовослужбовцем поставлених завдань. Здебільшого після повернення із зони бойових дій у військових спостерігається трансформація самосприйняття, розвивається хибне відчуття безкарності, що нерідко стає причиною незбалансованих, необдуманих вчинків [2; 74; 75].

Слід також відзначити, що негативні психічні стани, які охоплюють військовослужбовців – учасників локальних конфліктів під тиском психотравмуючих факторів, мають значний вплив на їхню здатність виконувати бойові завдання та загальну поведінку [10]. Наявність чи передчуття загрози провокує виникнення стану глибокої внутрішньої напруги, яка поширюється на всі аспекти діяльності особистості. Вона здатна як гальмувати, так і, навпаки, стимулювати функціонування психічних процесів.

Для успішного виживання в умовах бойових дій психіка військового повинна налаштуватися на потреби бою та специфіку армійського життя. Коли бойова активність значно зростає, воїн мобілізує усі свої сили, щоб чітко й бездоганно виконати поставлене завдання [145; 154; 155]. На противагу цьому, стан передбойової пасивності негативно впливає на організм. Він відзначається сповільненням нервових процесів та мінімальною кількістю дій, спрямованих на розв'язання конфлікту. Проте ці стани свідчать про високу мотивацію та зосередженість військового на виконанні бойових завдань [1].

Будь-яку конфліктну ситуацію, де застосовується зброя, слід розглядати як ключовий фактор, що призводить до особистісних травм. На відміну від усього, що може викликати стрес, участь у воєнних діях являє собою тривалий травматичний вплив. Специфіка стресових станів у ході бойових зіткнень полягає в тому, що під їхнім впливом людське життя втрачає свою цінність, а межі дозволеного та моральних принципів руйнуються [155; 170].

Військовий психолог М. Й. Варій, спираючись на свої наукові розробки, визначає три етапи психологічної відповіді на психотравму. Це дозволяє класифікувати цей процес як такий, що розгортається з плином часу.

Перший етап – етап психологічного шоку – включає два головні аспекти: пригнічення будь-якої активності, втрата здатності орієнтуватися в оточенні,

розлад звичного функціонування; відмова вірити в реальність подій (що виступає як специфічний захисний механізм психіки).

Другий етап – це переживання. Він відзначається яскравими емоційними відповідями на подію та її наслідки. До них належать сильний страх, жах, тривога, гнів, сльози, звинувачення – емоції, які характеризуються безпосередністю вираження та граничною силою. Поступово ці почуття трансформуються в критику або сумніви щодо себе.

Третій етап має форму роздумів на кшталт «а що, якби...» і супроводжується болісним усвідомленням неминучості того, що сталося, прийняттям власної беспорядності та самоусуненням. Цей етап є визначальним, адже після нього або розпочинається шлях до одужання, або відбувається застигання на травмі, що призводить до хронічного постстресового стану. Як було встановлено, особливо руйнівний вплив на психіку особистості спостерігається вже після місяця активної участі в бойових діях [10].

У клінічній психології прийнято розрізняти 3 стадії розвитку розладу [19; 28; 48]: гостра стадія, хронічна стадія, стадія відкладення.

Під час *гострої стадії*, яка триває до шести тижнів від моменту травматичної події, основною рушійною силою особистості стає страх. Відбуваються зміни у сприйнятті часу, дійсності та простору. Людина може проявляти надмірну активність або, навпаки, впадати у стан ступору. Серед фізичних проявів спостерігаються нерівномірне дихання, прискорене серцебиття, пітливість, нудота, різкі, короткі рухи (посмикування), тремтіння рук, розлади випорожнення, втрата свідомості, головний біль та запаморочення, зниження здатності до концентрації, проблеми зі сном. На емоційному рівні з'являються відчуття безсилля, надмірної настороженості, а також напади гніву, страху, почуття провини, передчуття небезпеки, постійне хвилювання та повторне переживання травматичної ситуації.

*Хронічна стадія* може тривати від шести тижнів до пів року. Характеризується поведінковими порушеннями, зумовленими передчуттям майбутніх негараздів та відчуттям власної незахищеності. Ключовим на цій

стадії є відкрите обговорення проблеми, артикуляція думок і переживань. Ігнорування цього призводить до загострення тривожності, появи прагнення до відплати та агресивних проявів. Основною рисою цієї стадії є депресивний стан, що супроводжується непереборною втомою. Нав'язливі спогади виникають мимоволі. Особистість застрягає у травматичних переживаннях, що призводить до погіршення стосунків із найближчими людьми та зниження загальної якості життя. Людина, що пережила травму, втрачає зв'язок з реальністю, не здатна сприймати її належним чином. Вона обирає комфортні для себе шляхи уникнення дійсності. На цій стадії ефективним методом допомоги є психотерапія. Без належної підтримки настає відкладена фаза.

*Стадія відкладення* триває від шести місяців до кількох років після переживання травматичного епізоду. Депресивні стани та існуючі залежності загострюються. Особистість повністю втрачає контроль над власним існуванням. Людина шукає способи «оживити» себе, завдаючи собі нових сильних ударів [157; 158; 198].

Теоретичний огляд наукових джерел дозволяє констатувати, що гостра фаза посттравматичного стресового розладу проявляється фіксацією на травматичній події, порушеннями вегетативної та когнітивної функцій [200; 203; 206]. Саме на цій стадії симптоматика розладу стає найбільш виразною. Далі можливі два сценарії розвитку: або посттравматичний стресовий розлад на цій фазі поступово слабшає, або переходить у хронічну форму. За хронічного перебігу симптоми не зникають, хоча деякі з них можуть проявлятися менш інтенсивно. Хронічний ПТСР супроводжується раптовими та частими нападами спогадів і нав'язливих уявлень, пов'язаних із травмою: спостерігаються зміни в емоційній сфері, що виявляються в тенденції до аутизації (уникнення контакту) та агресивної поведінки, або ж до самодеструкції (переживання почуття провини, сорому) [122; 138; 145].

Згідно з даними досліджень [19; 24; 38], доводиться визнати, що в процесі розвитку посттравматичного стресового розладу значна роль належить індивідуальності військовослужбовця. Надзвичайні обставини, що виникають

під час виконання службових обов'язків, здатні спричинити психологічні травми лише за умови, коли індивід не в змозі інтегрувати реальність, подолати труднощі не тільки на фізичному, але й на емоційному рівні. Такі обставини можуть призвести до дезорганізації особистісної структури учасника бойових дій. Особистість виявляється нездатною до адаптації в умовах складних випробувань через неузгодженість внутрішніх установок: брак впевненості в собі або надмірний егоцентризм, стан тривожності, переважно песимістичний погляд на речі, вагання у прийнятті рішень [20; 21; 42; 52].

Виділяють кілька груп осіб – як військових, так і цивільних, що пережили травматичні події: особи зі стабільним станом, яким достатньо незначної допомоги – підтримки від друзів чи родини; особи з незначними труднощами у пристосуванні, які відчують потребу у психологічній підтримці від друзів та свого оточення в колективі, а також потребують професійної психотерапевтичної допомоги.

Хоч адаптація у таких осіб порушена, за сприяння відповідних умов стає можливою її нормалізація без негативних наслідків.

Особи, які переживають дезадаптацію середнього ступеня, потребують комплексної підтримки, зокрема й медикаментозного лікування для стабілізації стану. На межі норми можуть виникати такі психічні відхилення: стійке почуття страху, виражена тривожність або надмірна агресія, що не відповідають обставинам;

Особи з тяжкою формою дезадаптації страждають на порушення, що зачіпають усі аспекти їхнього життя, і потребують тривалого лікування та реабілітації. Це може виявлятися як у серйозних психічних розладах, що потребують професійної допомоги психіатра, або ж у фізичних травмах, що призводять до інвалідності. Такі стани часто супроводжуються розвитком комплексу неповноцінності, депресивних станів та суїцидальних думок [67].

Згідно з результатами проведених досліджень [57], ознаки ПТСР у військовослужбовців, які брали участь у локальних конфліктах, проявляються протягом кількох місяців після отримання травми. Як правило, за цим слідує

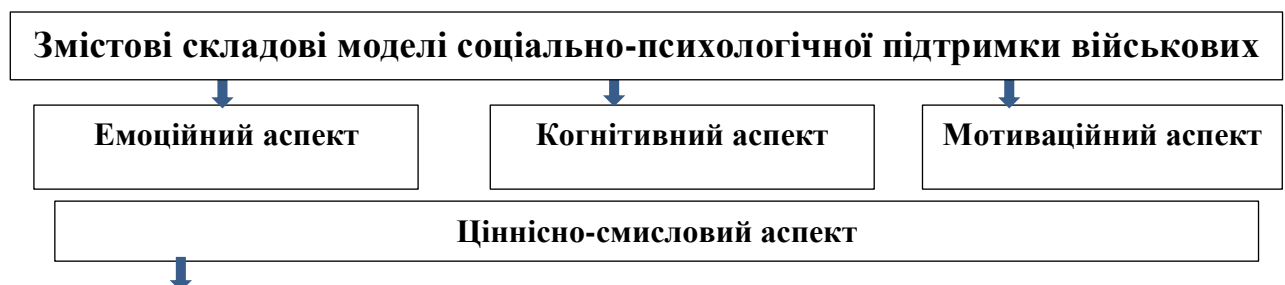
повне відновлення: так, через 12 місяців після травмуючої події у третини постраждалих спостерігається зникнення симптомів стресу та ПТСР, а через 4 роки після травмуючої події половина постраждалих не скаржиться на жодні проблеми. Це підкреслює значущу роль соціальних аспектів як у подоланні травматичного стресу, так і у розвитку ПТСР за умови відсутності психологічної підтримки та розуміння з боку оточуючих [62; 82; 84].

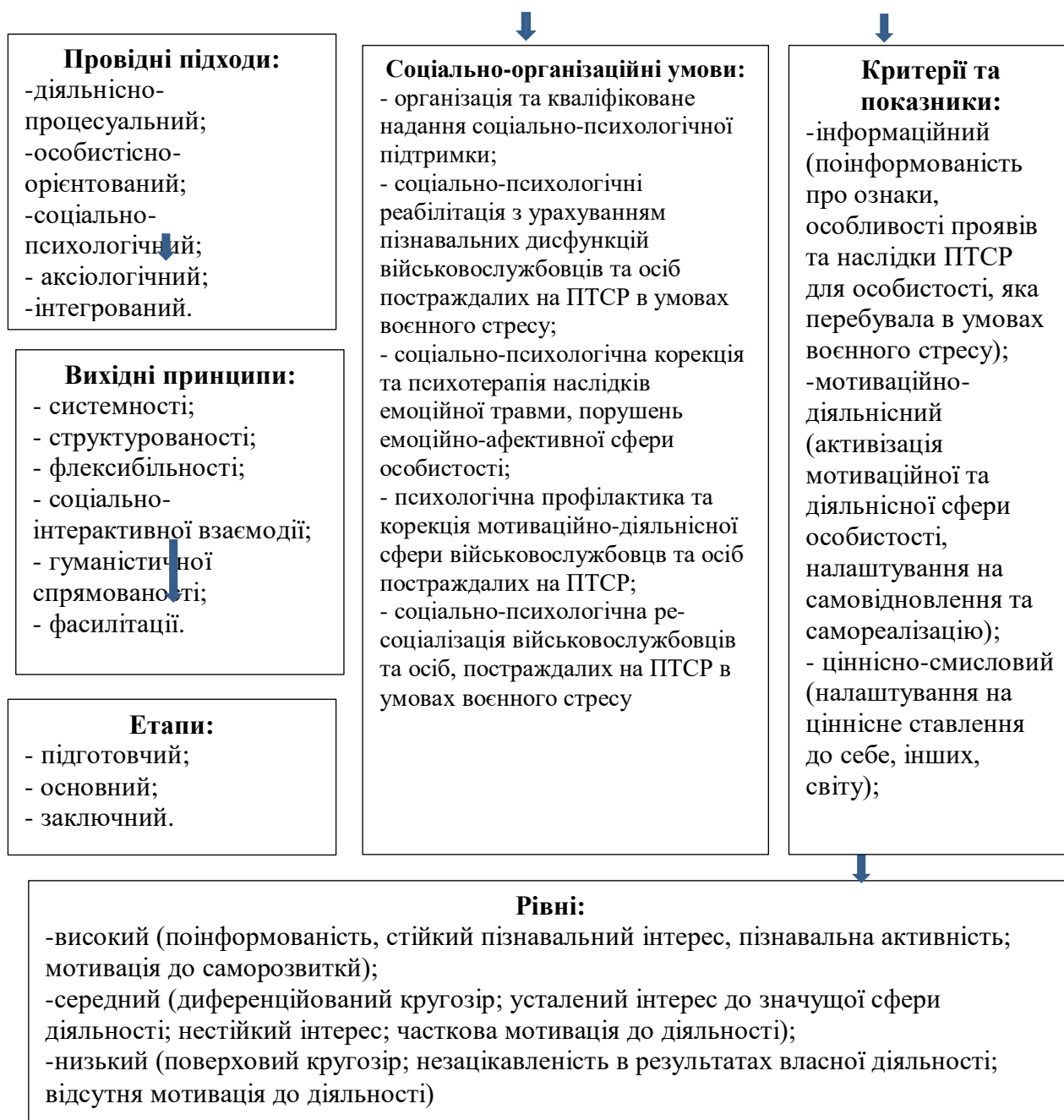
Сучасні методи вивчення психологічних наслідків збройних конфліктів базуються на концепції запізнілих реакцій на ПТСР [84; 94]. Психологічний вплив бойових дій може проявитися не одразу після повернення до цивільного життя, а з часом.

На активність військовослужбовців у бойових умовах та цивільних осіб, які перебувають у небезпечних регіонах, впливають стресові фактори високої інтенсивності. Залежно від тривалості такого впливу та індивідуальної вразливості, в психічній діяльності людини можуть відбуватися зміни, що знижують її ефективність у мирний час. ПТСР впливає як на психологічний, так і на фізіологічний стан організму [97; 98].

Необхідно усвідомлювати, що ПТСР розвивається тоді, коли пережиті військовослужбовцем екстремальні події набувають значної ваги у системі його ставлення до реальності. Великий вплив на формування ПТСР справляє характер первинної травми [67].

Грунтуючись на результатах проведеного теоретичного аналізу, ми сконструювали модель соціально-психологічної підтримки для військовослужбовців та осіб, які постраждали від ПТСР, у контексті переживання воєнного стресу, відображену на рис. 1.1.





**Рис. 1. Модель соціально-психологічної підтримки військових та осіб, які пережили посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) під час воєнного стресу**

Модель соціально-психологічної підтримки військових та цивільних осіб, які пережили ПТСР, включає цільовий, концептуальний, змістовно-технологічний та результативний блоки.

Цільовий блок визначає головні завдання та мету соціально-психологічного супроводу військовослужбовців та осіб, постраждалих від ПТСР, в умовах надзвичайного воєнного стресу.

Концептуальний блок охоплює нормативно-правову базу, ключові підходи та основоположні принципи, що лежать в основі цієї підтримки.

Змістовно-технологічний блок описує конкретні методики та інструменти, що використовуються в системі соціально-психологічного супроводу для військових та потерпілих від ПТСР під час воєнного стресу.

Результативний блок містить критерії й показники, за якими оцінюється ефективність запровадженої системи соціально-психологічної підтримки військовослужбовців і цивільних осіб з ПТСР в умовах воєнного стресу.

Акцентуючи увагу на змістовно-технологічному блоці моделі соціально-психологічної підтримки військових та цивільних осіб, які пережили посттравматичний стресовий розлад під час воєнного стресу, підкреслюється, що соціально-психологічна технологія – спеціальна програма діяльності спеціалістів, співпраці з військовослужбовцями та цивільними особами постраждалими на ПТСР в умовах воєнного стресу має поетапний, системний і багатокомпонентний характер. Технології соціально-психологічної підтримки включають індивідуальну та групову роботу і поділені на п'ять модулів: соціально-психологічний, соціально-медичний, соціально-правовий, соціально-економічний та соціально-педагогічний.

Соціально-психологічний модуль передбачає психологічний супровід у процесі реалізації життя і побуту учасників, забезпечення психологічного комфорту, позитивного ставлення до життя, позитивного ставлення до себе, визнання цінності та важливості здоров'я, чітке уявлення про майбутнє і позитивне ставлення до нього, а також соціальну підтримку як додатковий соціальний ресурс.

Соціально-медичний модуль містить низку індивідуальних і групових заходів, спрямованих на формування у респондентів уявлень про наслідки ПТСР, вплив на організм і психіку, методи профілактики, заходи безпеки.

Соціально-правовий модуль спрямований на вивчення прав та обов'язків військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу, а також правових норм, що стосуються надання основних і додаткових послуг зазначеній групі осіб.

Соціально-економічний модуль представлений у вигляді серії заходів, спрямованих на формування уявлень військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу, про можливі пільги, компенсації тощо.

Соціально-педагогічний модуль передбачає можливість обрання учасниками виду і форми творчої діяльності, самореалізації, участі в діяльності різноманітних творчих і професійних об'єднань, діяльності громадських і організацій тощо. Запропоновані параметри класифікації дають змогу схарактеризувати технології як гуманістичні мезотехнології (модульні та локальні), основними засобами реалізації яких є заходи, що проводяться з використанням спеціальних стратегій соціально-психологічної підтримки: «захисту» і «допомоги».

У соціально-психологічній підтримці військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу, вибір стратегій визначається здебільшого рівнем суб'єктності (самодіяльності) індивіда. Стратегії «захисту» використовуються в суб'єкт-об'єктних взаємодіях, а стратегії «допомоги» - у суб'єкт-суб'єктних.

Таким чином, модель соціально-психологічної підтримки військовослужбовців і цивільних осіб, які пережили посттравматичний стресовий розлад в умовах воєнного стресу, спрямована на реалізацію соціального запиту щодо створення умов для їхньої повноцінної соціальної інтеграції, участі в суспільно значущій діяльності та відновлення психологічного благополуччя. Важливою складовою цієї моделі є не лише врахування особливостей функціонування когнітивних процесів і соціально-психологічних характеристик осіб, які зазнали психотравматичного впливу, а й відновлення та розвиток їхньої ціннісно-сміслової сфери, що забезпечує переосмислення

травматичного досвіду, відновлення життєвих перспектив, особистісної цілісності та мотивації до подальшого життєздійснення. Це зумовлює необхідність побудови комплексної системи соціально-психологічного супроводу на реабілітаційному та постреабілітаційному етапах, яка поєднує когнітивні, емоційні, соціальні та ціннісно-сміслові ресурси особистості.

### **Висновки до першого розділу**

Теоретико-методологічний аналіз показав, що посттравматичний стресовий розлад є складним психічним феноменом, який виникає внаслідок переживання особистістю екстремальних травматичних подій та характеризується комплексом емоційних, когнітивних, поведінкових і психофізіологічних порушень. Провідним чинником його виникнення виступає психотравмувальний досвід, тоді як особливості розвитку і перебігу ПТСР визначаються взаємодією біологічних, психологічних та соціальних чинників.

Встановлено, що соціально-психологічний портрет військовослужбовця формується під впливом специфічних умов військово-професійної діяльності та характеризується поєднанням професійно важливих, морально-вольових і особистісних якостей, які забезпечують успішне виконання службово-бойових завдань. Водночас тривале перебування в умовах бойового стресу та вплив психотравмувальних чинників можуть призводити до порушення психологічного благополуччя особистості та підвищувати ризик розвитку посттравматичного стресового розладу. З'ясовано, що вплив воєнних подій становить серйозний ризик для психічного здоров'я як військовослужбовців, так і цивільного населення. Незалежно від безпосередньої участі у бойових діях, переживання психотравмувальних подій може спричиняти розвиток посттравматичних реакцій та розладів, що зумовлює потребу в організації ефективної системи психологічної допомоги, реабілітації та психологічного супроводу постраждалих осіб.

Аналіз сучасних теорій комплексної допомоги при ПТСР, концепцій психотерапії емоційних травм, соціальної підтримки та психологічного благополуччя засвідчує необхідність поєднання теоретичних моделей із практичними програмами реабілітації, сформоване теоретико-методологічне підґрунтя забезпечує цілісне бачення проблеми та створює основу для емпіричного дослідження й розробки програми соціально-психологічної підтримки військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих від ПТСР в умовах воєнного стресу. Встановлено, що сучасна система психологічної допомоги особам із ПТСР ґрунтується на комплексному застосуванні психотерапевтичних, реабілітаційних і супровідних технологій. Найбільш ефективними є підходи, які поєднують роботу з травматичними переживаннями, розвиток навичок саморегуляції, відновлення особистісних ресурсів та соціальних зв'язків. Водночас перспективним методологічним підґрунтям психологічної допомоги виступає аксіологічний підхід, який акцентує увагу на відновленні ціннісно-смиислової сфери особистості.

Проведений теоретичний аналіз став основою для побудови моделі дослідження, що інтегрує ключові чинники виникнення та подолання ПТСР. У межах моделі актуалізується роль особистісних ресурсів, цінностей і смислів, здатних впливати на процес психологічної адаптації та відновлення після психотравмувальних подій. Модель соціально-психологічної підтримки військових та цивільних осіб, які пережили посттравматичний стресовий розлад під час воєнного стресу сприяє виконанню соціального замовлення: забезпечує рівні можливості для участі у соціально значущій діяльності, інтеграцію постраждалих у соціальне середовище, підвищення якості життя та соціального самопочуття.

## РОЗДІЛ 2

### ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ ТА НАСЛІДКІВ ПТСР У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ТА ЦИВІЛЬНИХ ОСІБ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТРЕСУ

#### 2.1. Методичне та організаційне забезпечення емпіричного дослідження

Збройний конфлікт в Україні сфокусував увагу на стані осіб, чутливих до стресових навантажень в екстремальних умовах. За даними міжнародних досліджень, кожна друга людина, яка пройшла через бойові дії та зіткнулася з викликами війни (як військовослужбовці, так і цивільне населення), стикається з підвищеним рівнем стресу, що сягає 15-20 %. При цьому більшість тих, хто пережив травматичні події, не мають розладів психічного здоров'я, а значна частина тих, хто мав симптоми, одужує самостійно. Отже, важливо зберігати баланс: не гіперболізувати проблему, але й не знецінювати її.

Необхідно усвідомлювати, що прояви психічних проблем у людей, які зазнали травматичного досвіду, можуть виникати не відразу, а поступово. Варто пам'ятати також, що психологічні труднощі можуть виявлятися не лише у формі стресових реакцій, але й у вигляді інших порушень, таких як зловживання психоактивними речовинами, депресія, тривожні стани, проблеми з самоконтролем та спалахи гніву [67; 97; 101].

Велика кількість українських військових, які зазнали травм внаслідок участі у повномасштабній війні на території України, страждають на психогенні розлади [2; 7; 24]. Отже, є нагальна потреба в оперативній оцінці їхнього стану, прогнозуванні розвитку розладів та застосуванні всіх можливих методів лікування, реабілітації та ресоціалізації.

У світовій реабілітологічній практиці термін «якість життя» тісно пов'язаний зі здоров'ям [28]. Він сприймається як важлива складова оцінки процесу реабілітації та його кінцевого результату. Всесвітня організація охорони

здоров'я (ВООЗ) рекомендує оцінювати якість життя за такими показниками: 1) фізичний стан: енергійність, виснаженість, нездужання, якість сну, відновлення сил; 2) психологічний стан: самоцінність, зосередженість, радощі, тривоги, ментальні процеси; 3) рівень самостійності особистості: повсякденні справи, залежність від медикаментів та терапевтичних процедур; 4) соціальна сфера: буденні заняття, зв'язки з людьми, близькі стосунки, дружні зв'язки, суспільна роль, професійні якості; 5) умови проживання: помешкання та побутові умови, безпечність, відпочинок, доступність ресурсів, відомості, довкілля (тепловий режим, забруднювачі, щільність населення); 6) духовні цінності та особисті переконання.

Згідно із сучасними уявленнями про реабілітацію, які були сформульовані фахівцями Всесвітньої організації охорони здоров'я та схвалені Міністерством оборони у відповідній Концепції щодо відновлення поранених військовослужбовців, реабілітація трактується як процес оперативного повернення особи до попереднього рівня фізичного, психічного та соціального функціонування. Головним завданням цього процесу є активне включення людини в суспільне життя та досягнення нею самостійності в соціальному та економічному аспектах [2; 3; 67]. Розглядається як комплекс дій, що мають на меті максимально швидко та повне відновлення фізичного, психологічного та соціального стану в інтересах активної реінтеграції людини в суспільство, а також забезпечення її максимальної соціальної та економічної незалежності. Важливим аспектом Європейського плану щодо підтримки психічного здоров'я є створення комплексної, взаємопов'язаної та результативної системи охорони психічного здоров'я, яка повинна охоплювати такі напрямки: зміцнення психічного здоров'я, запобігання розладам, терапію, відновлювальні заходи, надання допомоги та повне одужання.

Як відомо, здоров'я громадян є ключовим досягненням держави, що має стратегічну вагу та демонструє динаміку економічного, політичного, суспільного й правового становлення і процвітання країни. З огляду на неперервне збільшення кількості учасників бойових дій, впровадження системи

заходів задля їхньої реінтеграції та суспільної адаптації стає пріоритетним напрямом державної соціальної політики. Учасники бойових дій – це специфічна категорія населення, яка потребує комплексного, міжгалузевого відновлення. Особливу увагу слід приділяти особам з інвалідністю, оскільки значна частина військовослужбовців, визнані такими, залишаються в працездатному віці [58; 68; 73; 74].

Факт участі військовослужбовців у бойових діях чи перебування цивільних осіб у небезпечних регіонах країни є потужним джерелом стресу, що може спричинити порушення функцій організму, розвиток захворювань та патологічних реакцій.

*Ключові засади та показники для визначення розладу після травми та розладу адаптації*

*Чинники, за якими визначають посттравматичний стресовий розлад.*

Посттравматичний стресовий розлад (за МКХ-10 – F 43.1) є станом, що проявляється як відкладена у часі та/або тривала відповідь організму на надзвичайну (травмуючу) подію чи обставини. Йдеться про розлад, що розвивається у відповідь на (травмуючу) подію чи ситуацію (короткочасну чи тривалу).

Клінічні та діагностичні ознаки:

1. Критерій А. Визначення травматичної події є ключовим етапом у діагностиці посттравматичного стресового розладу (ПТСР) [28]. Визнання факту травматичної події, що призвела до смерті чи серйозної шкоди психічному стану людини, або ж існування вагомих підстав припускати таку трагедію. Важливою є також обставина, коли людина є свідком або безпосередньо зазнала страждань від інших.

2. Під час перебування в травмуючому середовищі спостерігається виражений страх, паніка та відчуття повної безпорадності.

3. Критерій В («вторгнення»). Травматичний досвід постійно відтворюється у переживаннях через такі прояви: нав'язливі, повторювані спогади про екстремальну ситуацію, що супроводжуються образами, думками та

емоціями, які викликають інтенсивний дистрес; повторювані нічні кошмари, зміст яких безпосередньо пов'язаний із травматичною подією.

4. Флешбек-ефект. Раптове й неконтрольоване відновлення травматичної ситуації, що виникає без очевидних зовнішніх причин. Воно супроводжується відчуттям, ніби подія відбувається знову, та може викликати гострі реакції страху, паніки чи агресії.

5. Інтенсивні негативні переживання. Виникають під впливом зовнішніх чи внутрішніх чинників, які нагадують або символічно відтворюють травматичну подію.

6. Фізіологічна (вегетативна) реактивність. Надмірні соматичні прояви у відповідь на ситуації, що асоціюються з травматичним досвідом.

7. Критерій С («уникнення»). Характеризується стійким уникненням стимулів, пов'язаних із травмою, емоційним блокуванням та станами заціпеніння, які не спостерігалися до травматичної події. Діагностується за наявності трьох або більше ознак, серед яких:

- свідоме уникнення думок, почуттів і розмов, що стосуються травми;
- прагнення уникати діяльності, місць чи осіб, які викликають спогади;
- часткова психогенна амнезія (нездатність відтворити важливі аспекти травми);
- зниження інтересу та участі у значущій діяльності;
- відчуття відчуження та дистанційованості від соціального оточення;
- редукція інтенсивності вищих емоцій (наприклад, нездатність відчувати любов);
- відчуття відсутності життєвих перспектив (втрата надії на кар'єру, сім'ю, довге життя).

8. Стан «заціпеніння». Характеризується стійким уникненням стимулів, пов'язаних із травмою, блокуванням емоційних реакцій та появою ознак емоційної «замороженості», які не спостерігалися до травматичного досвіду. Діагностується за наявності трьох або більше проявів, серед яких:

- уникнення думок, почуттів і розмов, що стосуються травми;

- прагнення уникати діяльності, місць чи осіб, які викликають спогади;
- часткова психогенна амнезія (нездатність відтворити важливі аспекти травми);
- зниження інтересу та участі у значущій діяльності;
- редукція інтенсивності вищих емоцій (наприклад, нездатність відчувати любов);
- відчуття відсутності життєвих перспектив (втрата надії на кар'єру, сім'ю, довге життя).

9. Критерій D («гіперактивність»). Виявляється у стійких симптомах, що не існували до травми, та включає щонайменше два з таких проявів:

- труднощі із засинанням або підтриманням сну;
- дратівливість чи спалахи гніву;
- проблеми з концентрацією уваги;
- підвищений рівень пильності й постійне очікування загрози;
- надмірна реакція переляку.

10. Критерій E (тривалість). Симптоми, що належать до критеріїв B, C і D, зберігаються протягом щонайменше одного місяця після травматичної події.

11. Критерій F (клінічна значущість). Порушення спричиняє виражений дистрес або суттєві труднощі адаптації у соціальній, професійній чи інших важливих сферах життя.

Травматична ситуація – це екстремальна кризова подія, що має потужний негативний вплив і створює загрозливі умови, які потребують від особи надзвичайних ресурсів для подолання її наслідків [63; 65; 69; 83].

Виділяють кілька типів травматичних ситуацій: короткочасні непередбачувані події (наприклад, сексуальне насильство, стихійні лиха, терористичні акти, дорожньо-транспортні пригоди); тривала або повторювана травматизація (повторне фізичне чи сексуальне насильство, участь у бойових діях тощо).

ПТСР зазвичай формується після латентного періоду тривалістю від чотирьох тижнів до кількох місяців (але не більше шести місяців, за винятком окремих випадків) після травматичної події [151; 152; 201; 202].

Гостра стресова реакція може передувати розвитку ПТСР. Першим кроком у діагностиці є встановлення факту переживання пацієнтом екстремальної події в анамнезі, після чого застосовуються клінічні, психопатологічні та психодіагностичні методи.

Розлади адаптації (F43.2). Це стани суб'єктивного дистресу та емоційних порушень, що виникають у періоди адаптації до значних життєвих змін або стресових ситуацій, які ускладнюють соціальне функціонування та знижують продуктивність.

*Діагностичні критерії розладу адаптації:*

Критерій 1. В анамнезі наявний ідентифікований психосоціальний стресор, включно з екстремальними подіями; симптоматика розладу проявляється протягом одного місяця після його виникнення.

Критерій 2. Спостерігаються окремі симптоми (за винятком марення та галюцинацій), які частково відповідають критеріям афективних розладів (F3), невротичних, стресових та соматоформних розладів (F4), а також розладів соціальної поведінки (F91), однак не утворюють повної картини жодного з них.

Критерій 3. За винятком випадків затяжної депресивної реакції (F43.21), тривалість розладу не перевищує шести місяців після припинення дії стресового чинника.

Таким чином, діагноз розладу адаптації встановлюється на основі наявності чітко визначеного стресора, специфічної симптоматики, що не відповідає повністю іншим діагностичним категоріям, та обмеженої у часі тривалості проявів.

*Розлади адаптації (МКХ-10, F43):*

Залежно від домінуючої клінічної симптоматики виділяють такі форми:

Короткочасна депресивна реакція (F43.20): тимчасовий легкий депресивний стан тривалістю менше одного місяця.

Затяжна депресивна реакція (F43.21): легка депресія у відповідь на тривалу стресову ситуацію, що може зберігатися до двох років.

Змішана тривожно-депресивна реакція (F43.22): поєднання тривожних і депресивних симптомів, інтенсивність яких не досягає рівня змішаного тривожно-депресивного розладу (F41.2) чи інших змішаних тривожних розладів (F41.3).

Переважаючі інші емоційні порушення (F43.23): різноманітна емоційна симптоматика (тривога, депресія, занепокоєння, напруга, гнів). Симптоми можуть частково відповідати критеріям F41.2 або F41.3, але їх виразність недостатня для постановки діагнозу тривожного чи депресивного розладу.

Переважаючі розлади поведінки (F43.24): порушення у структурі реакції горя, що проявляються у соціальній поведінці (наприклад, агресивні чи інші девіантні дії).

Змішаний афективний розлад і розлад поведінки (F43.25): поєднання афективних симптомів із порушеннями соціальної поведінки.

Інші специфічні симптоми (F43.28): варіативні прояви, що не входять до попередніх категорій.

У МКХ-10 також передбачено окрему діагностичну рубрику – «Хронічні зміни особистості після катастрофічного досвіду» (F62.0), яка описує стійкі трансформації особистості, що виникають після ПТСР [28, 203, 206].

Цей стан може розвиватися внаслідок посттравматичного стресового розладу і є майже незворотнім. Особистісні зміни в таких випадках стають стабільними, проявляючись як жорсткі та дезадаптивні риси. Це ставить під загрозу тривалі міжособистісні стосунки, соціальне та професійне життя, виявляючись у ворожості чи недовірі до оточення, соціальному відчуженні, а також постійному відчутті порожнечі та безвиході. Прилади для психологічної діагностики, що застосовуються для виявлення психопатологій, пов'язаних з бойовими діями [39; 167].

У процесі діагностики ПТСР, крім клініко-психопатологічних тестів, використовується цілий арсенал спеціальних клінічних шкал та психодіагностичних методик.

Таким чином, класифікація розладів адаптації охоплює як афективні, так і поведінкові порушення, а також їхні змішані форми, що дозволяє більш точно диференціювати клінічні прояви залежно від домінуючої симптоматики.

*Показання до психологічної реабілітації військовослужбовців:*

Реабілітаційні заходи призначаються за наявності поєднання базових психологічних ознак (п.1.1) та однієї чи кількох додаткових ознак (пп.1.2–1.6), серед яких:

- недостатній рівень адаптивних навичок, підвищена тривожність, песимістичні установки, депресивні або інші негативні прояви, виявлені під час психологічного тестування;
- наростання симптомів непрацездатності: виражена втома, соматичне нездужання, погіршення когнітивних функцій, зокрема, пам'яті, уваги, психомоторне гальмування, зниження продуктивності діяльності;
- тенденція до інтроверсії (замкнутість, прагнення до ізоляції, обмеження соціальних контактів), зниження інтересу до раніше значущих занять і захоплень;
- нестійкість емоційного стану, коливання між інтровертованою замкнутістю та підвищеною соціальною активністю (екстраверсія), що проявляється під час або після відрядження;
- суб'єктивне відчуття погіршення стану здоров'я, яке супроводжується тривогою чи внутрішнім напруженням та відображається у виконанні службових обов'язків;
- зниження працездатності та підвищена тривожність, що виникають у районі відрядження або після повернення, навіть за збереження позитивної мотивації до служби;

- ознаки психологічної дезадаптації, які проявляються у зниженні якості та кількості виконуваних завдань, включно з рутинними;
- виражене прагнення до виконання службових завдань за умов зниження їхньої ефективності.

Тривалість психологічної реабілітації для військовослужбовців, які мають зазначені показання, становить не менше 14 діб.

Таким чином, показання до реабілітації охоплюють як емоційно-когнітивні, так і поведінкові прояви, що свідчить про порушення адаптаційних механізмів військовослужбовців.

*Мета емпіричного дослідження* полягала у вивченні переживань посттравматичного стресового розладу та визначенні психологічних особливостей негативних наслідків ПТСР і травматизації у військовослужбовців та цивільних осіб, які зазнали впливу воєнного стресу.

Для реалізації вказаної мети було підібрано та застосовано *комплекс психодіагностичних методик*, що забезпечує багатовимірне дослідження психічного стану та адаптаційних можливостей респондентів:

- 1) «Міссісіпська шкала ПТСР» (військовий варіант): задля виявлення та оцінення проявів ПТСР;
- 2) «Шкала самооцінки наявності ПТСР»: визначення ознак ПТСР у військових та осіб, постраждалих на бойовий стрес, за критеріями «DSM-IV»; виявлення: «нормативних показників психічної активності», «окремих ознак посттравматичного стресового розладу», наявності «посттравматичного стресового розладу».
- 3) «Шкала психологічного стресу RSM-25»: уможливило визначення рівнів «стресових відчуттів» у соматичних, поведінкових та афективних показниках у військовослужбовців та осіб постраждалих на бойовий стрес;
- 4) Тест «Аналіз стилю життя»: задля визначення рівня «стресостійкості особистості»;
- 5) «Шкала реактивної та особистісної тривожності»: сприяє визначенню рівня ситуативної та особистісної тривожності;

- б) «Опитувальник депресивності Бека»: надає можливість щодо з'ясування наявності депресії та ступеня важкості депресивних розладів у військових та осіб постраждалих на бойовий стрес;
- 7) «Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду»: виявляє «рівень інтенсивності стресової дії бойової ситуації на військових та осіб постраждалих внаслідок бойових дій»;
- 8) Шкала оцінки психічного статусу MMSE (Mini Mental State Examination): задля виявлення когнітивних порушень осіб, постраждалих на ПТСР;
- 9) Фронтальний оціночний тест (FAB): для виявлення лобової дисфункції;
- 10) таблиці Шульте: для оцінювання уваги та швидкості її переключення;
- 11) Опитувальник засобів копіngu (Ways of Coping Questionnaire) (Р. Лазарус, С. Фолкман): що дозволяє виявити стратегії самоопанування особистості в складних життєвих ситуаціях.

*Констатувальний експеримент із використанням вказаного методичного забезпечення дійснювався протягом 2022–2024 рр. Загальна кількість осіб, які були охоплені емпіричним дослідженням, склала 244 особи, з них чоловіків – 200, жінок – 44. Нижче презентуємо результат проведення емпіричного дослідження.*

## **2.2. Аналіз результатів першого етапу емпіричного дослідження**

*Першим етапом емпіричного дослідження було визначення ступеня вираженості когнітивних порушень у військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих внаслідок воєнного стресу, за допомогою нейропсихологічних тестів.*

Передусім, нами було здійснено відкрите рандомізоване дослідження: середній вік чоловіків  $34,28 \pm 7,72$ ; жінок  $30,09 \pm 7,86$ ). Розподіл досліджуваних у вибірці за віком і статтю представлено у табл. 2.1.

Таблиця 2.1

**Розподіл досліджуваних за віком і статтю**

<b>Респонденти</b>	<b>Абс (%)</b>	<b>Вік (M±SD)</b>
Чоловіки	200 (81,9)	$34,28 \pm 7,72$
Жінки	44 (18,1)	$30,92 \pm 7,86$
Разом	244 (100)	$32,60 \pm 7,79$

В залежності від віку досліджуваних було розподілено за двома групами: до першої вікової групи (28-35 років) увійшли 132 (54,1%) осіб, середній вік  $30 \pm 2,74$  років (чоловіків –  $30,93 \pm 2,96$  років, жінок –  $30,27 \pm 2,49$  років) (рис. 2.1.);

до другої вікової групи (36-42 роки) увійшли 112 осіб (45,9%) осіб, середній вік  $39,03 \pm 2,77$  років (чоловіків –  $39,87 \pm 2,85$  років, жінок  $37,50 \pm 1,37$  років).

Кожну вікову групу респондентів було поділено на підгрупи: емпірична група I – особи з діагностуванням ПТСР, емпірична група II – особи з самооцінюванням ПТСР та емпірична група III – особи з депресією (рис. 2.1).

Усі респонденти були поінформовані про характер дослідження й отримано їх згоду. Для діагностики використовувалися стандартні методи збору анамнезу та психодіагностичного тестування з урахуванням скарг, даних об'єктивного обстеження та методик психодіагностичного тестування. Статистичне опрацювання результатів проводили за допомогою програми Statistica 20.0.

Значущість відмінностей між показниками груп визначалася за t-критерієм Стьюдента та F-критерієм Фішера. Рівень достовірності встановлювався на рівні  $p < 0,05$ . Порівняння груп за якісними характеристиками проводилося за допомогою критерію  $\chi^2$  Пірсона.

Для оцінки кореляцій розраховували коефіцієнт рангової кореляції Спірмена ( $\rho$ ). Якщо коефіцієнт набував значень від 0 до -1,0, то кореляція

вважалася зворотною, якщо коефіцієнт набував значень від 0 до 1,0, то кореляція вважалася прямою. Коефіцієнт кореляції від 0 до  $\pm 0,3$  розглядався як слабка кореляція, від  $\pm 0,4$  до  $\pm 0,7$  – як помірна, від  $\pm 0,7$  до  $\pm 1,0$  – як висока.

Нейропсихологічне тестування використовувалося для виявлення й оцінювання стану когнітивної дисфункції в структурах адаптивних можливостей досліджуваного.

Слід зазначити, що існують як експрес-методи скринінгу, так і складніші методи оцінки когнітивних функцій. У дослідженнях когнітивних функцій широко використовують скринінговий тест Mini Mental State Examination (MMSE), субтести якого оцінюють стан просторових, часових, мовних, гносеологічних, праксичних функцій і пам'яті. Фронтальний оціночний тест (FAB) – широко використовуваний тест для виявлення лобової дисфункції. Дослідження з використанням таблиці Шульте застосовуються для оцінювання уваги та швидкості.

Відповідно до класифікації всі когнітивні порушення було поділено на три типи: суб'єктивні когнітивні порушення високого рівня, середнього рівня, низького рівня; результати тесту MMSE показали, що у віковій групі 28-35 років показники на першому і другому зрізі становили  $27,4 \pm 0,42$  та  $27,5 \pm 0,43$  відповідно, на третьому зрізі  $27,7 \pm 0,42$ . Низький рівень когнітивних порушень не зафіксований упродовж здійснення трьох зрізів. Спостерігається переважання кількісних показників середнього рівня й незначні показники високого рівня (див. табл. 2.2.)

*Таблиця 2.2.*

**Аналіз результатів за даними MMSE у першій групі досліджуваних  
(28-35 pp.)**

<b>Рівень порушень</b>	<b>Перший зріз %</b>	<b>Другий зріз %</b>	<b>Третій зріз %</b>
Високий	6,1% / 2,3%	6,1% / 2,3 %	4,08 % / 1,5 %
Середній	18,36% / 6,8%	18,36% / 6,8%	20,4% / 7,6 %
Низький	-	-	-
$M \pm \sigma$	$27,4 \pm 0,42$	$27,5 \pm 0,43$	$27,7 \pm 0,42$

Результати тесту MMSE показали, що у групі досліджуваних 28-35 рр. показники на першому і другому зрізах становили  $24,1 \pm 0,35$  й  $25,7 \pm 0,31$  відповідно, під час третього зрізу -  $25,2 \pm 0,37$ . Також зафіксовано домінування середнього рівня когнітивних порушень. Низький рівень порушень зафіксовано не було. За отриманими даними констатовано тенденцію щодо погіршення когнітивних процесів у осіб, які перебувають в умовах воєнного стресу.

Таблиця 2.3

**Аналіз результатів за даними MMSE у другій групі досліджуваних  
(36-42 рр.)**

<b>Рівень порушень</b>	<b>Перший зріз %</b>	<b>Другий зріз %</b>	<b>Третій зріз %</b>
Високий	17,1 % / 5,4 %	14,28 % / 4,5 %	8,6 % / 2,7 %
Середній	5,7% / 1,8 %	11,4 % / 3,6 %	20,0% / 6,3%
Низький	5,7 % / 1,8 %	8,6 % / 2,7 %	-
$M \pm \sigma$	$24,1 \pm 0,35$	$25,7 \pm 0,31$	$25,2 \pm 0,37$

Результати тесту MMSE показали, що у віковій групі 36-42 рр. показники становили  $24,2 \pm 0,35$  і  $25,7 \pm 0,31$  відповідно. Під час першого зрізу – у досліджуваних першої емпіричної групи – спостерігається переважання високого рівня когнітивних порушень. Таку тенденцію ми спостергали під час здійснення другого зрізу. У межах третього зрізу зафіксовано домінування середнього рівню й відсутність показників низького рівня когнітивних порушень.

Проте у віковій групі 36-42 рр. виявили у досліджуваних збільшення показників високого рівня когнітивних порушень, ніж у групі 28-35 рр. Встановлене дає можливість констатувати тенденцію до прогресування когнітивних розладів у військовослужбовців та цивільних осіб, які перебували в умовах воєнного стресу, в залежності від віку.

За показниками дослідження когнітивних порушень у першій групі 28-35 рр. (другої емпіричної групи): перший зріз  $8,5 \pm 0,47$ ; другий зріз  $8,6 \pm 0,40$ ; третій зріз  $8,3 \pm 0,62$  (див. табл. 2.4.).

Таблиця 2.4

**Аналіз результатів за даними MMSE у першій групі досліджуваних  
(28-35 рр.)**

<b>Рівень порушень</b>	<b>Перший зріз %</b>	<b>Другий зріз %</b>	<b>Третій зріз %</b>
Високий	16,0 % / 6,01%	12,0 % / 4,5 %	4,0 % / 1,5 %
Середній	8,0 % / 3,0 %	12,0 % / 4,5 %	14,0 % / 5,3 %
Низький	-	-	2,0 % / 0,7%
<b>М±σ</b>	<b>8,5±0,47</b>	<b>8,6±0,40</b>	<b>8,3±0,62</b>

У першій віковій групі (28–35 рр.) другої емпіричної групи виявлено тенденцію до зростання частки осіб із високим рівнем когнітивних порушень. При цьому позитивна динаміка показників до третього зрізу спостерігається лише у 2,0 % досліджуваних, що є незначним збільшенням порівняно з аналогічним показником у відповідній віковій вибірці (0,7 %).

За показниками когнітивних порушень другої групи (36-42 рр.) (другої емпіричної групи): перший зріз  $7,5\pm 0,47$ ; другий зріз  $7,6\pm 0,40$ ; третій зріз  $7,3\pm 0,62$  (див. табл. 2.5.)

Таблиця 2.5

**Аналіз результатів за даними MMSE у другій групі досліджуваних  
(36-42 рр.)**

<b>Рівень порушень</b>	<b>Перший зріз %</b>	<b>Другий зріз %</b>	<b>Третій зріз %</b>
Високий	13,3 % / 5,3 %	6,7% / 2,6%	6,7% / 2,6%
Середній	8,9% / 3,5 %	11,1 % / 4,5 %	6,7% / 2,6%
Низький	4,4 % / 1,8	4,4 % / 1,8	2,2 % / 0,89 %
<b>М±σ</b>	<b>7,4±0,42</b>	<b>7,8±0,41</b>	<b>7,9±0,45</b>

У другій віковій групі (36–42 рр.) зафіксовано зростання частки досліджуваних із високим рівнем когнітивних порушень. Разом із тим до третього зрізу спостерігається зниження цього показника до 6,7 % у межах підгрупи та до 2,6 % у межах групи загалом. Найбільш чисельною є категорія осіб із середнім рівнем когнітивних порушень. Водночас частка досліджуваних із низьким рівнем когнітивних порушень демонструє тенденцію до збільшення.

Отримані результати свідчать про певне покращення стану когнітивної сфери до третього зрізу, що може бути пов'язано з процесами психофізіологічного відновлення та поступової стабілізації функціонування нервової системи (див. табл. 2.6.).

Таблиця 2.6

**Аналіз результатів за даними MMSE у першій групі досліджуваних  
(28-35 рр.) (третья емпірична група)**

<b>Рівень порушень</b>	<b>Перший зріз %</b>	<b>Другий зріз %</b>	<b>Третій зріз %</b>
Високий	15,1 / 3,8	12,1 / 3,0	12,1 / 3,0
Середній	15,1 / 3,8	9,0 / 2,3	6,0 / 1,5
Низький	15,1 / 3,8	9,0 / 2,3	9,0 / 2,3
<b>M±σ</b>	<b>6,9±0,6</b>	<b>7,1±0,7</b>	<b>7,7±0,5</b>

У першій групі (28-35 рр.) (третьої емпіричної групи) ми спостерігаємо тенденцію до переважання високого рівня когнітивних порушень, що дещо знижуються на етапі третього зрізу. Доволі велика частка досліджуваних із низьким рівнем когнітивних порушень, втім частка досліджуваних із низьким рівнем когнітивних порушень також знижується на етапі третього зрізу (див. табл. 2.7.).

Таблиця 2.7

**Аналіз результатів за даними MMSE у другій групі досліджуваних  
(36-42 рр.) (третья емпірична група)**

<b>Рівень порушень</b>	<b>Перший зріз %</b>	<b>Другий зріз %</b>	<b>Третій зріз %</b>
Високий	18,7 / 5,4	21,9 / 6,3	25 / 7,1
Середній	6,3 / 1,8	9,4 / 2,7	6,3 / 1,8
Низький	6,3 / 1,8	-	-
<b>M±σ</b>	<b>5,7±0,8</b>	<b>5,9±0,6</b>	<b>6,3±0,5</b>

У третій емпіричній групі зафіксовано надзвичайно високу частку досліджуваних із високим рівнем когнітивних порушень, яка до третього зрізу демонструє подальше зростання. Це свідчить про більш виражений негативний вплив воєнного стресу на когнітивну сферу осіб цієї групи порівняно з

досліджуваними попередніх груп. Характерною особливістю є також відсутність досліджуваних із низьким рівнем когнітивних порушень на етапах другого та третього зрізів, що може вказувати на стійкий характер порушень пізнавальних процесів і недостатню динаміку їх відновлення.

Таким чином всі респонденти пройшли низку тестів для виявлення когнітивних порушень. Дослідження проводилося в три етапи: дні тестування 1, 5 і 10 (до, під час і після закінчення діагностики). Респонденти всіх вікових груп отримували базову терапію, за ними велося спостереження і моніторинг упродовж 10 днів з моменту першого обстеження. Для характеристики центральної тенденції та мінливості ознак визначалося середнє арифметичне ( $M$ ) і стандартне відхилення ( $\sigma$ ), а результати виражали як  $M \pm \sigma$ . Якщо ознака була нормально розподілена, розраховували t-тест Стьюдента. Для оцінки кореляції розраховували коефіцієнт рангової кореляції R Спірмена. Рівень значущості становив 0,05 ( $p=0,05$ ).

Результати показали, що у віковій групі 28-35 рр. середній результат за шкалою Mini-mental State Examination (MMSE) становив  $27,4 \pm 0,42$  бала. Когнітивні порушення позначали як легкі й середні, що являло собою незначне погіршення динаміки окремих когнітивних функцій (пам'яті, уваги, мислення) і не призводило до соціальної дезадаптації.

У групі 36-42 рр. середній бал за тестом MMSE становив  $24,2 \pm 0,35$  бала. Були виявлені легкі та помірні когнітивні порушення, без ознак дезадаптації, але з більш вираженим погіршенням деяких когнітивних функцій (пам'ять, розумова працездатність). Крім того, на початку дослідження було оцінено кореляції між усіма респондентами за кожним із запропонованих когнітивних порушень у 1-й і 10-й дні тесту для визначення наявності можливих кореляцій у вибірці загалом.

Як зазначалося вище, шкала MMSE є одним із найпоширеніших діагностичних тестів, використовуваних для визначення наявності когнітивних порушень. У зв'язку з цим було виявлено значущу ( $p<0,05$ ) обернену кореляцію помірної сили між балами когнітивних порушень і віком респондентів у 1-й і 10-й дні дослідження:  $r=-0,49$  і  $r=-0,35$  відповідно (див. табл. 2.8.).

Таблиця 2.8.

**Результати кореляційного аналізу показників MMSE та віку досліджуваних у першій групі досліджуваних (28-35 рр.)**

Показники (шкали) MMSE	Перший зріз (перша доба)		Третій зріз (десята доба)	
	r	p	r	p
MMSE	0,49	<0,001	0,49	<0,001
Вік	-0,51	<0,001	-0,29	<0,001

Подальше вивчення кореляцій у групах респондентів виявило таку закономірність. Між ступенем когнітивних порушень і віком респондентів спостерігалася значуща ( $p < 0,05$ ) зворотна кореляція помірної сили: у першій і другій підгрупах у 1-й день показники становили  $r = -0,33$  ( $p = 0,06$ ) і  $r = -0,57$  ( $p < 0,05$ ) відповідно; у третій підгрупі на початку й наприкінці тестування виявлено значущі кореляції для обох показників:  $r = -0,61$  і  $r = -0,63$  ( $p < 0,05$ ), відповідно (див. табл. 2.9.)

Таблиця 2.9

**Кореляція показників когнітивних порушень та віку за шкалою MMSE у першій групі досліджуваних (28-35 рр.)**

Шкал и MMSE	Перша підгрупа				Друга підгрупа				Третя підгрупа			
	I зріз		III зріз		I зріз		III зріз		I зріз		III зріз	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
MMSE	0,43	<0,001	0,43	<0,001	0,31	<0,001	0,31	<0,001	0,75	<0,001	0,75	<0,001
Вік	-0,33	0,05	-0,20	0,39	-0,57	<0,001	-0,23	0,15	-0,61	<0,001	-0,63	<0,001

Як бачимо, у табл. 2.9 презентовано кореляційний аналіз між когнітивними порушеннями і досліджуваними показниками. Так, достовірні ( $p < 0,01$ ) зворотні низькі та середні кореляції  $r = -0,45$  і  $r = -0,31$  було виявлено між віком респондента і результатами тестування на 1 і 10 день відповідно (див. табл. 2.10).

Таблиця 2.10

**Результати кореляційного аналізу показників MMSE та віку  
у другій групі досліджуваних (36-42 роки )**

Показники (шкали) MMSE	Перший зріз (перша доба)		Третій зріз (десята доба)	
	r	p	r	p
MMSE	0,42	<0,001	0,45*	<0,001
Вік	-0,45	<0,001	-0,31	<0,001

Примітка: \* - достовірність показника за  $p < 0,05$

У першій підгрупі другої групи не було виявлено значущої кореляції як на початку, так і наприкінці дослідження; у другій підгрупі спостерігалася значуща ( $p=0,02$ ) зворотна кореляція між показниками MMSE і віком:  $r=-0,38$  (див. табл. 2.11.).

Таблиця 2.11

**Кореляція показників когнітивних порушень та віку за шкалою MMSE у  
першій групі досліджуваних (36-42 рр.)**

Шкали MMSE	Перша підгрупа				Друга підгрупа				Третя підгрупа			
	I зріз		III зріз		I зріз		III зріз		I зріз		III зріз	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
MMSE	0,42	<0,001	0,42	<0,001	0,33	<0,001	0,33	<0,001	0,78	<0,001	0,78	<0,001
Вік	0,05	0,78	-0,26	0,1	<b>-0,38.</b>	0,02	-0,19	0,33	-0,25*	0,001	0,28	0,15

Вік респондентів другої групи третьої підгрупи достовірно ( $p < 0,01$ ) обернено корелював зі ступенем когнітивних порушень на початку тесту:  $r=-0,25$ . Оцінку стану параметрів когнітивних порушень визначали за допомогою тесту MMSE.

Таким чином, результати першого етапу констатувального експерименту засвідчили наявність когнітивних порушень різного ступеня вираженості у військовослужбовців і цивільних осіб, які зазнали впливу воєнного стресу. Аналіз показників за шкалою MMSE дозволив виявити вікові та групові особливості когнітивного функціонування досліджуваних. Встановлено, що зі збільшенням віку спостерігається тенденція до зростання вираженості когнітивних порушень, що підтверджується як результатами порівняльного

аналізу між віковими групами, так і даними кореляційного аналізу. Найбільш несприятливі показники були зафіксовані у досліджуваних третью емпіричної групи, для яких характерними виявилися висока частка осіб із вираженими когнітивними порушеннями, їх стійкість у динаміці спостереження та відсутність позитивних змін за окремими показниками. Водночас у першій та другій емпіричних групах простежувалися окремі ознаки покращення когнітивного функціонування до третього зрізу, що може бути пов'язано з процесами психофізіологічної адаптації та відновлення.

### **2.3. Аналіз результатів другого етапу емпіричного дослідження**

*Другий етап емпіричного дослідження* полягав у вивченні соціально-психологічних особливостей досліджуваних, постраждалих на ПТСР.

На основі теоретичного дослідження нами розроблено модель соціально-психологічної підтримки військовослужбовців та осіб постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу, що охоплює три взаємопов'язані рівні: емоційний, когнітивний, мотиваційно-ціннісний.

На *емоційному рівні* виявляються ставлення особистості до військового досвіду, військової служби та подій, пов'язаних із воєнними діями, а також специфіка переживання процесу повернення до мирного життя; спостерігається високий рівень емоційного схвалення військових дій, військового способу життя; неоднозначне емоційне ставлення до громадянської, мирної дійсності; орієнтація на задоволення і поглиблення емоційного сприйняття різних аспектів життя.

*Когнітивний рівень* передбачає перегляд і переосмислення норм поведінки, соціальних ролей, стратегій соціальної комунікації; виявляється прагнення до створення альтернативних реальностей: віртуального співтовариства «братів», об'єднаних у формальні державні органи, протиставляється мирному суспільству, прагнення привернути увагу громадськості до власних потреб і повертається у військово-співтовариство;

*Мотиваційно-ціннісний* рівень пов'язаний з відновленням особистістю власних ресурсів, реалізацією професійного й особистісного потенціалу, визначенням життєвих цілей і формуванням. Його важливими компонентами є прагнення до самореалізації та соціальної активності, відновлення суб'єктної позиції, реконструкція життєвих смислів і ціннісних орієнтирів, формування позитивної життєвої перспективи, а також досягнення внутрішньої психологічної рівноваги. Цей рівень забезпечує особистісну інтеграцію травматичного досвіду та визначає спрямованість подальшого психологічного відновлення і соціальної адаптації.

Виявлення особливостей функціонування зазначених рівнів відбувалося на основі результатів психодіагностичного дослідження – із застосуванням методик, які дозволили дослідити емоційні, когнітивні, мотиваційні та соціально-психологічні характеристики військовослужбовців і цивільних осіб, які зазнали впливу воєнного стресу.

Емоційний рівень:

1. «Міссісіпська шкала ПТСР (військовий варіант)» (Mississippi Scale for Combat-Related PTSD) – розроблена для з'ясування ступеня вираженості посттравматичних стресових реакцій у особистості. «Міссісіпська шкала» застосовувалася з метою виявлення таких психометричних властивостей: висока «сензитивність» та «специфічність»; «диференціально-діагностичні» можливості; високий прикінцевий бал за шкалою добре корелюється з «діагнозом ПТСР»; нами було використано з метою виявлення афективного впливу ПТСР на особистість.

2. «Шкала самооцінки наявності ПТСР» (PTSD Check List – Military Version. «PCL-M»): заснована на критеріях «DSM-4», має 17 тверджень, а саме «ознак ПТСР», «PCL-M». Це військова версія, і питання стосуються «травматичного військового досвіду». «PCL-C» – версія для цивільного населення, застосовувалася з метою виявлення «травматичного досвіду у минулому». «PCL-S» – версія стосується певного конкретного виду травми у минулому й задля потенційного встановлення «діагнозу ПТСР» у особистості.

3. «Шкала психологічного стресу RSM-25» – Шкала PSM-25 Лемура-Тесьє-Філліон (Lemur-Tessier-Fillion) – призначена для вимірювання феноменологічної структури переживань стресу. Ми застосовували її з метою вимірювання «стресових відчуттів» у поведінкових, соматичних та афективних показниках.

Когнітивний рівень:

1. Тест «Аналіз стилю життя» («Бостонський тест на стресостійкість»), створений дослідниками «Медичного центру» Університету Бостона. Ми використовували методику з метою виявлення усвідомлення особистістю рівня власної «стресостійкості».

2. «Шкала реактивної та особистісної тривожності (Ч. Д. Спілбергер – Ю. Л. Ханін)». Шкала дає змогу диференційовано досліджувати «тривожність» як особистісну ознаку і як стан. Нами було застосовано методику з метою визначення усвідомлення власних особливостей тривожності.

3. «Шкала тривоги Бека» (The Beck Anxiety Inventory – «BAI»). Ця «клінічна тестова методика» застосовується для «скрінінгу» тривоги та оцінки ступеню її вияву; використано нами з метою виявлення ставлення потсраждалих до впливу тривожності на власну особистість і його усвідомлення.

Мотиваційно-ціннісний рівень.

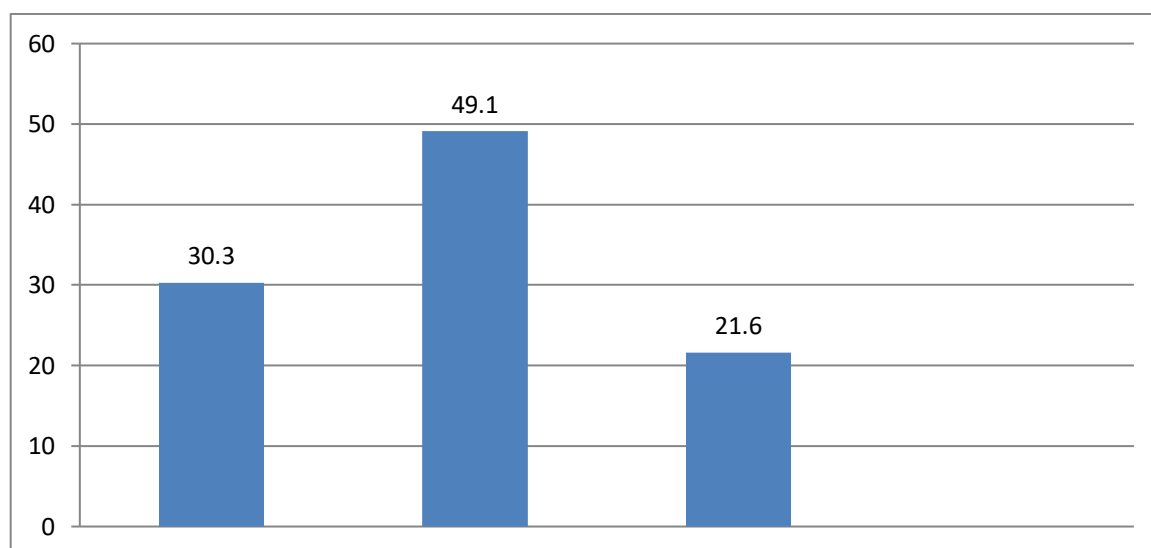
1. «Опитувальник депресивності Бека» (Beck Depression Inventory – «BDI») – застосовується для виявлення депресивних симптомів і широко використовується у «клініко-психологічних» дослідженнях та у психіатричній практиці для з'ясування «інтенсивності» депресії. Опитувальник використовувався нами з метою виявлення у досліджуваних бажання опанувати досліджуваний стан.

2. «Шкала самооцінки рівня депресії Цунга» («Z-SDS») дає змогу оцінити рівень депресії пацієнтів та виявити ступінь «депресивного розладу». Нами використано методику з метою виявлення особистісних передумов щодо необхідності психологічної допомоги;

3. «Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду» має на меті уточнення «тривалості» та «інтенсивності» стресової дії бойової обстановки на особистість. Ця шкала використовується тільки у дослідницьких цілях або у порівняльних дослідженнях. Нами методику було застосовано задля виявлення готовності протистояти негативній дії й бажання та уміння використосувати бойовий досвід у віднаходженні нових смислів і ціннісних орієнтрів у житті.

Результати, засновані на методології «Міссісіпської шкали оцінки посттравматичних реакцій» та шкалі самооцінки ПТСР (контрольний список ПТСР – військове видання), показали, що суб'єкти з ПТСР становили понад 50% від загальної кількості діагностованих.

На основі проведеної «Міссісіпської шкали для оцінки посттравматичних реакцій» було виявлено та оцінено «прояви ПТСР» у осіб, постраждалих на стрес-фактор (див. рис. 2.2).



**Рис. 2.2. Прояви ПТСР у осіб, постраждалих внаслідок дії воєнного стресу**

Як продемонстровано вище, результати емпіричного дослідження показали, що посттравматичний стресовий розлад діагностовано у 30,3 % респондентів; характерні ознаки ПТСР виявлено у 49,1 % досліджуваних; добре адаптованими виявилися 21,6 % осіб. Отримані дані дають підстави припустити, що психологічні та аксіологічні характеристики особистості в умовах воєнних

дій суттєво відрізняються від аналогічних характеристик у мирний час. За наявності ПТСР потреба у цінностях, актуалізованих у військовий період, переноситься у мирний вимір без належної трансформації чи адаптації.

Трансформація та адаптація ціннісних орієнтацій можлива лише за умови проведення психологічної реабілітації постраждалих від ПТСР. Така реабілітація має ґрунтуватися на психологічному та аксіологічному підходах, що забезпечують планування й реалізацію комплексних заходів реабілітаційного супроводу. Виходячи з цього, можна припустити, що психологічні й ціннісні характеристики особистості під час бойових дій зазнають змін, порівняно з періодами мирного часу. Якщо ж у людей розвивається посттравматичний стресовий розлад, то потреби, що виникли під час війни у сфері цінностей, переносяться ними у мирне життя без будь-яких трансформацій чи пристосувань.

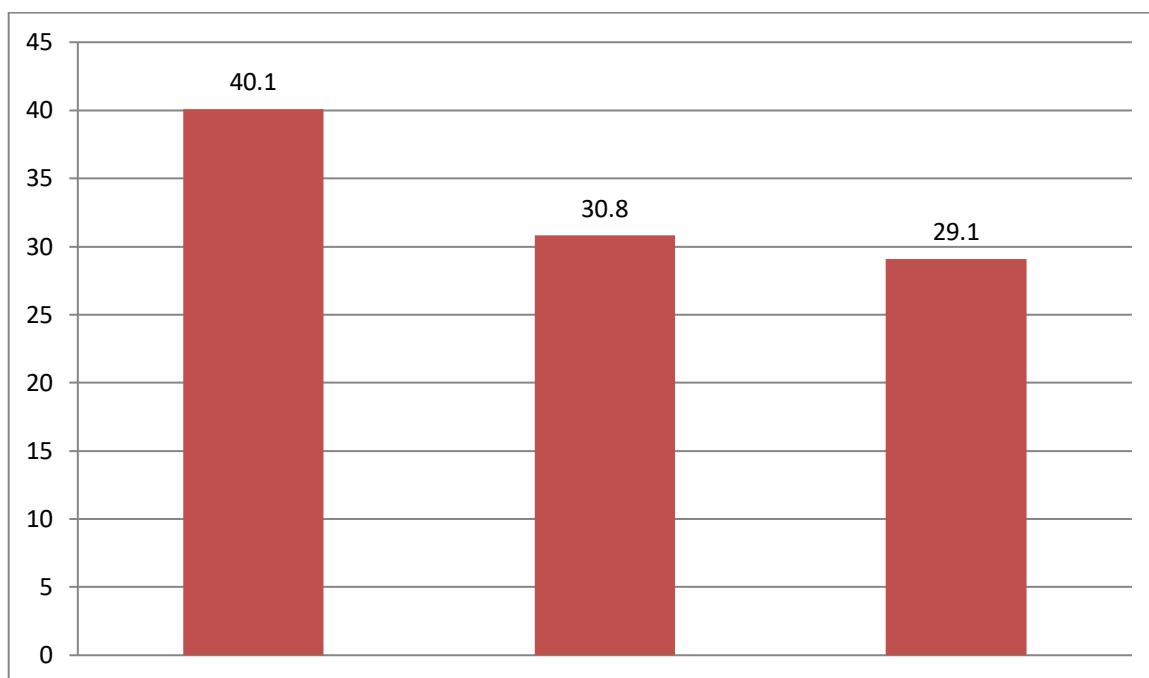
Лише психологічна реабілітація тих, хто постраждав від ПТСР, може гарантувати адаптацію або трансформацію цієї потреби в цінностях. Така реабілітація, що спирається на психологічний та аксіологічний підходи, передбачає планування й реалізацію заходів з реабілітаційного супроводу осіб, які пережили травму.

*Психологічні прояви.* Військовослужбовці та цивільні особи, які зазнали травматичного досвіду, демонструють епізоди повторного переживання травми у вигляді нав'язливих спогадів; схильність уникати дій та ситуацій, що асоціюються з воєнними подіями; сновидіння та нічні кошмари, пов'язані з образами бойових травм; підвищений рівень страху, нервозності, занепокоєння та тривожності.

*Аксіологічні прояви.* Відзначається хронічне відчуття емоційного виснаження, відстороненість і зненцінення близьких і друзів, байдужість до навколишнього середовища; тривожність, пригніченість та наявність суїцидальних тенденцій, пов'язаних із втратою смислів.

*Результати психодіагностики.*

За даними тестування із застосуванням «Шкали PSM-25» та «Аналізу стилю життя» (Бостонський тест на стресостійкість), встановлено, що більшість респондентів належать до групи з помірним та високим рівнем стресу. Це підтверджує переважання негативних психологічних та аксіологічних проявів серед осіб, діагностованих у межах дослідження (див. рис. 2.3).



**Рис. 2.3. Результати «самооцінки наявності ПТСР» у осіб, постраждалих внаслідок дії воєнного стресу**

Аналіз результатів дослідження показав наступне:

- «нормативні показники психічної активності» зафіксовано у 40,1 % респондентів;
- «окремі ознаки посттравматичного стресового розладу» - у 30,8 % досліджуваних;
- наявність «ПТСР» підтверджено у 29,1 % осіб.

Отримані дані свідчать, що фаза стійкості (коли організм ефективно долає наслідки бойового стресу) вже завершена. Замість неї формується фаза виснаження, яка знижує адаптаційні можливості організму та підвищує ризик розвитку психосоматичних порушень. Це супроводжується деформацією

психологічних та аксіологічних характеристик особистості, властивих людям із ПТСР.

За таких умов відбувається зниження здатності до адаптації, а психіка реалізує потребу в цінностях через їх перенесення у мирний вимір без належної трансформації. Джерелом особистої активності стають різні цінності та потреби, які не завжди відповідають новим умовам життя.

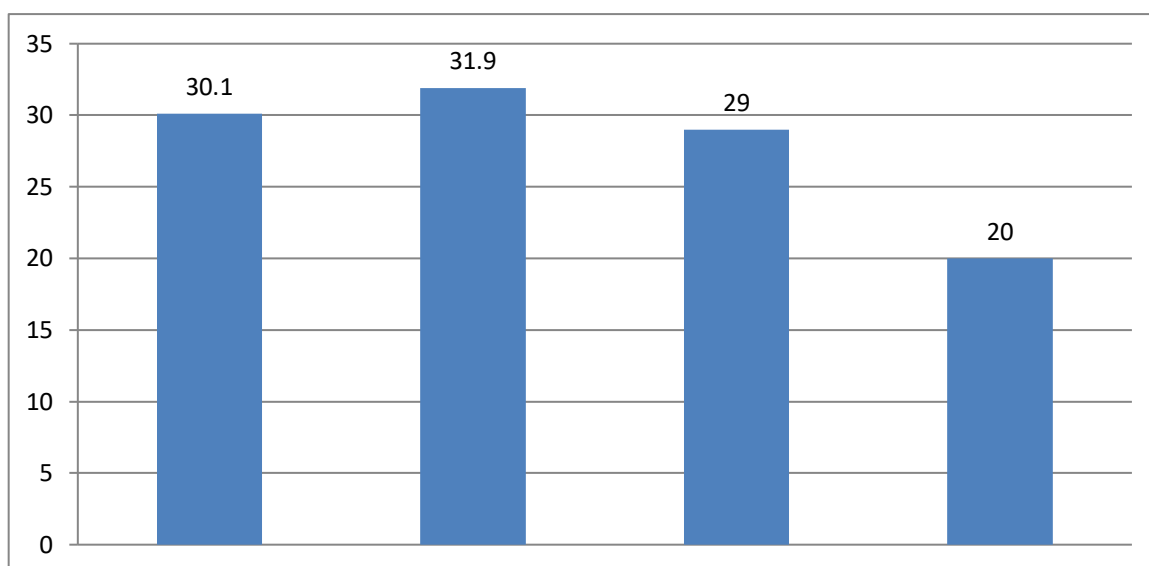
Психологічна реабілітація осіб із ПТСР має ґрунтуватися на психологічному та аксіологічному підходах, що забезпечують підтримку адаптаційних можливостей організму на відповідному рівні. При плануванні та проведенні реабілітаційних заходів необхідно орієнтуватися на симптоматику, яка відображає як психологічні, так і аксіологічні порушення.

*Психологічно скориговані прояви.* Військовослужбовці та цивільні особи з ПТСР демонструють широкий спектр симптомів, серед яких: швидка стомлюваність, безпричинна млявість, порушення фізичного та психічного здоров'я, проблеми зі сном, головний біль, зниження імунітету, коливання артеріального тиску, гастрит, виразкова хвороба, серцево-судинні та алергічні розлади, інші психосоматичні захворювання. Також спостерігаються підвищена дратівливість, тривожність, неуважність, безпричинні спалахи гніву, забудькуватість і пасивність.

*Аксіологічно обумовлені прояви.* Відзначається різке зниження працездатності, життєвої та творчої активності. Тривале перебування у такому стані неминуче призводить до внутрішніх проблем особистості як на психологічному (психосоматичному), так і на аксіологічному рівні.

*Результати психодіагностики.*

Застосування «Шкали реактивної та особистісної тривожності» (К.Д.Спілбергер, Ю.Л. Ханін) та «Шкали тривожності Бека» показало, що менше ніж 50 % респондентів із числа осіб, які страждають на ПТСР та учасників бойових дій, мали високий рівень тривожності. Водночас серед осіб із ПТСР зафіксовано значний відсоток низької особистісної тривожності (див. рис. 2.4).



**Рис. 2.4. Розподіл показнику «депресивних симптомів» серед постраждалих осіб внаслідок дії воєнного стресу**

Кількісний аналіз результатів:

- відсутність депресії – у 30,1 % респондентів;
- помірно виражена депресія – у 31,9 % досліджуваних;
- критичний рівень депресії – у 29,0 % осіб;
- явно виражена депресивна симптоматика – у 20,0 % військовослужбовців.

Отримані дані свідчать, що частина постраждалих осіб внаслідок дії воєнного стресу намагається уникати проявів підвищеної тривожності, прагнучи виглядати «краще» в очах оточення. Однак цей процес потребує значних психофізичних ресурсів і може призводити до розумового та фізичного виснаження.

Реабілітаційні заходи для осіб із ПТСР та патологічними змінами рівня тривожності мають ґрунтуватися на психологічному та аксіологічному підходах і враховувати наступне.

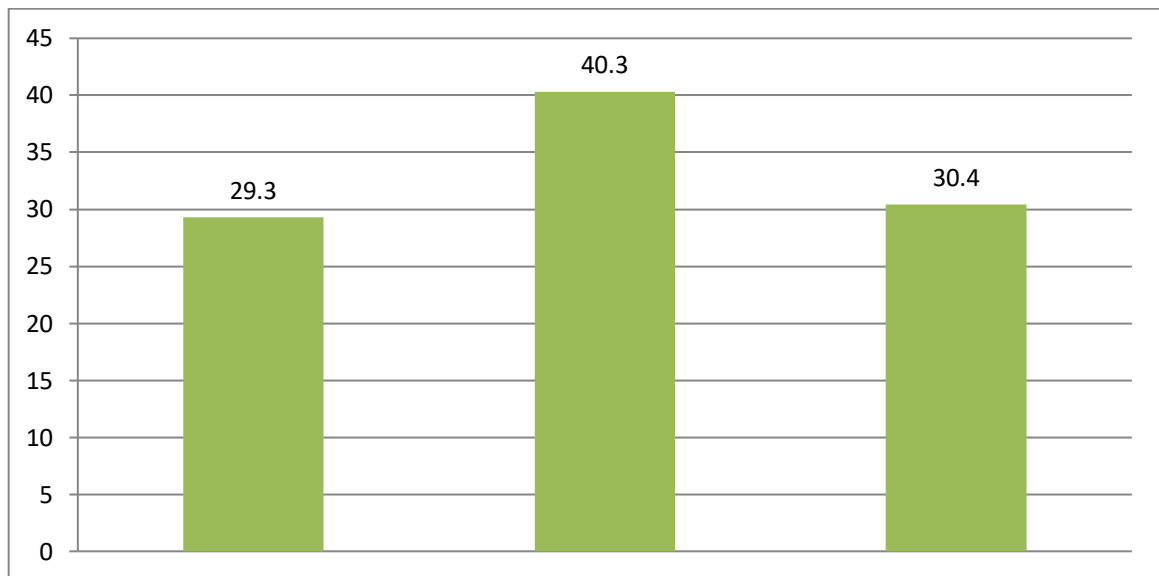
*Психологічно обумовлені прояви:* невротичні конфлікти, емоційні та невротизовані зриви, тривога, збудження, тремтливість, роздратування, напруга, передчуття небезпеки, психосоматичні розлади.

*Аксіологічно обумовлені прояви:* схильність інтерпретувати значну частину життєвих ситуацій як потенційно загрозові, що супроводжується підвищеною тривожністю, настороженістю та очікуванням негативного розвитку подій.

*Результати психодіагностики:*

На основі Опитувальника оцінки депресії Бека (BDI) та Шкали депресії Цунга (Z-SDS) встановлено, що близько 50 % осіб із ПТСР мають виражені симптоми депресії.

Самооцінка депресії та інтенсивність симптомів: відсутність депресії – у 29,3 % досліджуваних; легка депресія ситуативного чи невротичного генезу – у 40,3 % осіб; явно виражена депресивна симптоматика – у 30,4 % респондентів (див. рис. 2.5).



**Рис. 2.5. Прояви депресивної симптоматики у осіб, постраждалих внаслідок дії воєнного стресу**

Отримані дані свідчать, що у осіб із ПТСР депресія призводить до пригнічення ціннісних потреб, що негативно впливає на здатність особистості ефективно реалізовувати себе через систему цінностей і потреб. Це обмежує можливість індивіда бути джерелом власної активності.

Реабілітація осіб із ПТСР має ґрунтуватися на психологічному та аксіологічному підходах, що дозволяє запобігти наростанню інтенсивності депресивних симптомів і підвищенню рівня депресії. При плануванні та

проведенні реабілітаційних заходів для осіб зі значним рівнем депресії та вираженою симптоматикою необхідно акцентувати увагу фахівців на таких проявах.

*Психологічно обумовлені прояви.* У осіб із ПТСР спостерігається широкий спектр симптомів, що охоплюють як емоційно-когнітивну, так і поведінкову сферу:

- дратівливість, печаль, придушення негативних емоцій;
- відчуття невдачливості, незадоволеність собою, почуття провини та покарання;
- нерішучість, дисморфобічні переживання, труднощі у професійній діяльності;
- соматичні прояви: втрата апетиту, зниження ваги, занепокоєння щодо стану здоров'я, порушення сну, перевтома;
- зловживання алкоголем, наркотичними речовинами, тютюном чи сильнодіючими препаратами;
- когнітивні та емоційні порушення: песимістичне мислення, самознищення у випадку невдачі, перебільшення власних недоліків і применшення переваг;
- негативна селективність сприйняття, надмірна концентрація уваги на собі;
- завищене прийняття відповідальності за події та власні дії.

Таким чином, симптоматика охоплює як емоційно-когнітивні порушення, так і психосоматичні прояви, що підтверджує необхідність комплексної реабілітації, заснованої на психологічному та аксіологічному підходах.

*Аксіологічно обумовлені прояви.* У осіб із ПТСР спостерігаються такі симптоми: песимізм; соціальне відчуження; суїцидальні думки.

Кількісний аналіз результатів застосування «Шкали інтенсивності бойового досвіду». Нами встановлено наступне:

- низький рівень бойового досвіду виявлено у 38,1 % респондентів;

- середній рівень – у 54,1 % учасників бойових дій;
- високий рівень – у 15,1 % досліджуваних.

Ці дані свідчать, що значна частина осіб із ПТСР зазнала інтенсивного бойового впливу.

Результати застосування діагностичних методик дозволяють стверджувати, що інтенсивність бойового досвіду призводить не лише до психофізіологічних, а й до аксіологічних змін особистості військовослужбовців. Бойовий досвід формується у складних психологічних та аксіологічних умовах, що може спричиняти погіршення або деформацію ціннісних характеристик. У мирний час нові якості, набуті під впливом військових ситуацій, часто виявляються малоприсаєтними для адаптації.

Система цінностей особистості військовослужбовців і цивільних осіб в умовах переживання психотравматичного досвіду зазнає суттєвих, а подекуди й глибоких трансформацій, що негативно позначається на здатності реалізовувати власний потенціал через систему потреб, цінностей і життєвих смислів. Унаслідок цього послаблюється мотиваційна основа активності особистості, ускладнюється процес цілепокладання та знижується рівень її психологічної адаптації.

*Реабілітаційні заходи.* Комплексна реабілітація, заснована на психологічному та аксіологічному підходах, здатна зменшити наслідки інтенсивного бойового досвіду. При роботі з особами, які страждають на ПТСР і зазнали значного бойового впливу, основну увагу слід приділяти симптомам, що відображають психологічні порушення (емоційні зриви, тривожність, психосоматичні прояви); аксіологічні деформації (песимізм, соціальне відчуження, суїцидальні тенденції).

Реабілітація осіб із ПТСР, які зазнали інтенсивного бойового досвіду, має ґрунтуватися на психологічному та аксіологічному підходах. Основну увагу слід приділяти таким симптомам.

*Психологічно обумовлені:*

- посттравматичний стресовий розлад;

- стресові, тривожні та депресивні стани;
- фізичні травми та наслідки поранень чи тортур;
- нові психосоматичні розлади (зумовлені неадекватними санітарно-гігієнічними умовами, екстремальними температурними впливами, силою психотравмуючих факторів тощо);
- загострення хронічних захворювань;
- порушення самоповаги, труднощі у вираженні та обміні емоціями;
- проблеми у спілкуванні з близькими та значущими людьми;
- деформація соціальної ролі;
- зниження уяви, інтуїції, фантазії, гумору;
- порушення тілесних відчуттів, труднощі з розслабленням;
- зниження самооцінки.

*Аксіологічно обумовлені:*

- деформація або фундаментальна зміна системи ціннісних орієнтацій;
- втрата віри, надії, сенсу життя;
- криза релігійних переконань;
- порушення порядку пріоритетів.

Застосування психологічного та аксіологічного підходів у реабілітації осіб із тривалими наслідками бойового стресу дозволяє здійснити комплексний вплив на психофізіологічні та ціннісно-орієнтовані характеристики особистості. Це сприяє нормалізації психічного стану, відновленню адаптаційних можливостей та формуванню стабільної системи цінностей у військовослужбовців, які постраждали від ПТСР.

Реабілітація осіб із ПТСР, які зазнали інтенсивного бойового досвіду, має здійснюватися на основі психологічного та аксіологічного підходів. Це дозволяє знизити рівень ситуативної та особистісної тривожності, стресово-депресивних станів і пригніченості, забезпечуючи можливість особистості рівномірно використовувати всі канали соціальної, психологічної та фізичної адаптації.

Застосування такого підходу передбачає здійснення Як прямого, так і непрямого впливу. Прямий вплив передбачає проведення сімейних та індивідуальних консультацій, психологічну та інформаційну підтримку. Непрямий вплив полягає у проведенні таких реабілітаційних заходів, що поширюються на родичів і друзів постраждалих, створюючи єдиний психологічний та інформаційний простір для підвищення ефективності реабілітації.

На підставі результатів психологічної діагностики, аналізу анамнестичних даних та критеріїв індивідуального клініко-психологічного обстеження досліджуваних доцільно виділити такі групи: 1) особи з вираженими симптомами ПТСР та високим рівнем депресії; 2) особи з помірними проявами тривожності та депресивних станів; 3) особи з переважно аксіологічними деформаціями (криза цінностей, втрата сенсу життя, соціальне відчуження); 4) особи з компенсованими станами, які демонструють збереження адаптаційних ресурсів, але потребують профілактичної підтримки.

Диференціація військовослужбовців за результатами психодіагностичного обстеження створює підґрунтя для більш адресного та ефективного планування реабілітаційних заходів, що передбачають урахування не лише психологічних особливостей особистості, а й специфіки її ціннісно-сислової та аксіологічної сфер. Такий підхід дає змогу визначати індивідуальні ресурси відновлення, прогнозувати можливі труднощі соціальної адаптації та забезпечувати цілеспрямований соціально-психологічний супровід.

Крім указаного вище, на підставі результатів психологічної діагностики, аналізу анамнестичних даних та критеріїв індивідуального клініко-психологічного обстеження досліджуваних доцільно виділити такі групи. Перша група – психічно здорові особи. До цієї категорії належать респонденти, які не мають ознак зниження психічного здоров'я чи психоемоційного напруження під час обстеження. Їхній психічний і фізичний стан характеризується як динамічна рівновага між особистістю та навколишнім середовищем, коли всі біологічні та соціальні можливості максимально реалізовані, а життєзабезпечувальні функції працюють з оптимальною

інтенсивністю. Другу групу становлять особи з ознаками передневротичних розладів за типом психоадаптивного стану (ПАС). До цієї групи належать респонденти з факторами ризику, такими як генетична схильність до психічних розладів або алкоголізму; тривалі психоемоційні стресові стани; поєднана дія ситуаційних психогенних чинників.

Таким чином, запропонована класифікація дає змогу диференціювати учасників дослідження за рівнем психічного здоров'я, особливостями адаптаційних можливостей та ступенем ризику розвитку дезадаптивних і патологічних станів. Це створює підґрунтя для більш обґрунтованого планування реабілітаційних і психокорекційних заходів, спрямованих на відновлення психологічного благополуччя та підвищення адаптаційного потенціалу особистості.

У межах *посттравматичного адаптаційного синдрому* (ПАС) виокремлюють чотири основні форми, які відображають різні варіанти перебігу адаптаційних порушень та особливості реагування особистості на психотравматичний вплив. Відповідно до домінуючого типу психоадаптивного стану здійснюється диференціація груп військовослужбовців із передневротичними розладами, що дозволяє враховувати специфіку їхнього психологічного функціонування та потреб у соціально-психологічній підтримці.

1. Психовегетативна форма ПАС (переважна). Характеризується короткочасними вегетативними порушеннями: серцебиття, запаморочення, коливання артеріального тиску (частіше гіпертонія), періодичні припливи жару. Симптоми тривають кілька хвилин і виникають від кількох разів на тиждень до 1–2 разів на місяць.

2. Астенічна форма ПАС. Виявляється у вигляді скороминущої втрати тону організму та вираженої втоми, що зазвичай з'являється наприкінці дня. Симптоми включають млявість, слабкість, сонливість, труднощі із засинанням попри перевтому, погіршення концентрації уваги та проблеми з виконанням службових обов'язків.

3. Дистимічна форма ПАС. Характеризується раптовими психоемоційними порушеннями: невмотивованою тривогою, невпевненістю, внутрішнім дискомфортом, що тривають від кількох хвилин до кількох годин. На початкових етапах симптоми можуть стимулювати активність і викликати гіперактивність чи метушливість. Надалі виникають короткочасні епізоди нестійкого настрою з елементами дратівливості, незадоволеності, песимізму та млявості. Зазвичай ці стани минають після відпочинку чи відпустки.

4. Змішана форма ПАС. Виникає у випадках, коли неможливо визначити домінуючу психопатологічну симптоматику. Може проявлятися як імпотентно-вегетативний або вегетативно-дистимічний варіант, а також як поєднання психовегетативних розладів із симптомами астенії чи дистимії.

Таким чином, класифікація форм ПАС дозволяє більш точно диференціювати психічний стан військовослужбовців з урахуванням психологічних, адаптаційних та ціннісно-сміслових особливостей їхнього функціонування, що є важливим для розроблення адресних програм профілактики, реабілітації та соціально-психологічного супроводу.

#### *Передрозлади (ПДСР – психодизадаптивні стани)*

До цієї групи належать респонденти з «передрозладами» психічних і психосоматичних порушень, що характеризуються нестабільними, короткочасними та фрагментарними симптомами. Факторами ризику є наступні: спадкова схильність до дистимічних розладів; тривожно-депресивних станів; астенічних депресивних розладів; депресивно-дистимічних розладів; істеричних депресивних розладів; тривожних психосоматичних порушень. Формування цих розладів, як правило, зумовлене впливом психогенних колективних та сімейних чинників. Основні психоемоційні прояви – дистимічні розлади у вигляді ажитації, тривоги, дискомфорту; вербальні спалахи; переживання внутрішнього психічного дискомфорту.

На відміну від психоадаптивних станів (ПАС), особи з дистимічними ПДСР суб'єктивно оцінюють свій стан як нездоровий. Саме тому клієнти цієї групи часто самотійно звертаються по допомогу до лікаря.

Таким чином, ПДСР можна розглядати як проміжну групу між компенсованими станами та клінічно вираженими розладами, що потребує раннього виявлення та своєчасної психокорекції.

*Сомнологічні розлади при ПАС* виявляються у вигляді короткочасних змін уваги, порушення орієнтації у знайомій обстановці, неправильної оцінки часових інтервалів та значних труднощів при виконанні професійних завдань і ухваленні ділових рішень. Суб'єктивно ці стани переживаються як «проблеми з головою» та стають помітними для оточення. Супутніми симптомами є головний біль; відчуття «важкості в голові»; порушення виконання службових обов'язків. Особливості перебігу полягають у збереженні критичного ставлення до власного стану; чіткому зв'язку із перевтомою; можливому значному покращенні після достатнього або додаткового відпочинку; загостренні симптомів наприкінці робочого тижня.

Відносно вказаного сформульовані практичні рекомендації. Вони охоплюють проведення лікувально-профілактичних заходів (корекція режиму праці та відпочинку, психоемоційна розвантаження, нормалізація сну); за необхідності – госпіталізацію для комплексного обстеження та терапії; технічне забезпечення та оптимізацію умов праці (зокрема усунення перевантаження, контроль робочого середовища).

Таким чином, сомнологічні розлади, що супроводжують посттравматичний адаптаційний синдром, демонструють закономірну динаміку, зумовлену тривалим психоемоційним навантаженням і перевтомою. Отримані результати свідчать про необхідність їх ранньої діагностики, профілактики та комплексної корекції, оскільки ігнорування порушень сну може сприяти посиленню психічної дезадаптації та підвищувати ризик розвитку більш тяжких психоемоційних і психосоматичних станів.

Змішана форма ПДСР. Як і при аналогічних варіантах ПАС, у структурі можуть бути присутні астения, дистимія, дисфорія та психомоторні розлади у відносно рівних пропорціях, але з більшою вираженістю симптомів.

Досліджувані з ознаками *прикордонного психічного розладу (ППР)*. До цієї категорії належать особи з явними клінічними ознаками непсихотичних психічних розладів, що утворюють так звану «морбідологічну групу» прикордонних психічних порушень. Сюди входять неврози та неврозоподібні стани; психопатичні розлади; невротичні та латентні «маскування»; депресії з соматизацією; екстернально-органічні та соматогенні нервово-психічні порушення.

Факторами ризику визначають генетичну схильність до психічних розладів та алкоголізму; епізоди вживання наркотиків чи психоактивних речовин; тривалий психоемоційний стрес; комбінований вплив зазначених чинників.

Особливості перебігу виявляються у наявності особистісних аномалій та акцентуацій; значному зниженні або тимчасовій втраті працездатності; потребі своєчасній та якісній медичній допомозі (психіатричній та психотерапевтичній).

Ця група характеризується непсихотичними психічними порушеннями, що супроводжуються значним зниженням або навіть тимчасовою втратою працездатності.

*Військовослужбовці з психічними розладами в анамнезі.* Ця категорія характеризується складними проявами, що поєднують як психосоматичні, так і особистісні особливості.

Особливості перебігу полягають у тому, що такі особи можуть демонструвати оманливу поведінку, попри відносно задовільний фізичний стан; мають схильність до симуляції, що описується як «втеча у хворобу» та можливі вегетативні кризи та соматоформні розлади; особистість набуває невротичних рис, адаптивні можливості знижуються; інтелект відповідає рівню отриманої освіти, але відсутність самостійності у прийнятті рішень та знижена цілеспрямованість зменшують працездатність.

Складений психологічний портрет такого військового включає наступне:

- інтровертованість, емоційна вразливість, слабкий контроль емоцій;

- риси тривожності, недовірливості, наївності та низької самооцінки;
- скептичне ставлення до життя, невпевненість у собі, що не відповідає віковим очікуванням;
- знижені комунікативні навички, виражені егоїстичні нахили;
- дратівливість, агресивність, прагнення до самотності.

Військовослужбовці з такими проявами потребують своєчасного психіатричного, психотерапевтичного та соціально-психологічного супроводу, оскільки їхній психічний стан істотно обмежує адаптаційний потенціал особистості, знижує працездатність, ускладнює соціальну інтеграцію та негативно впливає на якість життя. Психологічні особливості резерву захворювання

У військовослужбовців із *прикордонними психічними розладами* спостерігаються такі порушення . 1. Когнітивні та поведінкові порушення: зниження спостережливості, концентрації та уваги (типові для невротичних розладів); відносна інфантильність та незрілість; зниження соціального функціонування та адаптивних навичок; зниження емоційного контакту, відсутність емпатії; зниження інтелектуальних бажань; слабкий інтелектуальний контроль (самоконтроль) над емоціями. 2. Емоційні та особистісні прояви: нестійкість настрою, емоційна нестабільність, високий ступінь сугестивності; відсутність сексуального відгуку як прояв невротизму та тривоги щодо сексуальних проблем; психосоматичні риси особистості, агресивні бажання та тривоги; виражений «комплекс інтелекту» та почуття неповноцінності порівняно з умовно здоровими людьми.

Зовнішніми та органічними чинниками ризику вважаються родові травми або травми голови; погана адаптація у попередніх колективах; психічні розлади у родичів; алкоголізм у родичів; недосипання та перевтома як додаткові чинники розвитку психічних розладів.

Психологічні особливості резерву захворювання демонструють поєднання когнітивних, емоційних та психосоматичних порушень, що формуються під

впливом як внутрішніх, так і зовнішніх чинників. Це підкреслює необхідність комплексної діагностики та ранньої психокорекції для запобігання переходу станів у більш тяжкі форми.

*Адаптаційні розлади та психомоторні синдроми у військовослужбовців .* Наявні психічні порушення, які не завжди відображені у традиційних класифікаціях, становлять реальність, що потребує врахування при оцінюванні психічного здоров'я військовослужбовців та плануванні профілактичних і медико-реабілітаційних заходів.

Адаптаційні розлади ґрунтуються на невідповідностях у функціональній системі психофізіологічної організації людини; формуються за наявності конституціональних схильностей та під впливом екзогенних і органічних чинників (патогенність довкілля, тривале перебування у зміненому життєвому середовищі); ступінь індивідуального здоров'я визначається адаптаційними та компенсаторними можливостями організму.

Психомоторні синдроми характеризуються надмірною реакцією на стресові ситуації; супроводжуються емоційними порушеннями: перенапруженням регуляторних систем, тривогою, тривожно-депресивними та астеничними субдепресивними реакціями; пов'язані з появою сомато-рухових дисфункцій.

Адаптаційні розлади та психомоторні синдроми слід розглядати як окремий пласт психічних порушень, що виникають у військовослужбовців під впливом складних умов служби. Їх своєчасне виявлення та врахування у психіатричній профілактиці й реабілітації дозволяє зменшити ризик переходу у більш тяжкі клінічні форми.

*Прогресування психосоматичних розладів у військовослужбовців.* У пацієнтів із прикордонними психічними розладами можливе поступове наростання психосоматичних порушень, що зумовлено низкою індивідуальних особливостей.

Ключовими чинниками прогресування є наступні. Емоційні риси: емоційна нестійкість, підвищена чутливість, висока реактивна тривожність.

Адаптаційний потенціал: низький рівень адаптації проявляється у підвищеній чутливості до погодних, метеорологічних та астрофізичних чинників, змін психічного тону та психосоматичної дисфункції. Фізіологічна чутливість: підвищена реактивність до сенсорних стимулів та хімічних речовин. Функціональні порушення: недостатнє живлення робочих органів призводить до раннього настання втоми при фізичних і розумових навантаженнях.

Основні прояви - дратівлива слабкість; нестійкий настрій; схильність до ситуативної тривоги; тривожно-субдепресивні реакції.

Поєднання емоційної нестійкості, низького адаптаційного потенціалу та фізіологічної чутливості створює умови для прогресування психосоматичних розладів. Це підкреслює необхідність ранньої діагностики, профілактики перевтоми та комплексної психофізіологічної підтримки військовослужбовців.

*Симптомокомплекс ангедонії та психомоторних симптомів* виступає провідником так званих хвороб адаптації, до яких належать психосоматичні розлади; неврози; неврозоподібні стани.

З огляду на підвищену актуальність своєчасної діагностики та оперативної корекції психічних розладів у військовослужбовців і службовців, спричинених різними психогенними факторами, особливого значення набувають комплексні дослідження психічного здоров'я.

Необхідним є проведення таких заходів, як розробка системи профілактичної психологічної реабілітації, спрямованої на збереження психічного здоров'я військовослужбовців; формування спеціальних груп із посиленою психологічною увагою для осіб із підвищеним ризиком розвитку адаптаційних розладів; інтеграція психодіагностики, психопрофілактики та психокорекції у єдиний реабілітаційний комплекс.

Ми визначили *критерії ефективності реабілітаційних заходів* для військовослужбовців запасу з психічними розладами:

- усунення психопатологічної симптоматики;
- нормалізація суб'єктивної оцінки власного стану;

- оптимальна динаміка соціально-психологічних показників, що включає:
  - нормалізацію порушень парціальної адаптації в колективі;
  - вирішення міжособистісних і внутрішньоособистісних конфліктів;
  - реалізацію особистісної компетентності військовослужбовця.

Раннє виявлення симптомокомплексу ангедонії та психомоторних порушень дозволяє своєчасно запобігати розвитку хвороб адаптації. Це створює підґрунтя для ефективної системи профілактичної психологічної реабілітації, яка забезпечує збереження психічного здоров'я військовослужбовців та підвищує їхню адаптаційну стійкість.

Розробка системи профілактичної психологічної реабілітації та формування груп із посиленою психологічною увагою є ключовими умовами для збереження психічного здоров'я військовослужбовців. Визначені критерії ефективності дозволяють оцінювати результативність заходів не лише за клінічними, а й за соціально-психологічними параметрами.

Упродовж *другого етапу емпіричного дослідження* досліджувалися соціально-психологічні особливості, а саме: моделі поведінки, ставлення до себе та власного життя, специфіка самооцінки, ставлення до минулого та майбутнього усієї вибірки досліджуваних, постраждалих на ПТСР.

Кожну вікову групу досліджуваних було поділено на підгрупи: ЕГ I – військовослужбовці, постраждалі на ПТСР (28-35 роки), ЕГ II – військовослужбовці, постраждалі на ПТСР (36-42 роки), ЕГ III – цивільні особи, постраждалі на ПТСР (25-35 років).

Було встановлено, що моделі поведінки досліджуваних характеризуються відтворенням раніше засвоєних стратегій і стереотипів та небажанням їх змінювати, навіть якщо вони неефективні. Респонденти демонструють негативне ставлення до своєї життєвої ситуації, в їхній оцінці багатьох життєвих подій переважають песимістичні установки. Отримані результати не виявили

специфіки в домінуючому психічному стані, і говорити про будь-які переважаючі у досліджуваних стратегії подолання не є можливим.

Аналіз показав, що відмінності в середніх значеннях між ЕГ I і ЕГ II, а також між ЕГ II і ЕГ III незначні та не мають суттєвого значення для цього дослідження. Загалом середнє значення ЕГ II є проміжним між ЕГ I та ЕГ III. У зв'язку з цим основна увага була приділена порівнянню ЕГ I та ЕГ III, що відображає максимальну різницю в тяжкості та перебігу негативних наслідків ПТСР. Порівняння середніх значень за групами виявило значущі відмінності між даними ЕГ I, II і ЕГ III за поточними умовами життя, негативними очікуваннями щодо майбутнього і такими стратегіями подолання, як «пошук соціальної підтримки». При цьому досліджувані ЕГ I були більш орієнтовані на пошук інформаційної, дієвої та емоційної підтримки.

Якісний аналіз профілів респондентів за допомогою методу семантичного диференціалу засвідчив, що досліджувані ЕГ III характеризуються значно нижчою самооцінкою, незадоволеністю собою та загальним станом психологічного дистресу. На це вказували значні відмінності між шкалами «Яким я бачу себе зараз» і «Яким я хочу бути» в даних за факторами «Оцінка», «Сила» та «Активність», чого не спостерігалось в респондентів ЕГ I, II ( $p < 0,05$ ). Респонденти ЕГ III схильні вважати себе гіршими, ніж вони були до перебування у військових діях, що свідчить про зацикленість на минулому та недовіру до майбутнього («у минулому, до військових дій, все було добре»). Аспект зовсім інший у респондентів ЕГ I та II. Вони оцінюють себе набагато краще, що свідчить про орієнтацію на сьогодення і майбутнє, а не про зацикленість на негативному минулому. Порівняння характеристик домінантного психоемоційного стану в гендерному розподілі вибірки показало, що в чоловіків за параметрами життєрадісності, спокою, стійкості емоційного тону, задоволеності життям загалом і позитивного самосприйняття середні бали були достовірно нижчими, ніж у жінок ( $p < 0,05$ ).

Таким чином, більшість чоловіків мали негативний емоційний фон і низький настрій. Вони частіше розчаровувалися в житті, а сенс їхнього

майбутнього був недостатньо зрозумілим. Досліджувані були схильні виявляти підвищену тривожність у різних життєвих ситуаціях. Вони частіше передбачали події з несприятливими наслідками. Емоційна стабільність і задоволеність життям загалом були нижчими, ніж у жінок ( $p < 0,05$ ). Виявлено, що жінки критичніше ставляться до того, що відбувається, особливо стосовно себе і свого здоров'я. Згідно з фактором семантичного диференціалу, поняття «здоров'я» мало негативне значення, відображаючи незадоволеність власним здоров'ям, яке сприймалося як слабке і вразливе.

Великий розрив між «реальним Я» та «ідеальним Я» показує, наскільки некомфортним може бути сприйняття себе. Чоловіки демонструють помітне зниження спонтанного потенціалу і зациклені на своїх соціально-психологічних особливостях і власних здібностях.

Для вивчення ключових параметрів системи стосунків було використано кореляційний аналіз із факторами «оцінка», «інтенсивність» та «активність» методу семантичного диференціалу. Результати показали, що респонденти ЕГ I та II оцінюють себе як здатних успішно долати життєві труднощі.

На емоційно-оцінному рівні образ «ідеального Я» у досліджуваних асоціювався з активною життєвою позицією, здатністю до встановлення довірливих міжособистісних стосунків та емоційною близькістю зі значущими іншими. Водночас у представників ЕГ III ставлення до власної особистості значною мірою залежало від оцінок і ставлення оточення. Для них характерним було сприйняття себе як осіб, нездатних суттєво впливати на перебіг власного життя, що виявлялося у фаталістичних настановленнях та переконанні щодо обмежених можливостей змінити життєву ситуацію на краще.

Результати показали, що важливо розуміти, що майбутнє залежить від поточного стану здоров'я, при цьому для респондентів ЕГ III характерна пасивна позиція, перекладання відповідальності за те, що відбувається з їхнім фізичним «Я» та здоров'ям, і очікування активної життєвої позиції від іншої людини, яка, найімовірніше, надасть справжню допомогу. Останні протиставляли ймовірність такого розвитку подій своєму власному майбутньому.

Адаптивність досліджуваних була пов'язана з їхнім ставленням до себе, свого здоров'я і свого майбутнього, суб'єктивною оцінкою тривалості часового горизонту, почуттям безнадії, емоційним тлом, ставленням до життєвих ситуацій і використанням таких стратегій, як «дистанціювання» і «пошук соціальної підтримки». Так, в ЕГ III самооцінка респондентів зміщена в бік неприйняття себе, невпевненості в собі, залежності та поганого самопочуття, переважає негативне емоційне тло та негативне й песимістичне ставлення до життєвих ситуацій. Негативне ставлення до майбутнього і суб'єктивні уявлення про нього були коротшими, ніж у досліджуваних ЕГ I та II.

Використання копінг-стратегій, таких як уявне стирання і зниження значущості стресових подій, було характерним для респондентів ЕГ III. З іншого боку, досліджувані ЕГ I та II найчастіше використовували соціальну підтримку у вигляді додаткових соціальних ресурсів.

Для визначення параметрів, що впливають на рівень адаптаційного потенціалу респондентів, було використано множинний регресійний аналіз. Він показав, що з усіх предикторів до рівняння регресії увійшли пошук соціальної підтримки, образ тіла, суб'єктивна оцінка тривалості часової перспективи, істинний фаталізм, «сприйняття ПТСР» за чинником «сила» та «автономія».

Отримані коефіцієнти множинної кореляції показали, що 85,4% дисперсії змінної «рівень адаптивності потенціалу (АП)» визначається спільним впливом поданих параметрів. Рівняння регресії для множинного аналізу виглядало так:  $АП = 46,502 + 127,336$  (пошук соціальної підтримки)  $+ 4,129$  (образ тіла)  $- 11,572$  (суб'єктивна оцінка тривалості часової перспективи)  $- 8,661$  («спосіб ставлення до ПТСР» за фактором сили)  $+ 4,012$  (автономія).

Стандартні коефіцієнти регресії  $b$ , що відображають відносний вплив кожної предикторної змінної, становлять:  $b_1 = 0,868$ ,  $b_2 = 0,402$ ,  $b_3 = -0,478$ ,  $b_4 = -0,512$ ,  $b_5 = 0,341$  та  $b_6 = 0,197$ .

Таким чином, здоров'я, зниження смертності, незалежність і самостійність, здатність самостійно ухвалювати рішення і брати на себе відповідальність, позитивне ставлення до себе та вміння використовувати

соціальні ресурси позитивно впливають на стан досліджуваних і підвищують рівень їхнього адаптаційного потенціалу.

Примітно, що в респондентів ЕГ III змінюється самооцінка у зв'язку з неприйняттям і недовірою до себе та свого тіла. Ставлення до себе формувалося на основі наявного стану речей, що призводило до неадекватних самооцінок, які були нестійкими, поверхневими і не спиралися на значущі показники, реальні якості особистості.

У досліджуваних ЕГ I та II спостерігається позитивне ставлення до себе, прийняття себе як особистості, самодостатність, упевненість, наполегливість, домінантність, енергійність і активність. У цій групі характеристики осіб, які успішно долають життєві труднощі, відповідають їхнім власним якостям, характеристикам суб'єктності та контрастують із фаталістичним образом. Ці характеристики відображають можливість активної особистості, яка використовує адаптивні стратегії; у випадку ЕГ III досліджувані характеризуються відсутністю орієнтації на образ особистості, яка успішно долає життєві труднощі, цей образ не є значущим, відсутня критичність щодо нього.

Водночас на змістовому рівні відчувалася сутність фаталіста. Також очевидні відмінності між респондентами ЕГ I та II і ЕГ III в оцінці суб'єктивного образу часу. Так, для досліджуваних ЕГ I та II образ травми та її наслідків був доволі зрозумілим: минуле визначається як неправильний і ризикований спосіб життя.

Об'єктивне ставлення до ПТСР та його наслідків має інше значення і протиставляється «травмуванню». Майбутнє безпосередньо пов'язане з розвитком індексу суб'єктивності та має більш тривалу суб'єктивну перспективу, ніж у респондентів ЕГ III.

У ЕГ III групі співвідношення між «ідеальним Я» і «Я до ПТСР» вказує на те, що ці респонденти дивляться в минуле (до ПТСР), песимістично ставляться до свого теперішнього життя і не бачать у ньому нічого позитивного. Погіршення самопочуття в цій групі пов'язане з негативним ставленням до

власного майбутнього, а їхня суб'єктивна перспектива на майбутнє коротша, ніж у респондентів ЕГ I та II.

У дослідженні використано диференційований підхід до вивчення соціально-психологічних джерел підтримки та вивчено специфіку вибору конкретних джерел підтримки і копінг-стратегій досліджуваними з різними ціннісними орієнтаціями та різним рівнем самооцінки в ситуаціях, пов'язаних зі здоров'ям. Були встановлені взаємозв'язки між обраними стратегіями і соціально-психологічною підтримкою, продемонстровані гендерні та вікові відмінності в цих взаємозв'язках. Проаналізовано різні взаємозв'язки між факторами, що визначають вибір джерел соціальної та психологічної підтримки чоловіками та жінками в зрілому віці з різним рівнем самооцінки та різними ціннісними орієнтаціями.

Результати контент-аналізу засвідчили, що важкі життєві ситуації, особливо психологічні травми, ПТСР – це життєві ситуації, що виникають раптово (17,1% вибірки респондентів), порушують нормальне життя і потребують термінових рішень і дій (19,3% і 16,3%), спрямованих насамперед на розв'язання проблем, що виникли. Ці життєві умови настають раптово і викликають почуття страху (13,3 %), а іноді й жаху (18,3 %).

Ця частина опитування була присвячена новому досвіду респондентів, пов'язаному з переживанням ПТСР та його негативних наслідків. Результати свідчать про те, що більшість респондентів (82,3 %) знали про зміни, що відбулися з ними після хвороби. Чоловіки на другій стадії зрілості рідше ( $p < 0,01$ ) обирали твердження про негативне ставлення до оточуючих, ніж чоловіки на першій стадії зрілості. Жінки, які перебувають на другій стадії зрілості, частіше довіряли іншим ( $p < 0,05$ ), ніж жінки, які перебувають на першій стадії зрілості. У цій частині респондентів було поділено на тих, хто успішно подолав важкі ситуації, пов'язані з ПТСР, і тих, хто не подолав. Ті, хто успішно подолав важкі ситуації, відчували впевненість у тому, що зможуть впоратися з ними в майбутньому. Ті, хто не зміг успішно подолати важкі ситуації, були тими, хто не

відчував упевненості в тому, що впорається з важкими ситуаціями в майбутньому.

Ця відмінність проводилася за допомогою опитувальника, який виявляє суб'єктивну успішність подолання важких ситуацій. Кореляційний аналіз дав змогу встановити *взаємозв'язок між стратегіями подолання труднощів, обраними респондентами, і джерелами соціально-психологічної підтримки*, яким вони надають перевагу (див. табл. 2.1.).

Встановлено взаємозв'язок між успішним подоланням проблемних ситуацій, пов'язаних з негативними наслідками ПТСР, та кількома характеристиками:

а) чим вище суб'єкт (чоловік або жінка, незалежно від віку) оцінює свій потенціал, тим успішніше він долає важкі ситуації, пов'язані з психологічною травмою, ПТСР;

б) у жінок (незалежно від віку) є позитивний зв'язок між успішністю подолання важких ситуацій, пов'язаних з ПТСР та стратегіями самоопанування, зокрема взаємодією.

Таблиця 2.1.

### Особливості взаємозв'язку

#### стратегій самоопанування й соціально-психологічної підтримки

Досліджувані	Військовослужбовці, постраждали на ПТСР в умовах воєнного стресу	Цивільні особи, постраждали на ПТСР в умовах воєнного стресу
Чоловіки	-маніпулятивна поведінка (підтримка з боку колег, соціального оточення); - впевнена поведінка (підтримка з боку близьких і зацікавлених друзів)	-маніпулятивна поведінка (підтримка з боку соціального оточення); - впевнена поведінка (підтримка з боку дружини)
Жінки	-маніпулятивна поведінка (підтримка: батьки, близькі друзі );	- вступ у соціальний контакт (підтримка: соціальне оточення);

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- упевнена поведінка (підтримка: колеги);</li> <li>- соціальні контакти (підтримка: соціальне оточення);</li> <li>- пошук емоційної підтримки (підтримка: батьки, близькі друзі, чоловік).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- пошук емоційної підтримки (підтримка: батьки, близькі друзі, чоловік)</li> </ul>
--	--	---

Для визначення успішності подолання важких ситуацій, пов'язаних з ПТСР, був проведений порівняльний аналіз досліджуваних із різними ціннісними орієнтаціями. Результати показали, що досліджувані першої групи (військовослужбовці, постраждали на ПТСР в умовах воєнного стресу) і другої групи (цивільні особи, постраждали на ПТСР в умовах воєнного стресу), які успішно подолали важкі ситуації, пов'язані з негативними наслідками ПТСР, більшою мірою орієнтовані на незалежність ( $p < 0,01$ ) і прагнення до досягнення ( $p < 0,05$ ).

Чоловіки першої та другої груп, які успішно подолали важкі ситуації, пов'язані з негативними наслідками ПТСР, орієнтовані на пошук нового і глибокого досвіду ( $p < 0,01$ ). Досліджувані (чоловіки і жінки) першої групи (військовослужбовці), які успішно подолали важкі ситуації, пов'язані з негативними наслідками ПТСР, зорієнтовані на чуттєві задоволення і бажання насолоджуватися життям ( $p < 0,01$ ). Жінки з другої групи (цивільні особи), які успішно подолали труднощі, пов'язані з негативними наслідками ПТСР, акцентують увагу на чесності, справедливості, відповідальності та дружбі, а також на підтримці благополуччя особистості, з якою вони спілкуються ( $p < 0,05$ ).

Важливим видавалося також вивчення ролі соціально-психологічних чинників у подоланні труднощів, пов'язаних з негативними наслідками ПТСР. Було вивчено особливості вибору соціально-психологічних джерел підтримки. Встановлено, що ціннісні орієнтації осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу передаються від покоління до покоління. Подібності та

відмінності в ціннісних орієнтаціях родичів впливають на вибір джерел соціальної та психологічної підтримки.

З'ясувалося, що в разі виникнення проблем зі здоров'ям досліджувані, як правило, зверталися по підтримку до родичів, які були близькі їм за цінностями. За відсутності таких родичів вони, як правило, зверталися за підтримкою до друзів і знайомих, а не до родичів.

Також було виявлено, що досліджувані із сімей, у яких особлива увага приділяється дотриманню сімейних і культурних норм і традицій, схильні цінувати свою і чужу безпеку і розглядати родичів, а не незнайомих людей, як основне джерело соціальної підтримки в разі проблем зі здоров'ям.

Отримані результати узгоджуються з результатами досліджень вчених [140, 141, 179, 181]. Було вивчено джерела соціальної та психологічної підтримки для досліджуваних із різною самооінкою: а) для жінок із повною та завищеною самооінкою – це допомога рідних та близьких, а також підтримка оточуючих. Джерела соціальної підтримки жінок із низькою самооінкою часто обмежуються близькими друзями та родичами; б) жінки з низькою самооінкою часто включають підтримку батьків до числа родичів і називають Бога одним з основних джерел соціальної та психологічної підтримки, крім підтримки сім'ї та близьких друзів.

Що стосується вибору чоловіками джерел психосоціальної підтримки, то було виявлено наступне: а) вони використовують значно менше джерел психосоціальної підтримки, ніж жінки; їхній вибір джерела психосоціальної підтримки не залежить від самооінки; б) основним джерелом підтримки для них є підтримка дружини. Отримані результати узгоджуються з даними, відтвореними в інших джерелах [142, 143].

Було вивчено праці, де презентувалися результати дослідження психосоціальної підтримки військовослужбовців та осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу. Встановлено, що в разі проблем зі здоров'ям військовослужбовці, частіше, ніж цивільні особи, постраждалі на ПТСР в умовах воєнних дій, включають допомогу родичів як основний ресурс підтримки.

Цивільні особи, постраждалі на ПТСР в умовах воєнного стресу, частіше звертаються по підтримку до інших осіб. Виявилося, що з віком підтримка близьких друзів втрачає свою значущість. У групі військовослужбовців вона важлива у всіх важких ситуаціях. У групі цивільних осіб підтримка близьких друзів важлива тільки в разі проблем, пов'язаних зі здоров'ям. Цей результат узгоджується з даними літератури (С. Чоун та ін.) [143].

Аналіз результатів факторного аналізу виявив *два напрями в подоланні труднощів, пов'язаних з негативними наслідками ПТСР* в умовах воєнних дій. Кожен напрям передбачає вибір певних стратегій подолання і джерел соціальної та психологічної підтримки.

Центральне місце в групі *військовослужбовців*, які постраждали на ПТСР в умовах воєнного стресу посідає потреба в інструментальній допомозі з боку оточення. Цьому напрямку віддавали перевагу досліджувані з високою самооцінкою, упевненою, імпульсивною та агресивною поведінкою. Вони обирали підтримку з боку колег по службі, професіоналів і соціального оточення. Цей напрям самоопанування був більш виражений у чоловіків військовослужбовців з високою і достатньою самооцінкою (37% і 41% інформації відповідно) і у жінок військовослужбовців з високою самооцінкою (35% інформації). У групі *цивільних осіб*, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу був пошук емоційної підтримки у близьких друзів і родичів. Цей напрям був найбільш виражений у жінок цієї вибірки з низькою самооцінкою (33 і 38 % інформативності відповідно).

Нами проаналізовано особливості вибору – через вплив родинних цінностей, чоловіками та жінками різного віку з різним рівнем самооцінки та ціннісних орієнтацій способів поведінки, що сприяє само опануванню й актуалізації різних джерел соціально-психологічної підтримки, а саме:

- досліджувані виявляють тенденцію до надання підтримки тим особам, життєві цінності яких відповідають власним;
- у випадку відсутності близьких родичів із спільними цінностями виявляється тенденція до звернення щодо підтримки у інших осіб.

Нами виявлено, що звернення до соціально-психологічної підтримки у жінок ґрунтується на самооцінці:

- у групі військовослужбовців та цивільних осіб, які постраждали на ПТСР в умовах воєнного стресу, жінки із високою та об'єктивною самооцінкою виявляють широку низку соціально-психологічної підтримки, ніж жінки із низькою самооцінкою й на відміну від них звертаються до підтримки рідних сестер та братів. Жінки із низькою самооцінкою звертаються до підтримки батьків та друзів;

- чоловіки обох вибірок використовують менше джерел соціально-психологічної підтримки, ніж жінки. У випадку із психологічними травмами й негативними наслідками ПТСР, найчастіше чоловіки звертаються по допомогу до дружини.

Результати свідчать, що незалежно від статі та віку досліджувані, чия самооцінка завищена й об'єктивна, більшою мірою орієнтовані на цінності, пов'язані із «самовдосконаленням», тобто на особистий успіх, задоволеність життям та соціальний статус ( $p < 0,01$ ), та на цінності, пов'язані із «відкритістю до змін», тобто на незалежність, старанність, орієнтацію на різноманітні зусилля, що було виявлено, та орієнтацію на різноманітний і глибокий досвід. Респонденти з низькою самооцінкою частіше орієнтовані на «консервативні» цінності, тобто на безпеку, конформізм і слідування традиціям ( $p < 0,01$ ).

Таким чином, самооцінка та ціннісні орієнтації виступають важливими соціально-психологічними ресурсами особистості, які сприяють ефективному подоланню труднощів і негативних наслідків, пов'язаних із переживанням посттравматичного стресового розладу.

Існує два типи стратегій самоопанування: перша ґрунтується на високій самооцінці та вимозі інструментальної підтримки з боку оточення; друга заснована на потребі в емоційній підтримці з боку родичів і близьких друзів. Успішність стратегій самоопанування зумовлена ціннісними орієнтаціями зрілих осіб. Чоловіки та жінки (військовослужбовці та цивільні особи, постраждалі на ПТСР в умовах воєнного стресу), які успішно долають проблемні

ситуації, пов'язані з негативними наслідками ПТСР, орієнтуються на незалежність і прагнення до досягнень. Ці чоловіки та жінки (військовослужбовці та цивільні особи, постраждалі на ПТСР в умовах воєнного стресу) також орієнтовані на пошук нового та глибшого досвіду. Чоловіки та жінки (цивільні особи, постраждалі на ПТСР в умовах воєнного стресу) більше орієнтовані на конформізм і безпеку.

Існує взаємозв'язок між вибором суб'єктом стратегій самоопанування і бажаними ним джерелами соціальної та психологічної підтримки. У цих взаємозв'язках є гендерні та вікові особливості. Більшість взаємозв'язків було виявлено в групі військовослужбовців, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу. Для чоловіків це маніпулятивна поведінка (підтримка з боку колег і соціального оточення) і впевнена поведінка (підтримка з боку близьких і друзів за інтересами). Для жінок це маніпулятивна поведінка і пошук емоційної підтримки (підтримка – батьки, найкращі друзі, чоловік), упевнена поведінка (підтримка – колеги) і стратегії самоопанування, спрямовані на взаємодію з іншими особами (підтримка – соціальне оточення).

Звернення до підтримки друзів втрачає свою актуальність у певних проблемних ситуаціях. Досліджувані (військовослужбовці, постраждалі на ПТСР в умовах воєнного стресу) звертаються по допомогу товаришів частіше, ніж до інших джерел підтримки. Проте, цивільні особи, постраждалі на ПТСР в умовах воєнного стресу частіше звертаються по допомогу до близьких й друзів частіше, ніж до інших варіантів соціально-психологічної підтримки.

Результати психологічного аналізу кореляційних зв'язків стратегій самоопанування (WCQ) з особливостями емоційної підтримки, надані у таблиці 2.2.

*Таблиця 2.2.*

**Психологічний аналіз результатів кореляційних зв'язків стратегій самоопанування (WCQ) з особливостями емоційної підтримки**

<b>Стратегії самоопанування WCQ</b>	<b>R критерій</b>	<b>Рівень значущості p</b>
Конфронтація	-	-

Дистанціювання	0, 24	0,05
Уникнення	0, 32	0,01
Підтримка	0, 35	0,05
Прийняття рішення	0, 18	0,05
Переоцінка	0, 25	0,01

Аналіз кореляційних зв'язків стратегій самоопанування (WCQ) з особливостями емоційної підтримки виявляє позитивну кореляцію між оцінками емоційної підтримки та стратегіями «пошук соціальної підтримки» (регресійний аналіз:  $\beta = 0,203$ ;  $R^2 = 0,17$ ;  $p \leq 0,01$ ) і «прийняття відповідальності» ( $\beta = 0,207$ ;  $R^2 = 0,09$ ;  $p \leq 0,01$ ). Отже, емоційна підтримка розглядається як вид соціальної підтримки, тому, емоційна підтримка є засобом емоційно-орієнтованого подолання стресу.

Результати засвідчили, що при оцінюванні емоційної складності стресових ситуацій, пов'язаних з негативними наслідками ПТСР, на середньому та вищому за середній суб'єктивних рівнях, емоційну підтримку вище оцінювали в ситуаціях, пов'язаних з екзистенційними питаннями життя і самореалізації ( $\beta = 0,15$ ;  $p \leq 0,001$ ,  $r = 0,351$ ;  $p \leq 0,01$ ). Підтримка в ситуаціях, що загрожують повній реалізації базових потреб з точки зору індивіда, оцінювалася нижче ( $\beta = -0,43$ ;  $R^2 = 0,21$ ;  $p \leq 0,001$ ). Одним із чинників, що сприяє успішному емоційному подоланню стресових ситуацій, пов'язаних з негативними наслідками ПТСР, є здатність особистості встановлювати та підтримувати близькі стосунки з оточенням.

Важливо, щоб вони могли як пропонувати, так і отримувати підтримку від свого оточення. Ми припустили, що соціально-психологічна якість (широта, щільність і структура) соціальних мереж пов'язана з оцінкою підтримки. Для перевірки цієї гіпотези було проаналізовано зв'язок між соціально-психологічними параметрами (широтою, щільністю та структурою) соціальних мереж досліджуваних у реальному житті та їхніми оцінками підтримки.

Аналіз розміру соціальних мереж та оцінок досліджуваними соціально-психологічної підтримки показав, що між ними існує позитивний зв'язок ( $r=0,35$ ;  $p \leq 0,029$ ). Також виявлено зворотну залежність між розміром соціальних мереж

та оцінками підтримки в стресових ситуаціях помірної емоційної складності, пов'язаних з негативними наслідками ПТСР ( $r=-0,161$ ;  $p\leq 0,05$ ).

Регресійний аналіз підтвердив, що розмір соціальної мережі позитивно пов'язаний з оцінкою психосоціальної підтримки ( $\beta = 0,31$ ;  $R^2 = 0,19$ ;  $p \leq 0,029$ ), що може передбачати цінність підтримки. Ці дані вказують на те, що чим більша мережа близьких стосунків і чим більша кількість осіб у цій мережі, тим вища цінність психосоціальної підтримки. Не було виявлено статистично значущого зв'язку між оцінкою соціально-психологічної підтримки та щільністю соціальної мережі (близькістю зв'язків) досліджуваних ( $N=244$ ). Щільність соціальної мережі, з поправкою на різні стреси (регресійний аналіз), не вплинула на оцінку емоційної підтримки.

Було виявлено значущий зв'язок між оцінками соціально-психологічної підтримки особистості та оцінками довіреної особи як члена соціальної мережі ( $r = 0,271$ ;  $p \leq 0,01$ ). Досліджувані, занепокоєні станом здоров'я чоловіка або жінки, прагнули підтримати віру близької людини в себе і свої сили за допомогою соціально-психологічної підтримки й очікували на те саме у відповідь ( $r = 0,293$ ;  $p\leq 0,01$ ).

Водночас, незважаючи на турботу про благополуччя товариша, близького друга ( $r = 0,251$ ;  $p\leq 0,05$ ) і часте надання психосоціальної підтримки ( $r = 0,251$ ;  $p\leq 0,01$ ), досліджувані в такій ситуації готові дати собі можливість побути на самоті, щоб ухвалити оптимальне рішення.

Таким чином, було виявлено зв'язок між мережевими характеристиками «широта» і «структура» та оцінкою психосоціальної підтримки в стресових ситуаціях із різним рівнем суб'єктивної емоційної складності, пов'язаної з негативними наслідками ПТСР. Крім того, емпірично було виявлено позитивну кореляцію між оцінкою індивідом соціально-психологічної підтримки та його суб'єктивною оцінкою частоти її отримання і надання.

Отримані дані показали, що досліджувані, які достатньо високо оцінюють соціально-психологічну підтримку, частіше отримують її від інших ( $\beta=0,381$ ;  $R^2=0,39$ ;  $p\leq 0,00$ ) та частіше надають її іншим ( $\beta=0,150$ ;  $R^2=0,51$ ;  $p\leq 0,002$ ).

Водночас існує позитивна кореляція між частотою отримання та надання соціально-психологічної підтримки тим, хто справляється зі стресом ( $\beta=0,165$ ;  $R^2=0,45$ ;  $p\leq 0,001$ ).

Зазначимо, що досліджувані, які високо оцінюють психосоціальну підтримку, неусвідомлено порівнюють обсяг отриманої раніше підтримки з обсягом наданої підтримки і, як наслідок, оцінюють необхідність витратити ресурси на підтримання та збереження своїх стосунків через психосоціальну підтримку. Кореляційний аналіз виявив значущий зв'язок між частотою отримання психосоціальної підтримки від осіб за допомогою певної форми стратегій самоопанування і частотою отримання взаємної підтримки за допомогою тієї самої форми самоопанування в реальних соціальних мережах.

Отримані дані було враховано під час розроблення системи соціально-психологічної підтримки постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу.

### **Висновки до другого розділу**

У другому розділі викладено методологічні основи дослідження, описано його організаційну схему, процедури, а також обґрунтовано репрезентативність вибірки. Проведено аналіз психодіагностичного інструментарію, його відповідності завданням дослідження, а також наведено методи кількісної обробки одержаних результатів.

Перший етап емпіричного дослідження зосереджувався на оцінці рівня когнітивних порушень у військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу. Досліджуваних було поділено на дві вікові групи: перша група (28-35 рр.) налічувала 132 особи (54,1%) і друга (36-42 рр.) – 112 осіб (45,9%). У першій групі середнє значення за шкалою MMSE (Mini-Mental State Examination) становило  $27,4 \pm 0,42$ . Виявлені когнітивні порушення мали переважно легкий та середній характер і були динамічними та незначними, зачіпаючи такі функції, як пам'ять, увага та мислення, однак вони не призводили до побутової чи соціальної дезадаптації. У другій групі середнє значення за

MMSE становило  $24,2 \pm 0,35$  бала. У цій групі спостерігався помірний та високий когнітивний дефіцит із помітнішим ослабленням окремих когнітивних функцій (пам'яті та розумової працездатності), з певними ознаками дезадаптації.

Другий етап дослідження вивчав соціально-психологічні характеристики загальної вибірки досліджуваних, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу. Кожну вікову категорію було розподілено на підгрупи: ЕГ I – військовослужбовці, постраждалі на ПТСР (28-35 рр.), ЕГ II – військовослужбовці, постраждалі на ПТСР (36-42 рр.) і ЕГ III – цивільні особи, постраждалі на ПТСР (25-35 рр.). Аналіз даних показав незначні відмінності між середніми показниками I і II ЕГ, а також між II і III ЕГ, які не мали суттєвого впливу на результати. Середні значення для II ЕГ були проміжними між I і III ЕГ. Основну увагу було приділено порівнянню показників I і III ЕГ, які демонстрували найбільші розбіжності в соціально-психологічних характеристиках досліджуваних. Порівняння груп виявило достовірні відмінності у сприйнятті життєвої ситуації, рівні негативних очікувань щодо майбутнього та використанні стратегії самоопанування «пошук соціальної підтримки». Респонденти I ЕГ були більше орієнтовані на отримання інформаційної, практичної та емоційної підтримки.

Якісний аналіз профілів респондентів методом семантичного диференціалу продемонстрував, що для осіб III ЕГ характерні низька самооцінка, незадоволеність собою та загальний психологічний дискомфорт. Це підтверджує великий розкид даних за факторами «Оцінка», «Сила» та «Активність» між шкалами «яким я бачу себе зараз» і «яким мені хотілося б бути». Для вивчення значущих параметрів системи відносин було проведено аналіз кореляційних зв'язків за факторами «Оцінка», «Сила» та «Активність» за методикою семантичного диференціалу. Встановлено, що респонденти I експериментальної групи (I ЕГ) оцінювали себе як здатних успішно долати труднощі на своєму життєвому шляху. На емоційно-оцінковому рівні їх «ідеал Я» асоціюється з активною життєвою позицією, любов'ю та довірливими стосунками зі значущими людьми. У той же час у респондентів III експериментальної групи

(III ЕГ) ставлення до власної особистості значною мірою залежало від оцінки негативних наслідків ПТСР. Виявлено, що ключовим моментом для них було визнання себе фаталістами, із почуттям неможливості змінити своє життя на краще.

Для визначення параметрів, що впливають на рівень адаптаційного потенціалу (АП) досліджуваних, було застосовано множинний регресійний аналіз. У результаті визначено, що до регресійного рівняння включені такі предиктори: пошук соціальної підтримки, оцінка власного тіла, суб'єктивна оцінка тривалості часової перспективи, сприйняття ПТСР за фактором «Сила» та автономність. Коефіцієнт множинної кореляції показав, що 87,4% варіативності рівня АП зумовлено сукупним впливом зазначених параметрів.

Рівень адаптаційного потенціалу виявився тісно пов'язаним із такими аспектами: ставленням до себе, власним здоров'ям, сприйняттям майбутнього, суб'єктивною оцінкою тривалості часової перспективи, почуттям безнадійності, загальним емоційним станом, а також ставленням до життєвих обставин. Значну роль у цьому процесі відіграли використані стратегії самоопанування: «дистанціювання» та «пошук соціальної підтримки». Для респондентів III ЕГ було характерне застосування таких способів самоопанування, як уявне усунення чи зменшення значущості стресових подій. Натомість постраждали на ПТСР військовослужбовці I ЕГ найчастіше використовували стратегії соціальної підтримки як додатковий ресурс розвитку.

Проаналізовані взаємозв'язки між вибором джерел соціально-психологічної підтримки та рівнем самооцінки і ціннісними орієнтаціями, справедливістю як ціннісного регулятора та підґрунтя морального вибору й цілісністю особистості досліджуваних показали наявність статевих і вікових особливостей. Найбільша кількість таких зв'язків відзначалася у військовослужбовців, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу. Для чоловіків основними були маніпулятивні дії (підтримка – колеги і соціальне оточення) та впевнена поведінка (підтримка – близькі друзі і друзі за інтересами). Жінки цієї групи частіше зверталися до маніпулятивних дій і пошуку емоційної

підтримки, який включає участь батьків, близьких друзів та партнерів, впевнені дії за сприяння колег, а також використання стратегій самоопанування, спрямованих на взаємодію із соціальним оточенням, має свої особливості у групах досліджуваних.

Встановлено, що зі зростанням віку кількість таких взаємозв'язків, як правило, зменшується. Так, у жінок виявлено, що стратегії взаємодії з оточенням значною мірою залежать від залучення підтримки батьків, друзів, партнерів і ширшого соціального кола. Чоловіки цієї групи демонструють різну поведінкову реакцію залежно від самооцінки: агресивна поведінка притаманна переважно тим, хто має занижену самооцінку, тоді як решта обирають впевнений стиль поведінки або маніпулятивні дії. У жінок першої групи з адекватною чи завищеною самооцінкою також домінують впевненість і схильність до маніпуляцій. Водночас у другій групі частіше віддають перевагу стратегіям подолання стресу через соціальну взаємодію.

Дослідження показало, що рівень подібності життєвих цінностей родичів істотно впливає на вибір джерел соціально-психологічної підтримки. Досліджувані більше схиляються до взаємної допомоги, якщо їхні цінності узгоджуються та не конфліктують. За відсутності родичів із подібними орієнтаціями зростає роль підтримки друзів і соціального оточення.

Оцінка ефективності соціально-психологічної підтримки залежить також від сприйняття емоційної складності стресової ситуації (наприклад, пов'язаної з ПТСР), характеристик реальної соціальної мережі (широта, щільність, структура) та рівня емпатійності індивіда як важливої особистісної риси.

Вказані результати були враховані при розробці інтегрованої системи соціально-психологічної підтримки для військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу, що дозволяє підвищити ефективність їх адаптації в умовах стресу та соціального виклику.

### РОЗДІЛ 3

## ПРОГРАМА СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ТА ЦИВІЛЬНИХ ОСІБ, ПОСТРАЖДАЛИХ НА ПТСР В УМОВАХ ВОЄННОГО СТРЕСУ

### 3.1. Змістовно-процесуальні та методичні засади програми соціально-психологічної підтримки військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу

У цьому розділі представлено змістовні та процесуальні засади комплексної системи соціально-психологічної підтримки військовослужбовців та цивільних осіб постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу і проведено аналіз її ефективності.

Ми солідаризуємося з поглядами дослідників [146; 148; 150; 162; 163], які висловлюють переконання, що недостатньо зосереджуватися лише на усуненні проблем і симптомів, які заважають людині нормально функціонувати в суспільстві. Не менш важливо розвивати і стабілізувати позитивні риси особистості. Науковці зазначають, що сильні риси особистості відіграють превентивну, самоопановуючу та буферну роль і створюють потенціал для успішної адаптації та психологічного благополуччя.

Як теоретико-методологічне підґрунтя формувальних етапу дослідження оптимізації особистісних ресурсів і адаптивних можливостей було використано вихідні положення, якими у своїх дослідженнях керувалися учей В.Ю. Завацький [208; 209], О.Д. Сафін [86; 87], В.В. Турбан [91; 92]. У розумінні вчених, благополуччя – це об'єктивна структура з узагальненими особистісними характеристиками, зумовленими рівнем розвитку особистості, наявність яких дає змогу суб'єкту краще функціонувати.

Як характеристики, що визначають структуру психологічного благополуччя, дослідники розглядають самоприйняття, позитивні стосунки з

оточенням, автономію – самовизначення, контроль над оточенням, відчуття мети та особистісне зростання [159; 165; 168; 175].

Ще одним аргументом на користь цього етапу дослідження є позиція науковців, які підкреслюють, що збереження задоволеності життям та здатності до незалежного функціонування становить важливе психологічне досягнення особистості. Його значущість особливо зростає в тих випадках, коли людина, попри фізичні обмеження чи захворювання, докладає зусиль для підтримання автономності та активної життєдіяльності [156; 164; 172; 176].

Ми здійснили спробу розглянути індивідуальне благополуччя, яке визначається в термінах функціонального благополуччя, з погляду ресурсних можливостей для особистісного зростання і «психологічного подолання, вікових втрат і труднощів» [125; 127; 128]. Нами було виокремлено такі елементи: відчуття мети в житті та часова компетентність, тобто наявність життєвої мети, плану, наряду та розуміння свого життя. Інакше кажучи, здатність оцінювати життя цілісно і будувати життєвий план відповідно до наявних цінностей і реальних можливостей.

Крім того, самоприйняття і позитивне ставлення до інших – це визнання і прийняття внутрішньої неоднорідності особистості, її особистісного розмаїття, прийняття негативних аспектів і слабкостей поряд із позитивними рисами, упевненість у собі та правильна оцінка минулого. Позитивне ставлення до інших – це готовність до співпереживання, здатність знаходити компроміси та розвивати емоційно насичені стосунки з іншими особами, що є основою для соціальної та психологічної підтримки.

Самовизначення та незалежність – відображення сприйняття особистістю джерел своєї діяльності, а також досягнення можливості керуватися в житті власними цілями, орієнтирами, переконаннями та принципами; здатність протистояти впливу зовнішніх сил; здатність прогнозувати власну поведінку та її наслідки; розвиток особистого контролю; відкритість до досвіду; прагнення до особистісного розвитку; ресурси розуміння того, як використовувати наявні навички та вміння.

Відкритість до нового досвіду, що стимулює пізнавальні потреби та нові способи їх реалізації, здатність виявляти проблеми та відповідні конструктивні моделі в навколишньому світі аналізуються як тенденції до особистісного зростання; суб'єктивне ставлення до здоров'я – особистості є суб'єктами розуміння свого здоров'я та використовують своє тіло, а не погіршення фізичного стану [109], «незважаючи на фізичний і психологічний стан», втрата психофізіологічної переваги протистояти та правильно оцінювати динамічну систему «здоров'я-травма».

Унаслідок посилення позитивних особистісних якостей та усвідомлення нового, осмисленого життєвого напрямку можливими є самоприйняття, позитивне ставлення до оточуючих, самовизначення, відкритість до нового досвіду і, як наслідок, здатність до повноцінного функціонування. Це дає змогу суб'єкту підтримувати та розвивати позитивну ідентичність і сприяє адекватному розв'язанню суперечностей і невідповідностей у житті.

Умови, що гарантують особистісну і творчу активність на цьому етапі, полягають у складності діяльності, до якої залучена особистість, особливо в спеціально організованих терапевтичних умовах. Ці умови сприяють прийняттю нового стану особистості і початку пошуку адекватних способів самореалізації.

Відомо, що система самовираження особистості формується на основі багатогранної організації та узагальнення способу життя, що ґрунтується на особистісних цінностях, внаслідок вимог суспільства та ставлення індивіда до об'єктивних соціальних потреб. У зв'язку з постійним рухом, зміною і розвитком життя умови життя особистості еволюціонують і змінюються з плином часу.

Як суб'єкт життя особистість може організовувати своє життя за власними планами, відповідно до своїх здібностей і прагнень, визначати свою життєву стратегію й особистий характер. Активне освоєння суб'єктом індивідуально прийнятних форм самовираження розглядається як поступальний і поступовий характер розвитку особистості.

Ситуація зниження або відсутності дослідницької активності у формі самовираження визначає стагнацію особистісного розвитку. Відомо, що в

зрілому віці стабільний життєвий статус суб'єкта ґрунтується на багатстві та якості особистісного досвіду, особливо досвіду розуміння і прийняття раніше набутих способів самовираження і цінності самореалізації.

Низка дослідників вказували на те, що компетентність, навички, досвід подолання труднощів і конфліктів на попередніх життєвих етапах, спеціальні знання про вікові симптоми й обмеження, варіанти їхнього розв'язання й подолання, підтримання й відновлення психічної стабільності, задоволеність життям, а також здатність використовувати нові можливості для здобуття соціальної та психологічної підтримки, що, наприклад, установлюється як компетентність, є одним з найважливіших і головних завдань для військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу. Так, В.В. Турбан [91] підкреслює важливість пріоритету унікальної внутрішньої активності особистості як функціонального механізму розуміння свого поточного життя та життя загалом. На думку В.Ю. Завацького [208], прийняття свого життєвого шляху означає насамперед прийняття себе у своєму життєвому шляху, та й, виходячи з цього, прийняти щось нове в собі. Головне завдання особистості – узгодити всі можливості, діяльність, особливості та певні обмеження з вимогами життя та умовами реальності.

Аналіз досліджень з проблем психологічних умов розвитку особистості в умовах воєнного стресу показує, що проявами конструктивного розв'язання задачі самоприйняття є:

- розуміння і задоволеність життєвим шляхом;
- здатність робити особистий вибір та організувати своє життя відповідно до своїх можливостей, цілей і сенсу;
- реалізація своїх цінностей у взаємодії з іншими людьми.

Можна стверджувати, що її можна розглядати як усвідомлення, відкритість до нового, своєчасну й адекватну реакцію на реалії, що змінюються, здатність емоційно насичувати сьогодення.

Життєва компетентність в умовах переживання стрес-фактору, наслідків ПТСР в термінах «стратегічного знання» передбачає наявність особистого

досвіду як експертної системи фактів, зорієнтованої на практичну сферу життя, що координує складну життєву ситуацію та формує усвідомлення середовища з власною логікою розвитку й сталим змістом, тим самим даючи змогу суб'єкту соціально забезпечувати їхню згуртованість [183; 184].

У своєму дослідженні ми спираємося на результати експериментальних досліджень, які засвідчують, що досягнення життєвої компетентності корелює з досить високим ступенем адаптивності особистості, що виявляється у функціонуванні індивіда як суб'єкта життєвих шляхів і як суб'єкта життєдіяльності. Підкреслюється, що в умовах переживання ПТСР й воєнного стресу можна думати про розвиток відмінного образу себе й особистісної суб'єктності. Дослідники виокремили й обґрунтували такі критерії особистісної суб'єктності, як збереження позитивної стійкої ідентичності, збереження контрольних функцій, високе самоприйняття, осмислена життєва гармонія, позитивна життєва позиція і творча активність.

Дослідження також засвідчили, що в разі збереження цих особистісних характеристик можуть бути реалізовані найоптимальніші форми та методи подолання негативних проявів біопсихосоціальних аспектів життя. Ефективний варіант такого поєднання стимулює активність особистості в зрілому віці, визначає зміст самопрезентації та можливість самореалізації власного життєвого шляху і життєздатності як суб'єкта життєдіяльності [117].

Узагальнюючи теоретико-методологічну позицію формувального етапу дослідження, розглянуті аспекти динаміки розвитку особистості, військовослужбовця та цивільної особи, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу, включають набуття сенсу життя, виявлення оптимальних можливостей для виконання життєвих завдань, досягнення високого рівня особистісної адаптивності, самовизначення та зусилля щодо самовдосконалення, розкриття індивідуальності та стимулювання активності, стимулювання власного суб'єкта життя, можна дійти висновку, що це сприяє досягненню найкращих результатів самореалізації. Як прогрес у розвитку визначається активністю особистості як суб'єкту життя, її смисловим змістом та організацією.

Психопрофілактичні та корекційні заняття в рамках експерименту тривали три тижні. Протягом перших тижнів підгрупи збиралися шість днів на тиждень, а у останній тиждень – чотри рази на тиждень. Після завершення контрольних замірів учасникам експериментальної групи були запропоновані продовження занять у форматі груп взаємопідтримки. Це дало змогу оптимізувати внутрішні ресурси та адаптаційні можливості особистості в системі соціально-психологічної підтримки військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу, під час і після реабілітації.

Такий підхід сприяв ефективній організації їхнього повсякденного життя. Виконання цих завдань стало можливим завдяки використанню асіо-мистецьких методів і прийомів, що характеризуються поступовим ускладненням і розширенням класу. Це сприяло розвитку адаптаційних можливостей та оптимізації особистісних ресурсів, даючи змогу учасникам краще організувати своє життя на основі принципів укріплення здоров'я.

До комплексної системи увійшли методи активних соціально-психологічних тренінгів і вправ, запропоновані [91; 92; 93], та іншими дослідниками. Методи адаптувалися до специфіки дослідницького питання.

Участь у формуальному експерименті була обмежена специфічними протипоказаннями, такими як загострення хронічних захворювань, гострі психічні стани, тяжкі розлади особистості та поведінки, тяжкі депресії та емоційні розлади з психомоторною загальмованістю.

На формуальному етапі дослідження залежно від віку та статусу, досліджуваних було розподілено на 2 групи: перша вікова група (28-35 рр.) – 60 (45,5%) осіб (військовослужбовці та цивільні особи, постраждалі на ПТСР в умовах воєнного стресу) та друга вікова група (36-42 рр.) – 50 (44,6%) осіб (військовослужбовці та цивільні особи, постраждалі на ПТСР в умовах воєнного стресу).

Встановлено, що у віковій групі 28-35 рр. середній результат за шкалою MMSE (Mini-mental State Examination) становив  $27,4 \pm 0,42$  балів. Когнітивна дисфункція проявлялася легкими когнітивними порушеннями, що являли собою

динамічне незначне погіршення окремих когнітивних функцій (пам'яті, уваги, мислення) та не призводили до побутової, соціальної дезадаптації.

У віковій групі 36-42 років середній показник за тестом MMSE склав  $24,21 \pm 0,35$  балів. Виявлено легкий та помірний когнітивний дефіцит з більш вираженим погіршення окремих когнітивних функцій (пам'яті, розумової працездатності) без проявів дезадаптації. Досліджувані були розділені на підгрупи (контрольна і дві експериментальні групи). Учасники експериментальної групи брали участь у систематичному вимірюванні соціально-психологічної підтримки залежно від її тривалості (1 тиждень, 2 тижні і 3 тижні).

Контрольна група (К) на цьому етапі включала 25 учасників, які не отримували формувальних втручань. Експериментальна група I (Е) – учасники, військовослужбовці та цивільні особи, які постраждали на ПТСР в умовах воєнного стресу (18 і 16 осіб а першому і другому тижнях відповідно), Експериментальна група II (Е) – військовослужбовці та цивільні особи, які постраждали на ПТСР в умовах воєнного стресу (20 і 18 осіб на першому і другому тижнях відповідно).

Було рекомендовано включити в програму учасників із певними особистісними особливостями та стратегіями адаптації, а також учасників із когнітивними порушеннями та міжособистісними труднощами. Для досягнення максимальної ефективності планувалося підтримувати постійний склад групи учасників протягом усієї програми.

Програма соціально-психологічної підтримки військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу, які проходять реабілітацію, охоплювала три рівні: корекційний, відновлювальний та профілактичний.

*На корекційному рівні* основна увага приділялася створенню організаційних умов, що підвищують ефективність і результативність системи. У процесі розроблення враховувалися когнітивні порушення та особливості соціально-психологічних характеристик учасників.

Метою було активізувати адаптаційні можливості учасників, мотивувати їх до змін і залучити до соціально значущої діяльності. Важливим елементом на цьому рівні було усвідомлення учасниками своїх особливостей і оптимізація їхньої особистості та ставлення до навколишнього середовища. Для того щоб допомогти учасникам проаналізувати власні думки, почуття, звички та сприйняття, використовувалися психологічні методи.

Особлива увага приділялася створенню умов для самоаналізу, в яких кожен учасник міг би об'єктивно оцінити свої якості та порівняти свою самооцінку з думкою інших членів групи. Для цього широко використовувалася вербальна рефлексія, підкріплена постійним зворотним зв'язком. Такий підхід допомагав поступово зруйнувати стереотипи неадекватного сприйняття себе, змінити сформовані системи оцінки та самооцінки і відкрити нові аспекти себе.

*На рівні відновлення* створені організаційні умови практично реалізовувалися за допомогою модульних методик, адаптованих до соціально-психологічної підтримки. Основною діяльністю на цьому етапі була активізація ресурсних можливостей учасників і розвиток їхніх адаптаційних здібностей.

Метою відновлювального рівня програми соціально-психологічної підтримки військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу є створення оптимальних умов для розвитку особистісних ресурсів. За допомогою спеціально організованого середовища, що виступає важливим зовнішнім чинником, учасники можуть активізувати свій внутрішній потенціал, оптимізувати свою суб'єктність і поліпшити організацію своєї життєдіяльності.

Для досягнення цієї мети було визначено такі завдання:

- активізувати психологічні ресурси саморегуляції шляхом залучення учасників до цілеспрямованої діяльності в рамках групової роботи;
- сприяти зростанню самоприйняття, позитивного ставлення до інших, самовизначення, самостійності та відкритості до нового досвіду;
- сприяти розвитку осмисленої життєвої орієнтації шляхом заохочення учасників до участі в груповій діяльності;

- сприяти розвитку життєвого ставлення до життя;
- відновлення осмисленої життєвої орієнтації.

Усе це в кінцевому підсумку має покращувати самопочуття учасників, стимулювати самоприйняття, розширення соціальних зв'язків і підвищувати соціальну активність у рамках системи підтримки. Загалом цей рівень спрямований на підвищення самосвідомості в міжособистісному спілкуванні та поліпшення якості взаємодії з іншими людьми.

*На рівні психопрофілактики особлива увага приділяється підвищенню психологічної компетентності, розвитку соціальних, перцептивних і комунікативних навичок, аналізу власних способів спілкування та особливостей міжособистісних взаємодій.*

Важлива роль відводиться вивченню і застосуванню технік невербального спілкування та практичному відпрацюванню навичок оптимальної комунікації. Учасники вивчають основи ефективної взаємодії, використовуючи спеціально підібрані техніки, зокрема невербальні. Це допоможе їм поглибити свої комунікативні навички та зрозуміти механізми побудови якісного соціального контакту.

Програма включає блоки, спрямовані на активізацію потенціалу та підвищення адаптаційних можливостей осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу у період реабілітації та після неї, як показано в таблиці 3.1.

*Таблиця 3.1*

**Програма соціально-психологічної підтримки військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу**

№	Складові програми	Кількість годин
---	-------------------	-----------------

		<b>Робота в групі</b>	<b>Індивідуальна робота</b>	<b>Разом</b>
1	Реалізація потенційних саморесурсів	23	12	35
2	Самопрезентація та самореалізація життєвих навичок	20	10	30
3	Конструктивне прийняття соціальної та психологічної підтримки	23	12	35
4	Разом	66	34	100

Відповідна робота в рамках програми з активізації винахідливості та адаптивності учасників проводилася у спеціально організованому середовищі, зокрема, в тематичних групах:

- умови тематичних груп допомогли учасникам подолати почуття тривоги, невпевненості та розгубленості;

- рівність, участь у подіях, свобода вибору особистих вподобань у взаєминах усередині групи, сприятливі умови для особистої активності, групова атмосфера творчої безпеки, яка гарантує адекватну міжособистісну взаємодію та спілкування;

- спеціально облаштовані приміщення, які дають змогу організувати простір відповідно до мети й змісту роботи, використати різні засоби для роботи.

Вимоги до дизайну кабінетів психокорекції та психотерапії осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу такі:

- приміщення та обладнання мають відповідати гігієнічним і протипожежним нормам. У приміщеннях має бути забезпечена швидка вентиляція і підтримуватися оптимальна температура;

- багатофункціональність приміщень забезпечується за рахунок зонування.

1. Робоча зона (зона 1) – основна і найбільша, бо саме тут виготовляються продукти діяльності та відбувається спілкування ведучих і учасників. Під час проектування цієї зони враховувалися особливості учасників, постраждалих на

ПТСР (можливі зміни в пізнанні, морфології та функціях, швидка стомлюваність, ослаблення сенсорної та опорно-рухової систем). Тому робоча зона мала вільний підхід для запобігання травм під час руху, додаткове освітлення робочої поверхні та легко регульовані столи і стільці. У зоні також були передбачені спеціальні умови для зберігання артефактів діяльності учасників, довідкових матеріалів, методичних документів та звітної документації в окремих папках або на спеціальних полицях.

2. Рекреаційно-інтерактивна зона (зона 2) – зона для відпочинку, релаксації та саморегуляції тіла і свідомості, водночас використовувана для проведення інтерактивних заходів і різних творчих або фізичних занять.

3. Апаратна зона (зона 3) – підходить для встановлення комп'ютерної, аудіо- та відеотехніки.

Дизайн та оснащення аудиторії покликані створити відчуття вільного простору для кожного учасника.

*Заняття* були побудовані таким чином: початковий етап («розминка»), основний етап (створення роботи) і заключний етап (обговорення результатів заняття). Наприкінці кожного заняття учасникам пропонувалося заповнити анкету зворотного зв'язку.

*Початковий етап.* Мета: підготувати учасників групи до спонтанної творчої діяльності та групового спілкування. Ведучий вітає і «налаштовує» учасників групи, оголошує мету, завдання та основні правила поведінки.

Для розминки використовуються прості візуальні техніки, прості рухи та інші види фізичної активності. Крім того, поєднання музичного супроводу і танцювальних елементів стимулювало слухові, зорові та кінестетичні органи чуття, сприяючи активізації учасників, поступовому налагодженню взаємодії та адаптації.

*Основний етап* включав: спільне обговорення з учасниками теми заняття, що допомогло з'ясувати їхні вихідні позиції та установки. Теми добиралися з урахуванням віку учасників, їхнього життєвого досвіду, здатності до саморегуляції поведінки та психічних процесів, творчої безпеки та орієнтації на

реальність і світ, що постійно змінюється. Більшість тем стосувалася аксіологічного й творчого потенціалу особистості та її здатності використовувати різні методи з урахуванням вікових чинників, таких як морфологічні та функціональні зміни, зниження когнітивних здібностей, послаблення фізичного здоров'я, специфічні стратегії адаптації, швидка стомлюваність, втрата пам'яті та ослаблення сенсорних систем.

Використовувалися різні техніки і методи невербальної експресії та візуальної комунікації, що дають змогу експериментувати з новими видами досвіду, продовжувати саморозкриття, реалізовувати і відновлювати стосунки в системах соціальної та психологічної підтримки.

Багато тематичних занять передбачали роботу в парах і групове спілкування, що сприяло зміцненню групової взаємодії та активізації групових процесів у системі соціально-психологічної підтримки.

*Заключний етап* передбачав наступне:

- вербалізація та інтроспективний аналіз роботи в безпечній атмосфері групи. Кожен учасник ділився почуттями, відчуттями, емоціями та думками, які виникали в процесі роботи. Форми, методи та прийоми опису роботи допускали різні варіанти, включно з образами, історіями, музичними звуками та рухами. Важливою частиною цього етапу було створення «незамінної» атмосфери емоційного прийняття і співпереживання між членами групи. Тренінги, міні-лекції, презентації, обмін особистим досвідом учасників, демонстрація аудіо- та відеоматеріалів;

- рекомендувалися варіанти самостійної роботи – ведення щоденника (саморефлексія);

- наприкінці кожного заняття, з урахуванням стану та побажань учасників, встановлювався «зворотний зв'язок».

Для опитування учасників використовувалася анкета. Вона містила шкали для оцінювання самоприйняття, індивідуальної активності, задоволеності участю в групі, атмосфери в групі та можливості висловити свої побажання керівнику групи.

Вибір методу визначався завданнями, метою тематичної спрямованості та етапом заняття. Також необхідно було враховувати динаміку заняття, індивідуальні особливості та стан учасників. Використання різних технік, наочних посібників і матеріалів, певних форм самовираження давало змогу гнучко організовувати етапи заняття та розвивати навички випробовування нового досвіду в системі соціальної та психологічної підтримки.

У таблиці 3.2 Додатку А представлено способи, за допомогою яких програма була спрямована на активізацію ресурсного потенціалу та підвищення адаптаційних можливостей систем соціальної та психологічної підтримки військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу.

Наприкінці циклу психокорекції та реабілітації учасників повторно оцінювали так само, як і на базовому етапі дослідження.

Для забезпечення надійності післяурочної оцінки динаміки та виключення впливу повторної діагностики учасники контрольної групи також брали участь у повторних випробуваннях. Порядок розгляду тем визначався особистісною динамікою учасників експериментальної групи, яка, своєю чергою, визначалася процесом групової взаємодії.

Використовувалися форми і методи роботи, що забезпечують високий ступінь інтерактивності та організованості, комунікативної взаємодії та орієнтації на реальність у світі, що постійно змінюється.

Мета 1 блоку програми *«Реалізація потенційних саморесурсів»* – активізація ресурсних можливостей і підвищення адаптаційного потенціалу учасників:

- реалізація психологічних ресурсів саморегуляції;
- встановлення взаємодії в нових групових відносинах.

Завдання: 1. Адаптація учасників до умов цілеспрямованої діяльності та взаємодії з лідерами та членами групи.

2. Стимулювання активності учасників як суб'єктів власного життя та життєтворчості.

3. Використання соціальної підтримки та адаптивних стратегій самоопанування.

4. Стабілізація емоційних станів, саморегуляція настрою та самоменеджмент поведінки.

5. Розвивати уміння та навички висловлення емоцій соціально прийнятними способами (як безпечний спосіб зняття напруги).

Процедури та методи побудови стосунків у групі були спрямовані на те, щоб учасники групи впізнали один одного, познайомилися з простором психокорекційної кімнати та домовилися про правила роботи в групі.

Під час підготовки до занять для членів групи було підготовлено пам'ятки, в яких містилися графіки відвідуваності, контактні дані фасилітатора і правила роботи в групі.

Тематичне планування групових занять відповідало цілям оптимізації особистісних ресурсів і підвищення адаптаційних можливостей учасників:

- мобілізація потенційних особистісних ресурсів;
- розв'язання суперечностей і невідповідностей у життєдіяльності;
- самопрезентація і самореалізація життєвих навичок.

У таблиці 3.3 презентовано зміст групових занять першого блоку програми активізації ресурсних можливостей і підвищення адаптаційного потенціалу в системі соціально-психологічної підтримки військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу.

*Таблиця 3.3*

**Тематичний план першого блоку Програми соціально-психологічного супроводу військових та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу**

№	Тематика занять	Групова діяльність	Індивідуальна діяльність	Разом
1	Процедурні моменти Знайомство	1		1

2	Мій світ у взаємодії з іншими	2	2	4
3	Знайомі та внутрішні ритми	2	1	3
4	Тіло - друг	2	1	3
5	Жива скульптура	2	1	3
6	Натюрморт	2	1	3
7	Спілкування - це...Майстер комунікації	2	1	3
8	Як жити...	2	1	3
9	Якщо хочеш змінити світ, почни з себе	2	1	3
10	Цікавий світ захоплень	2	1	3
11	Способи подолати поганий настрій	2	1	3
12	Групові портрети	2	1	3
	Разом	23	12	35

Перший блок програми активізації ресурсних можливостей і підвищення адаптивності (під час і після психокорекції та реабілітації) в системі соціально-психологічної підтримки військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу «Реалізація потенційних особистісних ресурсів» був спрямований на стабілізацію емоційного стану, підвищення рівня рефлексії, адаптивності, стійкості та невизначеності.

Завдання полягало в тому, щоб стимулювати толерантність до невизначеності. Для гармонізації взаємодії інтелектуального, вольового та емоційного функціонування учасників використовувалися структурована та неструктурована творча діяльність, елементи тренінгу життестійкості, креативності та психосоматичної саморегуляції.

Етапи заняття. Вступ. Ведучий представляється, вітає учасників групи, знайомить з основними правилами поведінки, метою та структурою заняття,

проводить «візуальну екскурсію» зоною арт-простору, коментує його особливості та функціональність. Він підкреслює, що мета зустрічі - активізувати індивідуальні здібності, стимулювати особисту активність і реалізувати власні (можливо, досі невикористані) ресурси.

Фасилітатор попросив кожного члена групи коротко представити себе іншим членам групи.

Потім було проведено вправу «дудлінг», щоб створити настрій для роботи, зняти напругу, що може завадити спонтанності та творчості, та ініціювати взаємодію в групі. Робиться це таким чином. Оберіть аркуш паперу потрібного вам формату. Надайте олівці, фломастери, крейду і «дозвольте їм безсистемно ходити по паперу» без мети і наміру. Кольори можна використовувати по черзі або одночасно. Дивлячись на їхні «каракулі», ведучий просить їх знайти образ, домалювати його, додати нові деталі або посилити елементи каракулів. По завершенні роботи вони мають представити свої роботи групі та дати короткий коментар.

Основна частина. Ведучий пропонує провести групову дискусію, щоб прояснити розуміння групою поняття «правила». Ознайомившись із позицією кожного учасника, вкажіть, що ефективність групової роботи багато в чому залежить від дотримання таких групових правил взаємодії:

1. Правила діяльності: під час групової роботи спеціально розроблені форми поведінки (виконання вправ, дотримання певної схеми, спостереження за поведінкою інших тощо) мають бути використані для виконання групових завдань. спостереження за поведінкою інших тощо).

2. Правило конфіденційності – інформація, яку обговорюють у групі та яка має відношення до життєвих історій учасників, не виноситься за межі групи.

3. Правило чесності – кожен каже те, що відчуває та думає, і не відповідає «стандартним очікуванням».

4. Правило довіри – кожен говорить тільки в тому випадку, якщо це не є «стандартом».

Правило правил – кожен каже тільки в тому випадку, якщо це не є «стандартом».

Правило правил – кожен говорить тільки в рамках теми сесії. Кожен учасник має право припинити розмову про себе без пояснення причин (правило «стоп»). Це право гарантує учаснику впевненість і почуття самозбереження від групового тиску.

5. Правило «я говорю» – кожен говорить за себе, використовуючи особисті займенники однини: «я так думаю», «я так відчуваю» тощо.

6. Правило неосудливого ставлення – результат діяльності описується як «не повинен оцінюватися з естетичного погляду, наприклад, «красиво, некрасиво, неправильно». Члени групи повинні прагнути до розуміння, а не до оцінки.

7. Правило «поваги до інших», що означає не перебивати того, хто говорить, не залишати групу під час обговорення, не порушувати тишу, доки всі учасники не закінчать свою роботу, і не терпіти відверті думки інших членів групи, навіть якщо їхній зміст не збігається з вашими власними переконаннями або мораллю, все терпимість (принцип толерантності).

8. Правило відповідальності – члени групи несуть особисту відповідальність після завершення роботи.

9. Правило фотографічної етики – неприпустимо фотографувати заняття з мистецтва або творчий процес.

10. Правило розсудливості – у творчому процесі ставитися до створюваних творчих робіт із повагою.

Під час обговорення групових правил усі учасники погодилися дотримуватися кодексу поведінки. Щоб «закріпити» це рішення, ведучий просить кожного члена групи «вибрати» одне з правил і заздалегідь підготовлений паперовий шаблон. Використовуючи різні матеріали (фарби, олівці, фломастери, пластик), обране правило «художньо закріплюється» на шаблоні за бажанням автора (наприклад, пишеться, малюється, ліпиться, схематично малюється).

На заключному етапі фасилітатор запросив групу в зону відпочинку, щоб уточнити, як продовжити самостійну роботу. Потім учасники коротко поділилися своїми враженнями від першої зустрічі і попрощалися один з одним.

У таблиці 3.4 Додатку А подано характеристики заходів першого блоку програми з активізації ресурсних можливостей і підвищення адаптаційного потенціалу в системі соціально-психологічної підтримки військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу.

Нижче наведено приклади занять, які виявилися найефективнішими на цьому рівні системи соціально-психологічної підтримки, у першому блоці програми «Реалізація потенційних саморесурсів».

Активність «Якщо ви хочете змінити світ, почніть з себе».

Частина 1: Цілі. Розуміння формату та змісту заняття.

Встановіть правила роботи в групі:

1. Вступне слово ведучого.
2. Правила роботи в групі.
3. Вправа «Я прийшов сюди, бо...
4. Лекція «Зміна ставлення до себе» (частина 1).
5. Зворотний зв'язок. Рефлексія.
6. Підбиття підсумків.
7. Ритуал завершення роботи. Вправа «Імпульси».

1. Самопрезентація ведучого. Доброго дня! Ми зібралися тут сьогодні, щоб розпочати новий цикл занять із самосвідомості. Чому ви обрали саме цю тему? Чому самопізнання таке важливе для будь-якої особистості, у будь-якому віці? Тому що саме завдяки тому, як ми ставимося до себе, ми відчуваємо зв'язок із навколишнім світом.

Наше завдання – прояснити своє ставлення до себе, взяти на себе відповідальність за те, що відбувається в нашому житті, і стати більш самосвідомими.

Зрозумівши і прийнявши себе, людина перестає бути безпорадною і набуває сили та мудрості. Адже тільки зрозумівши і прийнявши себе, можна зрозуміти і прийняти інших.

2. Правила групи. Ведучий має познайомити учасників з основними правилами групи та деталями сесії. Основні правила – відвідувати всі сесії (за можливості) – брати активну участь в обговореннях – поважати інших учасників (коли одна людина говорить, інші мають мовчати).

«Я тут, щоб... Потренуйтеся говорити. Кожен учасник вітає групу, використовуючи наданий шаблон привітання: «Здрастуйте, я ..... це. Здрастуйте, я ..... лекція: «Зміна ставлення до себе».

Низка проблем, з якими стикаються люди, пов'язана з тривалою байдужістю або негативним ставленням до себе. Багато людей живуть за шаблонами повсякденного життя, не звертаючи уваги на те, де і як вони живуть, як харчуються і відпочивають, наскільки вони щасливі або стурбовані. Це триває доти, доки не виникають серйозні проблеми в інших сферах здоров'я або життя. Наприклад, якщо учасники хочуть нормалізувати свої стосунки з оточуючими, їм слід спершу відмовитися від спроб змінити інших у потрібному їм напрямку. Це марна трата часу.

Починати потрібно з себе. Ви маєте рішуче, наполегливо й позитивно змінити своє ставлення до себе. Тоді й світ навколо вас стане добрішим і чистішим, і справи підуть у гору. Що потрібно зробити?

1) Душевний спокій. Ми ні з ким не «сваримося» вдома чи на вулиці. Ми не лаємося самі з собою і не лаємо себе. Будь-яка сварка – це великий стрес для обох сторін. Одну сторону пригнічують, в іншій відбирають владу. Усе це дуже негативно позначається на здоров'ї та працездатності.

2) Не заздріть нікому у своєму житті. Ви – інша людина, зі своїми прекрасними й унікальними природними рисами.

3) Не звинувачуйте нікого ні в чому у своєму житті. У ваших проблемах ніхто не винен. Усе, що з вами відбувається, – це те, що ви самі запросили у своє

життя. А те, що відбувається з вашими близькими, притягується до вас їхньою поведінкою і ставленням до життя. Сьогодні ви звинувачуєте тільки себе.

4) Не намагайтеся змінити інших на краще. Якщо ви хочете змінити світ та інших людей на краще, почніть із себе. Подивіться на себе збоку, пізнайте себе краще і почніть змінюватися. Щодня старанно працюйте над собою. І тільки коли ви почнете змінюватися, все оточення і світ навколо вас почнуть змінюватися разом із вами. Багато осіб, які зараз перебувають поруч із вами, зникнуть із вашого оточення. Навколо вас з'являться нові особистості, які поділяють ваші погляди на життя. Пам'ятайте, що подібне притягує подібне.

5) Не шкодуйте нікого у своєму житті. Замініть жалість любов'ю. Це допоможе вам вийти з будь-якої ситуації з гідністю і силою.

6) Підніміть планку самооцінки і ставте себе на перше місце (але не налаштовуйте себе на невдачу). Пам'ятайте, що ви не зобов'язані розповідати про це своїм близьким. Вони просто не зрозуміють вас. Ставте свої інтереси на перше місце. Тільки так можна багато чого досягти в цьому житті.

5. Зворотний зв'язок. Рефлексія.

6. Підбиття підсумків.

7. Ритуали завершення роботи. Практика «імпульсів». Заняття. «Якщо ви хочете змінити світ, почніть із себе».

Частина 2 Мета. Доповнити й узагальнити знання, отримані на попередньому занятті.

Послідовність заняття:

1. Вправа «Доброго ранку, світе!».

2. Стислий огляд попереднього змісту.

3. Лекція «Зміна ставлення» (частина 2).

4. Зворотний зв'язок. Рефлексія.

5. Ритуал завершення роботи. Вправа «Імпульс»

1. Вправа «Здрастуй, світ!» Учасники по черзі кажуть «Мене звати...

Привіт, світ»

2. Короткий огляд того, що було пояснено (щоб оживити спогади учасників про попередні заняття). Основні моменти: душевний спокій (не «сваритися» ні з ким, ні вдома, ні в місті); не заздрити нікому у своєму житті; не звинувачувати нікого ні в чому у своєму житті; не намагатися змінити інших на краще; підняти планку самооцінки та поставити себе на перше місце (але не засуджувати себе).

3. Лекція «Зміна ставлення до себе» (частина 2). Потім продовжите цю тему. Що ще потрібно зробити, щоб змінити ставлення до себе в кращий бік. Любов до себе. Як цінувати й любити себе більше, ніж предмети побуту й особисті речі? Любов до свого тіла дозволяє людям не дозволяти собі ставитися до нього гірше, ніж до речей і тварин, яких вони люблять.

4. Поняття «любити себе» широке і багатогранне. Любячи себе, особистість не дозволяє завдавати шкоди своєму тілу і не дозволяє руйнувати його своєю негативною поведінкою і звичками.

Любити себе – значить вірити в здатність свого тіла позбутися шкідливих звичок, конфліктів з іншими особами і негативних емоцій. Любити себе – означає піклуватися про себе і своє тіло, включно з нервовою системою. Вірити в можливості свого тіла і в «мудрість» його саморегулювальної системи. Любити себе – означає усвідомлювати, приймати і примирятися з тим, що ви не можете змінити, і намагатися знайти в цьому позитивні моменти.

5. Визнати, що будь-яка значуща подія у вашому житті – це крок до того, щоб навчитися жити і пізнавати навколишній світ, і не більше того.

6. Навчіться розслабляти тіло і розум у будь-якій ситуації. Навчіться розслабляти своє тіло і розум за допомогою простих, але дуже ефективних вправ, наприклад, концентруючись на спокійному диханні протягом кількох хвилин. Ви станете зовсім іншою особистістю, з більш гострою інтуїцією, більш чутливою, впевненою в собі й успішною у всьому, що ви робите.

7. Життя в «тут і зараз». Людське тіло живе тут і зараз. Це проста, але дуже важлива істина. Розуміння глибини цієї істини може кардинально змінити ваше життя.

Багато людей втрачають своє здоров'я і щастя тільки тому, що шкодують про втрачені можливості в минулому або занадто заціклюються на деталях прекрасного майбутнього.

Творчість, любов, успіх і щастя можна знайти тільки тут і зараз. Якщо ви навчитеся цінувати кожен момент свого життя тут і зараз, ваше життя почне наповнюватися виконанням ваших бажань, а не виникненням нових проблем.

Застрявання в минулому прискорює старіння. Це відбувається тому, що минуле залишилося в минулому, і будь-які спроби повернути його до життя за допомогою поведінки або одягу контрпродуктивні.

Люди за своєю природою чинять опір змінам. Тому що в кожного є свій світогляд, свої цінності, свої думки і звички. І особистість перебуває у полоні в них. Багато хто боїться відмовитися від своїх звичок, тому що вони дають їм відчуття захищеності та впевненості.

З віком особи бояться змін, але зміни неминучі. Відмовляючись рухатися вперед у майбутнє в потоці змін, люди застряють у минулому. Опір змінам змушує осіб почуватися неповноцінними у своєму теперішньому житті та вибиватися з поточного потоку життя. Виникає туга за «кращими часами» і заперечення справжньої реальності. Вони живуть тільки майбутнім, і всі їхні дії спрямовані на досягнення успіху в цьому «світлому майбутньому».

Але це майбутнє так і не настає, вони здаються і втрачають віру у свої сили і в себе. Тільки життя в теперішньому моменті, з любов'ю до себе, дає змогу створити бажане майбутнє. Кожен момент, прожитий тут і зараз, означає вибір майбутнього і формує долю особистості. Жити тут і зараз дуже важливо.

8. Позитивно регулюйте думки, емоції та почуття. Думайте про хороше, говоріть хороше і робіть тільки хороше для себе та інших. Це єдиний спосіб назавжди позбутися всіх проблем!

9. Робіть прості спеціальні вправи. Це дуже ефективні вправи. Вони короткі, прості і їх може робити практично кожен. Наприклад, усмішка, приємна і природна усмішка, несвідомо звільняє свідомість особистості від негативних емоцій. Звичайна посмішка може допомогти будь-якій особі позбутися стресу й

негативних емоцій у повсякденному житті. Посмішка підсилює емоції людини, спрямовує їх у позитивне річище й дає змогу досягти гармонії із собою та навколишнім світом.

10. Зворотний зв'язок. Рефлексія.

11. Ритуал завершення роботи. Вправа «Імпульси».

Заняття «Чотири способи подолання поганого настрою». Мета. Доповнити та узагальнити знання, отримані на попередньому занятті.

Послідовність заняття.

1. Вправа «Якщо... Тоді я пишаюся собою».

2. Огляд попередніх занять.

3. Лекція «Способи подолання поганого настрою».

4. Зворотний зв'язок. Рефлексія.

5. Ритуали для завершення роботи.

Вправа «Прощання без слів» 1. Вправа «Я пишаюся собою, якщо... Кожен учасник вітає групу, називає своє ім'я і закінчує речення: «Я пишаюся собою...»

2. Коротка рефлексія з приводу сказаного.

3. Лекція «Способи подолання поганого настрою». Іноді вранці я відчуваю невимовну тугу. Так погано, що нічого не можеш робити, все валиться з рук і ні з ким не хочеться розмовляти. Існує щонайменше п'ять способів подолати погані настрої. Вам потрібно подумати. Коли ви відчуваєтеся розбитим, втомленим, сумним, нездатним працювати, коли з кожною годиною все гірше й гірше, коли все не тішить, варто замислитися й відповісти на такі запитання:

1. Що мене засмучує, чи так це важливо для мене через п'ять років?

2. Що так важливо для мене через п'ять років? Чи хвилює когось, крім мене, ця ситуація.

3. Чи можу я чогось навчитися з цієї ситуації.

4. Чи можу я щось отримати з цієї ситуації? Який найменший крок я можу зробити, щоб змінити цю ситуацію? Щоб боротися з поганим настроєм, займіться спортом. Після роздумів і самоаналізу займіться спортом. Навіть якщо ваші думки не йдуть у потрібному напрямку і вас продовжують долати

нав'язливі думки та сумні почуття, фізичні вправи допоможуть вам зняти внутрішню напругу і відчутти себе енергійнішими, здоровішими та кращими.

Змиріться з цим і прийміть поганий настрій. Коли в нас виникають негативні думки та почуття, ми, природно, намагаємося їх позбутися. Ми шукаємо різні способи зняття стресу, намагаємося не думати про погані почуття і намагаємося позбутися цих думок.

Усі наші зусилля спрямовані на боротьбу з поганим настроєм. Якщо ви вже спробували і перше, і друге, але в голові все одно крутяться сумні думки, чому б не прийняти їх? Так, це погане почуття, тож перестаньте витратити сили на боротьбу з ним, яка тільки посилить негативні відчуття. Коли ви дійсно змиритесь з цими думками, ви можете виявити, що раптово вони відпустили вас, ви почуваетесь краще, і все вже не так похмуро.

Будьте вдячні за цей найгірший день. Звісно, бувають дуже погані дні, які настільки емоційно спустошують, що важко зрозуміти, як можна цінувати такий день.

Але, з іншого боку, коли пристрасті трохи вляжуться, ви зрозумієте, що ваші страждання були чимось на зразок подарунка. Пройшовши через багато чого, ви стаєте більш співчутливою і розуміючою особистістю. Крім того, якщо ситуація покращиться (а вона покращиться), радість буде такою ж безмежною, як і колишня печаль. Крім того, дні, коли вам не хочеться нічого робити, дають змогу поглянути на ситуацію по-новому.

5. Зворотній зв'язок. Рефлексія.

6. Ритуал завершення роботи.

Практика «Прощання без слів». Другий блок програми активізації ресурсних можливостей і підвищення адаптаційного потенціалу в системі соціально-психологічної підтримки військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєного стресу (під час і після психокорекції та реабілітації).

«Самопрезентація і самореалізація життєвих навичок» – згадувалися позитивні події з минулого, визначалося «своє місце» у стимулювали процес

модельовання середовища під час спогадів про минулі позитивні події та визначення «свого місця» в ньому.

Цей механізм включав у себе набуття цілісного ставлення до минулого, сьогодення і майбутнього, пошук нового осмисленого життєвого напрямку, зміни в самоприйнятті та позитивні стосунки з іншими людьми в системі соціальної та психологічної підтримки.

Мета. Стимулювати учасників до активного пошуку умов об'єктивної реальності для усвідомлення та втілення свого унікального життєвого досвіду. Стимулювання самовизначення та незалежності учасників. Підвищити рівень цілеспрямованості в житті та прийняти цілісне усвідомлення теперішнього моменту життя.

Розвиток почуття безперервності між минулим, сьогоденням і майбутнім. Зміст групових занять *Блоку 2 Самопрезентація та самореалізація життєвих навичок* програми Програми соціально-психологічної підтримки військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу» (під час і після психокорекції та реабілітації) наведено в таблиці 3.5.

Таблиця 3.5

**Тематичний план блоку «Самопрезентація та самореалізація життєвих навичок» програми соціально-психологічного супроводу військових та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу**

№	Тематика занять	Групова діяльність	Індивідуальна діяльність	Разом
24-25	Життєвий колаж	2	2	4
27-28	15 правил мудрецов	2		2
29-30	Автопортрет	2		2
31-32	Спогади про дитинство	2	2	4
33-34	Минуле, теперішнє і майбутнє	2		2
35-36	Аспекти себе	2	2	4
37-38	Сюжетні лінії	2		2

39-40	Поточні почуття і стани буття	2	2	4
41-42	Діалог із часом	2		2
43-44	Життя триває	2	2	4
	Разом годин	20	10	30

Для посилення позитивних характеристик учасників і поліпшення їхнього самопочуття використовувалися комплексні арт-засоби, основними елементами яких були світлотерапія, музикотерапія, пісочна терапія та тілесно-орієнтована терапія.

Характеристика заходів другого блоку «Самопрезентація та самореалізація життєвих навичок програми соціально-психологічної підтримки військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу подана в таблиці 3.6 Додатку А.

Нижче наведемо приклад заняття, яке виявилось найефективнішим на цьому рівні системи соціально-психологічного супроводу.

Урок «15 правил мудреців». Мета – доповнити та узагальнити знання, отримані на попередньому занятті.

Послідовність заняття.

1. Вправа «Я можу! Дивовижно!»
2. Короткий огляд попереднього змісту.
3. Лекція «15 правил мудреців»
4. зворотний зв'язок. Рефлексія.
5. Ритуал завершення роботи.

1. «Я можу і я дивовижний!» Дотримуючись запропонованої схеми, учасники по черзі вітають один одного: «Здрастуйте, я (ім'я). Здрастуйте, я (ім'я), (...) можу і чудовий!, при цьому всі учасники підтримують і схвалюють промовця, простягаючи руки, стиснуті в кулаки з відігнутими великими пальцями (знак схвалення), повторюючи: «І це здорово!»

3. Лекція: «15 правил мудреців». З чого почнемо сьогоднішнє заняття? Почнемо з того, що в кожного з нас є життєвий досвід. У когось його більше

(через вік), у когось менше. Хтось пам'ятає більше приємних подій у своєму житті, хтось – більше сумних. Ми всі різні. І все ж є щось, що об'єднує нас усіх. Це мудрість життя. Прийнято вважати, що чим старшими ми стаємо, тим мудрішими. Існує безліч прислів'їв, що підтверджують це. Наприклад, «Мій вік – моє багатство». Я пропоную поговорити про те, що ще робить людей мудрими, крім віку, і що об'єднує людей, яких називають мудрими.

Ось «15 правил мудреців»:

1. Більше мовчи.
2. Ніколи нічого не питай напругу.
3. Ніколи не записуй свої думки в чужу книжку (не на полях).
4. Мудреці ніколи нікому не кажуть, що вони думають насправді.

Ніколи нікому не кажи, що ти думаєш насправді. Ніколи нікому не кажи, що ти хочеш почути. Ніколи нікому не кажи, що ти хочеш почути насправді. Хвастощі викликають заздрість (сильне енергетичне послання). Людям властиво заздрити. Заздрість – одна з найсильніших емоцій, що викликає сильні реакції у Всесвіті.

5. Хитрість – це вміння скористатися ситуацією. Мудрість – це знання того, як, де і що використовувати.

6. Мудреці не використовують образи безпосередньо в розмові.

7. Мудрі люди не розкривають карти один одного у спільноті із непосвяченими.

8. Мудреці намагаються використати свої найкращі здібності навіть для досягнення маленьких цілей, щоб не втратити власні здібності. Мудреці не використовують свої навички для досягнення маленьких цілей. Вони тренуються робити великі справи, навіть маленькі (це не включає використання своїх зв'язків). Мудрі люди не використовують свої зв'язки для досягнення дрібних цілей).

9. У мудреців завжди є те, що їм потрібно для досягнення важливої справи. Мудра людина намагається заздалегідь прорахувати ситуацію.

10. Мудрець завжди радиться з думкою інших, але ніколи не розлучається зі своєю власною. Вона коригує свою думку тільки тоді, коли зіштовхується з істиною.

11. Мудрець завжди намагається слідувати знакам і ніколи не пропускає можливості використати отримані знання.

12. Мудрець дбає про своє здоров'я і не шкодить йому в гонитві за хибними цілями.

13. Мудрець ніколи не припускається помилок у житті, в нього є досвід, іноді негативний.

14. Мудрець тримає справи між собою й партнером, вирішує їх між собою й партнером, не привертаючи третіх осіб (мудреці не викликають невдоволення натовпу!).

15. Щоб повністю зрозуміти будь-яку ситуацію, спочатку знайдіть плюси, а потім подивіться, чи є мінуси! Рефлексія.

5. Ритуали завершення роботи. Вправа «Уявні подарунки». Інструкція ведучого: «Зараз, наприкінці цієї сесії, кожен із вас подарує подарунок людині, яка сидить ліворуч від вас. Оскільки це уявний подарунок, він може бути будь-яким, що викликає у вас приємні почуття і посмішку. Особа, яка отримала подарунок, має подякувати дарувальнику».

Заняття «Звички щасливих людей». Мета: доповнити й узагальнити знання, отримані на попередньому занятті. Хід заняття.

1. Вправа «Я – подарунок людству, тому що я...»

2. Короткий огляд попереднього змісту.

3. Лекція «Звички щасливих людей».

4. Зворотний зв'язок. Рефлексія.

5. Ритуал для завершення роботи.

Вправа «Побажання».

1. Вправа «Я – дар людству, тому що я...» Кожен учасник вітає групу, називає своє ім'я і закінчує речення: «Я – дар людству, тому що я...».

2. Короткий огляд того, що було сказано досі.

3. Лекція «Звички щасливих людей». Кожна людина хоче бути щасливою. Ніхто не буває сумним і пригніченим. Багато хто з нас бачив людей, які завжди щасливі, навіть коли стикаються з важкими випробуваннями. Але це не означає, що щасливі люди не відчують смутку і печалі. Ось кілька звичок щасливих людей:

1. Цінують життя. Цінують кожен новий день, який дарує вам життя. Відчувають красу і пишність життя. Звертають увагу на красу життя. Цінують кожен день. Не приймайте все як належне. Не турбуйтеся про дрібниці.

2. Вибирайте друзів з розумом. Оточуйте себе щасливими, позитивними людьми, які мають ті самі цінності та цілі, що й ви. Друзі, які поділяють ті самі моральні цінності, що й ви, завжди підтримають вас у досягненні ваших цілей. Вони допоможуть вам відчувати позитивне ставлення до себе. Вони простягнуть вам руку допомоги, коли ви її потребуєте.

3. Будьте співчутливі. Приймайте інших людей такими, якими вони є, і на якому етапі життя вони перебувають. Поважайте іншу людину. Ставтеся до них із добротою та щедрістю. Допомагайте їм, чим можете, і не намагайтеся їх змінити. Намагайтеся робити своє життя яскравішим щоразу, коли ви вступаєте в контакт з іншими людьми.

4. Постійно вчиться. Слідкуйте за останніми новинами про своє життя і захоплення.

5. Наважтеся спробувати щось нове, що викликає у вас інтерес, наприклад, танці або лижі. Творчо підходьте до вирішення проблем. Перестаньте жаліти себе. Зіткнувшись із проблемою, негайно починайте шукати рішення. Замість того щоб дозволяти невдачам впливати на ваш настрій, почніть сприймати кожну перешкоду, з якою ви стикаєтеся, як можливість внести позитивні зміни. Навчіться довіряти своїм інстинктам.

6. Займайтеся тим, що ви любите. За статистикою, 80 % осіб не люблять те, чим займаються. Не дивно, що так багато людей нещасні. Ми проводимо на роботі більшу частину свого життя. Виберіть роботу, яка вам подобається. Знайдіть час для хобі та особливих інтересів.

7. Насолоджуйтеся життям. Знайдіть час, щоб побачити красу навколо себе. Понюхайте троянди, помилуйтеся заходом сонця або сходом сонця, сходите до лісу або до річки, зробіть усе, що забажає ваше серце. Краса всюди. Навчіться жити в теперішньому моменті. Перестаньте жити минулим або майбутнім.

8. Смійтеся. Не сприймайте життя занадто серйозно. Майже в будь-якій ситуації можна знайти привід для сміху. Смійтеся над собою, в ідеалі – коли ніхто не бачить. Смійтеся в потрібний час і в потрібній ситуації. Звичайно, іноді потрібно бути серйозним, особливо коли час для сміху невідповідний.

9. Прощайтеся. Тримаючи образу, ви не заподієте шкоди нікому, крім себе. Прощайте інших заради власного спокою. Якщо ви припустилися помилок, прийміть їх, навчіться на них і пробачте себе.

10. Будьте вдячні. Розвивайте в собі почуття вдячності. Рахуйте кожне благословення, навіть якщо воно здається дріб'язковим. Будьте вдячні за свій дім і, що ще важливіше, за свою сім'ю та друзів. Знайдіть час, щоб сказати їм, як вам пощастило, що вони у вас є.

4. Зворотний зв'язок. Роздуми.

5. Ритуали для завершення роботи.

Вправа «Бажання». Кожен учасник загадує бажання іншим учасникам і групі в цілому. Вправа «Звички щасливих людей». Мета: доповнити й узагальнити знання, отримані на попередньому занятті.

Хід заняття 1. Вправа «Я ... Я щасливий, коли чую «Я щасливий»».

2. Короткий огляд попереднього змісту.

3. Лекція «Звички щасливих людей».

4. Зворотній зв'язок. Рефлексія.

5. Ритуал завершення роботи.

Вправа «Бажання дня»

1. Вправа «Я ... Кожен учасник вітає групу, називає своє ім'я і закінчує речення: «Я щасливий, коли чую».

2. Коротко обміркуйте те, що було сказано досі.

3. Лекція «Звички щасливих людей». Кожен хоче бути щасливим. І ніхто не хоче бути сумним або пригніченим. Багато хто з нас бачив людей, які завжди щасливі, навіть коли стикаються з важкими проблемами. Ні, це не означає, що щасливі люди не відчують смутку або меланхолії, просто вони не дозволяють цим емоціям керувати їхнім життям.

11. Інвестуйте у стосунки. Завжди давайте зрозуміти своїм близьким, що ви їх любите, навіть коли ви в конфлікті. Підтримуйте та розвивайте стосунки з сім'єю і друзями та дорожіть часом, проведеним з ними. Виконуйте свої обіцянки. Пропонуйте підтримку.

12. Виконуйте свої обіцянки. Чесність – найкраща політика. Усі дії та рішення мають бути засновані на чесності. Будьте чесними із собою та своїми близькими.

13. Медитуйте. Медитація – це активний відпочинок для мозку. Коли ви відпочиваєте, у вас з'являється більше енергії, а функції мозку переходять на вищий рівень. Види медитації включають в себе йогу, гіпноз, релаксацію, афірмації, візуалізацію або просто перебування в стані повного спокою. Знайдіть те, що вас цікавить, і щодня приділяйте цьому час.

14. Ваше життя – це ваш бізнес. Зосередьтеся на створенні того життя, яке ви хочете. Дбайте про себе. Перестаньте турбуватися про те, що говорять або роблять інші. Не займайтеся плітками і перестаньте говорити негативні речі про людей. Не критикуйте. Кожна людина має право жити так, як вона хоче.

15. Оптимізм. Вважайте, що склянка наполовину повна. Знаходьте позитивне в будь-якій ситуації. Він обов'язково є, просто іноді його важче знайти. Знайте, що для всього є причина, навіть якщо ви не знаєте, що це за причина. Тримайтеся подалі від негативних думок. Коли негативні думки починають вас турбувати, замініть їх позитивними.

16. Любіть безумовно. Приймайте інших такими, якими вони є. Не ставте обмежень для своєї любові. Навіть якщо вам не завжди подобаються вчинки ваших друзів, рідних і близьких, продовжуйте любити їх.

17. Завзятість. Ніколи не здавайтесь. Кожні труднощі – це можливість стати ще ближче до мети. Якщо ви ніколи не здастесь, то ніколи не зіб'єтесь зі шляху. Зосередьтеся на тому, чого ви хочете, розвивайте необхідні навички, складайте план і дійте. Рух до того, що для вас є цінним, зробить вас щасливішими.

18. Проявляйте ініціативу. Прийміть те, що ви не можете змінити. Щасливі люди не витрачають енергію на те, що вони не можуть контролювати. Подумайте, як ви можете проявити ініціативу, щоб створити те, що ви хочете. Це краще, ніж чекати відповідей.

19. Дбайте про себе. Дбайте про своє тіло, розум і здоров'я. Регулярно проходите обстеження та дотримуйтеся здорового харчування. Отримуйте достатньо відпочинку. Пийте багато води. Завжди давайте собі цікаві та захопливі завдання для тренування розуму.

20. Будьте впевнені в собі. Не намагайтеся бути тим, ким ви не є. Зрештою, ніхто не любить тупиць. Дізнайтеся, що у вас всередині, тобто ваші особисті симпатії та антипатії. Будьте впевнені в тому, хто ви є. Робіть усе можливе з тим, що у вас є.

21. Візьміть на себе відповідальність. Щасливі люди знають і розуміють, що вони несуть повну відповідальність за своє життя. Вони беруть на себе відповідальність за свій настрій, стосунки, думки, почуття, слова і вчинки. Вони першими визнають, коли роблять помилки. Почніть брати на себе відповідальність за власне щастя вже сьогодні. Докладіть зусиль, щоб розвинути ці навички. Що частіше ви застосовуватимете перелічені вище звички у своєму житті, то щасливішими ви будете. Насамперед, будьте чесними із собою.

4. Зворотній зв'язок. Рефлексія.

5. Ритуали для завершення роботи. Вправа «Бажання дня». Кожен учасник загадує бажання на день для одного або групи учасників. «Програма соціально-психологічного супроводу військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу». Блок 3 «Конструктивне прийняття соціальної та психологічної підтримки» «Програми соціально-

психологічного супроводу військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу», спрямованої на формування позитивної життєвої позиції та усвідомлення власних життєвих можливостей, самоприйняття, соціальну інтеграцію. Використовувалася низка інструментів, спрямованих на підвищення рівня усвідомлення важливості позитивної життєвої позиції та власних життєвих можливостей, самоприйняття та соціальної інтеграції.

Цілі:

- стимулювання соціальної та особистісної активності;
- конструктивне прийняття соціального контексту розвитку;
- набуття досвіду позитивного соціального самопочуття.

Завдання:

- створення умов для прийняття себе в нових ролях і психічному функціональному статусі;
- адекватна оцінка реальних можливостей і перспектив, що дають змогу сформуванню відчуття цілісності та гармонії в теперішньому і майбутньому житті;
- розвиток навичок соціально значущої діяльності та надання їй особистісного сенсу;
- створення атмосфери самоповаги;
- набуття досвіду прийняття позитивних і негативних сторін буття.

У таблиці 3.7 подано зміст групових занять Блоку 3 «Конструктивне прийняття соціальної та психологічної підтримки» програми соціально-психологічної підтримки військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу.

*Таблиця 3.7*

**Тематичний план блоку «Конструктивне прийняття соціальної та психологічної підтримки» програми соціально-психологічного супроводу військових та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу**

№	Тематика занять	Групова діяльність	Індивідуальна діяльність	Разом
45	Автопортрети. Карикатури	5	4	9
46	Лабіринт самого себе	5	2	7
47	Десять секретів щастя	5	2	7
48	Живіть щасливо	8	4	12
	Разом	23	12	35

У цьому блоці програми використовувалися методи арт-терапії, і основним напрямом було творче спілкування через мистецтво – терапія через «шедеври мистецтва», перформанси (літературні, музичні та театральні вистави, індивідуальні чи групові), інсталяції, створення власних мандал і лабіринтів – «карти власної душі», «спіралі як шлях до духовного пробудження та благополуччя» (К. Малкіоді) [56, с. 71].

Характеристика заходів Блоку 3 «Конструктивне прийняття соціальної та психологічної підтримки» програми соціально-психологічного супроводу військових та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу презентован в табл. 3.8.

*Таблиця 3.8*

**Зміст заходів блоку «Конструктивне прийняття соціальної та психологічної підтримки» програми соціально-психологічної підтримки військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу**

№	Тематика заняття	Засоби, психотехніки, вправи
45	Автопортрети. Карикатури. Саморозкриття і самоприйняття - Усвідомлення і реконструкція ставлення до себе. Внутрішня гетерогенність, прийняття множинних аспектів себе. Емоційна і	Малюнок. Фігуративний і символічний, графіка. Створення гербів, масок, емблем, символіки. Кольорові асоціації

	когнітивна оцінка актуалізованих станів	
46	Лабіринт самого себе. Саморозкриття та самоприйняття. Гармонізація внутрішніх станів. Структурування життєвого шляху. Диференціація життєвих подій. Експериментування з новим досвідом. Активізація самооцінки, гнучкість поведінки. Стимулювання творчості й особистої активності.	Мандали. Колові зображення. Лінії життя. Минуле, сьогодні та майбутнє. Лінії історій. Дерева емоцій. Кольорові асоціації. Самостійність. Карта власного стану й душі. Самостійність.
47	«Десять секретів щастя». Творення себе, свого внутрішнього світу, власного душевного життя. Навички сприйняття нової ситуації як стимулюючої та розвиваючої. Толерантність до невизначеності. Відкритість до нового, прагнення до саморозвитку та особистісного зростання.	Знайомство з інноваційними психотехнологіями: - метафоричний портрет; - жестове малювання; - інсталяція; - перформанс; - сценічне моделювання; - створення візуальних метафор; - лекція; - зворотний зв'язок; рефлексія
48	Живіть щасливо - перероблення навколишнього світу відповідно до себе; цілісне прийняття світу і людини, розуміння взаємозалежності протилежностей; визнання світу організованим і цілісним; розвиток почуття спільності з соціальним оточенням і реальністю; розвиток творчості та особистої активності; експериментування з новим особистим досвідом; нове самоприйняття в стані.	Сценічне моделювання. Моделювання з фольги, глини та тканини. «Шедеври мистецтва» (мальовані образи, афоризми, поезія). Фотоколаж, графіті. Візуальні метафори тілесності (використання піску).

Таким чином, заняття програми соціально-психологічної підтримки військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу поступово ставали дедалі складнішими та насиченішими.

Серед найефективніших: «Наше оточення та внутрішні ритми», «Якщо хочеш змінити світ, почни з себе», «Колаж життя», «15 правил мудреців», «Звички щасливих людей», «Лабіринт себе», «10 секретів щастя», що стимулювали когнітивну, регуляторну, мотиваційну та поведінкову сфери, а

отже, сприяли реалізації потенційних особистісних ресурсів і підвищенню адаптаційного потенціалу учасників.

Слід зазначити, що складність психологічної роботи на даному етапі дослідження зумовлена насамперед тим, що учасники часто не визнають власної відповідальності за ситуації та проблеми, шукають причини в інших людях і ситуаціях і вважають себе нездатними долучатися до їхнього вирішення. Водночас ригідність мислення учасників часто робить їхні думки і висловлювання остаточними і незаперечними. Їхній світ складається з усталених норм, ідей і концепцій, які вони, з одного боку, готові змінити, а з іншого – слугують їм опорою і підтримкою в міру зміни темпів їхньої активності та незалученості до процесу перетворення навколишньої дійсності.

Таким чином, вони чинять опір або не можуть змінити чи скоригувати свої переконання. У традиційній сфері роботи психологів вони часто стикаються з опором змінам і небажанням брати участь (брати на себе відповідальність) у ситуаціях, які їх не влаштовують.

Ще одним складним аспектом цієї роботи була схильність учасників жити в пам'яті, порівнюючи свою нинішню ситуацію з епізодами та періодами в минулому. У цьому минулому часто виникає перенесення на психолога, тому що учасники згадують себе в спілкуванні з певними людьми (причому часто учасники не приховують цього ні від себе, ні від співрозмовників, кажучи, на кого вони схожі).

У цьому блоці програми акцент було зроблено на ідентифікації учасниками себе в системі соціальних стосунків та оптимізації ставлення до цієї системи і до себе.

На цьому етапі основна увага приділялася закріпленню нових моделей поведінки та розвитку навичок самоаналізу. Заняття «Десять секретів щастя»  
Мета: доповнити й узагальнити знання, отримані на попередньому занятті.

Хід заняття: 1. Вправа «Привіт, світе!».

2. Короткий огляд попереднього змісту.

3. Лекція «Десять секретів щастя».

4. Зворотний зв'язок.

5. Рефлексія; ритуал завершення роботи.

Вправа «Рукоштовування»: 1. «Привіт, світе» Кожен учасник називає своє ім'я і вітає групу, вимовляючи таку фразу: «Доброго ранку, світе».

2. Короткий огляд попереднього матеріалу.

3. Лекція «Десять секретів щастя». Запитайте будь-яку людину, чого вона найбільше хоче від життя. На запитання, чого вони найбільше хочуть від життя, найпоширенішою відповіддю буде: «Я просто хочу бути щасливим». То чому ж так мало осіб щасливі? Чому антидепресанти є однією з найбільш швидкозростаючих галузей фармацевтичного виробництва? Чому так мало людей вважають себе щасливими? Можливо, ми шукаємо щастя не там, де потрібно.

Ми всі здатні бути щасливими, незалежно від нашого доходу, професії чи місця проживання. Незалежно від того, якою є наша поточна життєва ситуація, ми можемо не тільки бути щасливими, а й відчувати щастя у всій його повноті.

Справжнє щастя – це не відсутність депресії та страждань, а радість, задоволення й ентузіазм щодо життя. Це не означає, що особистість може або повинна завжди бути в екстазі. Адже в житті бувають моменти, коли особистість стикається з власною трагедією або втратою, що не може не викликати природного смутку, нарікань і розчарувань.

Однак є способи впоратися з цими переживаннями, і дуже часто життєві випробування та негаразди можна перетворити на тріумф.

Перший секрет – це сила стосунків. Моє щастя залежить від мого ставлення до життя. Я щасливий тільки настільки, наскільки щасливе моє ставлення до життя. З цього моменту я починаю налаштовувати свій розум на те, щоб почуватися щасливішим. Якщо я хочу досягти кращого результату, я зазвичай можу його досягти.

Щастя можна вибрати де завгодно і коли завгодно. Можна знайти перспективу, в якій кожен досвід матиме позитивний сенс. Відтепер я шукатиму позитив у всьому й у всіх. У будь-якій важкій або стресовій ситуації ви маєте

запитати себе: що прекрасного в цій ситуації? Що чудового в цій ситуації? Що ще не ідеально? Що я можу зробити, щоб поліпшити ситуацію й отримати задоволення від процесу?

Насіння справжнього щастя – це вдячність. З цього моменту я шукаю, за що можна бути вдячним. Тільки мої думки визначають, щасливий я чи нещасливий, а не зовнішні обставини. Контролюючи свої думки, я контролюю своє щастя.

Другий секрет – це фізична сила. Фізичні вправи впливають на емоції. Вправи запускають в організмі хімічні реакції, які знімають стрес і покращують настрій. Займатися спортом потрібно регулярно, по можливості щодня, не менше 30 хвилин. Відчуття впливають на поставу. Бадьора постава допомагає почуватися щасливим. Щастя можна усвідомлено викликати в будь-який момент за допомогою «якоря».

Харчування впливає на почуття. Слід уникати депресантів, таких як кава, чай, алкоголь, продукти з високим вмістом цукру і штучні добавки, і намагатися вживати більше овочів, фруктів, грубих зернових і бобових.

Нестача природного світла погіршує настрій. Хоча б одну годину на день потрібно проводити на свіжому повітрі.

Третій секрет – сила моменту. Щастя не в роках, місяцях, тижнях чи днях, а в кожній миті. Ви зможете витягти зі свого життя максимум користі, тільки якщо будете дорожити кожною миттю. Спогади – це накопичення особливих моментів. Життя в моменті позбавляє жалю, долає тривогу і знімає стрес. Пам'ятайте, що кожен новий день – це новий початок і нове життя.

Четвертий секрет – сила самосприйняття. Щоб подолати комплекси й негативні переконання про себе та створити позитивне уявлення про себе, необхідно – визначити, як виникли негативні переконання і чи є вони обґрунтованими (якщо вони обґрунтовані, то ви маєте бути відкриті для зміни себе).

П'ятий секрет – сила мети. Цілі надають нашому життю сенс і зміст. За допомогою цілей ми можемо зосередитися на досягненні радості, а не на

усуненні страждань. Завдяки цілям варто вставати з ліжка вранці. Цілі роблять важкі часи легшими, а радісні – приємнішими.

Метод «Крісло-гойдалка» дає змогу вам обратити цілі на все життя або на певний короткий період часу. Запишіть усі свої цілі та перечитуйте їх знову й знову:

- щойно прокинетесь вранці;
- іноді протягом дня;
- безпосередньо перед сном.

Не забувайте повторювати метод крісла-гойдалки не рідше ніж двічі на рік, щоб не втратити інтерес до своїх цілей.

#### 4. Зворотний зв'язок. Рефлексія.

5. Ритуали завершення. Вправа «рукостискання». Кожен учасник потискає руки іншим учасникам і прощається з групою. Сесія «Десять секретів щастя». Мета – доповнити й узагальнити знання, отримані на попередній сесії. Послідовність заняття.

1. Вправа «Я прийшов сюди, тому що...».
2. Короткий огляд попереднього змісту.
3. Лекція «10 секретів щастя».
4. Зворотний зв'язок. Рефлексія.
5. Ритуал завершення. Вправа «Уявні подарунки».

1. Вправа «Я прийшов сюди, тому що...». Кожен учасник вітає себе, називає своє ім'я і завершує речення: «Я... Я тут, щоб...».

2. Коротко проаналізуйте сказане.
3. Лекція «Десять секретів щастя».

Шостий секрет – це сила гумору. Почуття гумору знімає стрес і допомагає почуватися щасливим. Сміх покращує концентрацію і навички вирішення проблем. Шукайте аспект сміху в будь-якій ситуації, і ви його знайдете. Замість того щоб запитувати: «Що не так у цій ситуації? запитайте себе: «Що смішно?» або «Що смішного?».

Якомога частіше звертайтеся до «двокрокової антистресової формули»: пам'ятайте, що більша частина життя складається з дрібниць.

Сьомий секрет – сила прощення. Уміння прощати – це ключ, який відкриває двері до справжнього щастя. Неможливо бути щасливим, якщо ви зберігаєте ненависть і образу. Пам'ятайте, що єдина особа, яка страждає від вашої образи, – це ви самі. Помилки та невдачі – це життєві уроки. Прощайте інших. Прощайте себе.

Восьмий секрет – це сила віддачі. Щастя не приходить від володіння або отримання чогось для себе. Воно полягає у здатності віддавати та допомагати іншим.

Що більше радості та щастя ви даруєте іншим, то більше радості ви даруєте собі. Якщо щодня шукати способи дарувати іншим, ви зможете створити своє власне щастя. Щастя не приходить від володіння або придбання чогось для себе. Воно полягає у здатності віддавати та допомагати іншим. Що більше радості та щастя ви подаруєте іншим, то більше знайдете самі. Якщо ви щодня шукатимете способи допомогти іншим, ви зможете створити своє власне щастя.

Дев'ятий секрет – сила стосунків. Якість вашого життя залежить від якості ваших стосунків з оточуючими. Ніхто не живе на безлюдному острові. Кожна особистість потребує інших. Близькі стосунки роблять хороші часи приємнішими, а важкі – легшими. Розділена радість – подвійна радість, розділена проблема – половина проблеми. Дорожіть кожною людиною, наче ви її більше ніколи не побачите.

Десятий секрет – сила віри. Віра – це основа справжнього щастя. Без віри не може бути міцного щастя. Віра надає людям упевненості, заспокоює розум і звільняє душу від сумнівів, тривог, занепокоєння і страху.

4. Зворотний зв'язок. 5. Роздуми. Ритуали для завершення роботи.

Вправа «Уявні подарунки». Кожен учасник дарує уявний подарунок іншому учаснику на свій розсуд. Слід зазначити, що використання організаційних умов у реалізації «Програми соціально-психологічної підтримки військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в

умовах воєнного стресу», відбувалося також завдяки активізації взаємодії учасника, який одужує, із соціальним мікросередовищем через участь у різноманітних індивідуальних і колективних соціально значущих видах діяльності.

Участь у різних видах соціально значущої діяльності сприяла розвитку власних цінностей і настанов. Важливим доповненням до комплексу психокорекційних заходів стала цілеспрямована робота з ціннісною сферою осіб, які переживають наслідки ПТСР. Доцільність такого напряму обумовлена тим, що психотравматичний досвід нерідко супроводжується переосмисленням життєвих цілей, втратою смислів, порушенням цілісності системи особистісних цінностей та зниженням віри у власні можливості. У зв'язку з цим під час реалізації програми особлива увага приділялася усвідомленню учасниками власних ціннісних пріоритетів, відновленню життєвих смислів, актуалізації внутрішніх ресурсів та формуванню позитивної перспективи майбутнього.

Робота з ціннісною сферою здійснювалася через вправи на рефлексію особистісно значущих життєвих цілей, аналіз індивідуального досвіду подолання труднощів під час спрямування зусиль з боротьбою проти несправдливості, усвідомлення власних сильних сторін, а також визначення цінностей, які можуть слугувати внутрішніми орієнтирами у процесі психологічного відновлення. Такі заходи сприяли підвищенню рівня особистісної осмисленості життя, зміцненню самооцінки, розвитку відчуття суб'єктності та відповідальності за власне життя.

Залучення ціннісно-сміслового компонента до структури програми посилювало ефективність усіх попередньо описаних заходів, оскільки забезпечувало не лише зменшення проявів психологічного дистресу, а й створювало підґрунтя для відновлення внутрішньої цілісності особистості, формування стійкої мотивації до подальшого розвитку та успішної соціально-психологічної адаптації.

Для підвищення рівня підготовленості фахівців, які надають соціально-психологічну підтримку учасникам, було організовано навчальні семінари за

темами: «Соціально-психологічна підтримка військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу», «ПТСР – психологічна природа, прояви та наслідки», «Засоби психокорекції та терапії ПТСР у військовослужбовців та цивільних осіб в умовах воєнного стресу», соціально-психологічний тренінг; круглі столи за участю міждисциплінарних груп експертів.

Крім того, було організовано освітні заходи, спрямовані на підвищення обізнаності щодо ПТСР та воєнного стресу, та їхнього впливу на життя людей, розроблено конкретні методичні рекомендації для фахівців, які реалізують модульні методики соціально-психологічної підтримки постраждалих військових та цивільних осіб на психокорекційному та реабілітаційному етапах, а також для уточнення змісту соціально-психологічної підтримки таких людей використано науково-методичну літературу та електронні матеріали.

Був розроблений список ресурсів. Проведено кількісне та якісне оцінювання результатів дослідження та експерименту на етапі аналізу (психокорекційний та реабілітаційний етап) системи соціально-психологічного супроводу військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу.

Ефективність системи соціально-психологічного супроводу учасників перевірялася за допомогою порівняльної діагностики контрольної та експериментальної груп. Для математичного опрацювання результатів експериментальної роботи використовувалися ті самі методи, що й на констатувальному етапі дослідження. Це дало змогу порівняти результати та визначити ефективність системних заходів формувального впливу.

Розроблені критерії, показники та рівні оцінювання готовності учасників до продовження соціально значущої діяльності, що може розглядатися як результат соціально-психологічного супроводу, дали змогу оцінити рівень такої готовності (високий, середній і низький) та її окремі компоненти (когнітивний, мотиваційний і поведінковий).

Таким чином, активізація ресурсних можливостей і реалізація адаптаційного потенціалу учасників стає можливою за наявності надійного психологічного ресурсу саморегуляції. Збереження здатності учасників до саморегуляції є умовою оптимізації потенційних ресурсів і модифікації діяльності шляхом перебудови системних зв'язків у плані соціальної та психологічної підтримки. Спеціально організоване середовище, що гарантує процес цілеспрямованої діяльності, наявність творчого почуття безпеки та адекватної міжособистісної взаємодії, особливо в тематичних групах, є визначальними чинниками для оптимізації особистісного ресурсу адаптивності учасників.

Нова організація життєдіяльності та вираження особистої суб'єктності можуть розглядатися як критерії ефективності оптимізації особистісних ресурсів на психокорекційному та реабілітаційному етапах. Досягнення особистісної суб'єктності, перехід до нової організації особистого життя, досягається завдяки зміщенню акценту із зовнішніх на внутрішні цілі психологічного механізму втручання, що являє собою процес взаємодії в системі соціально-психологічної підтримки. Особиста суб'єктність дає змогу виявляти індивідуальну активність, гнучкість дій і креативність, що, своєю чергою, визначає спосіб організації життя і здоров'я індивіда.

### **3.2. Аналіз результатів застосування програми у роботі з військовими та цивільними особами, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу**

На етапі формувального експерименту досліджуваних було розподілено на 2 групи – залежно від віку та статусу: перша група (28-35 рр.) – 60 (45,5%) осіб (військовослужбовці та цивільні особи, постраждалі на ПТСР в умовах воєнного стресу) та друга група (36-42 рр.) – 50 (44,6%) осіб (військовослужбовці та цивільні особи, постраждалі на ПТСР в умовах воєнного стресу).

Контрольна група (КГ) на цьому етапі включала 25 учасників, які не отримували формувальних втручань. Експериментальна група I (ЕГ) - учасники,

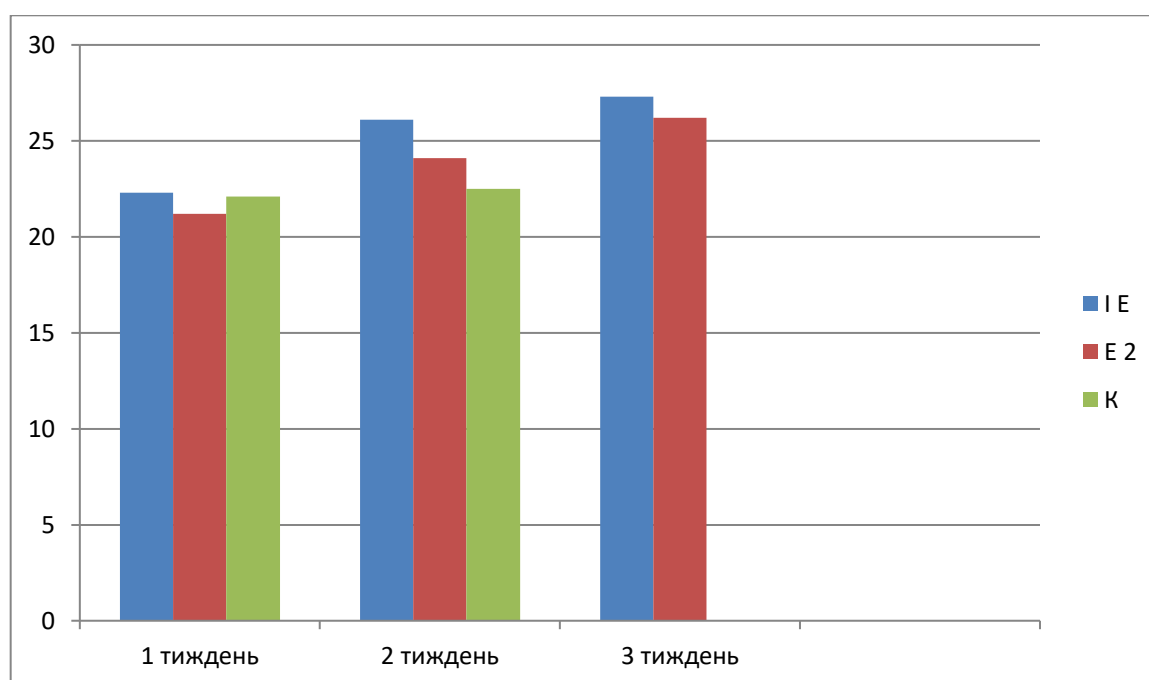
військовослужбовці та цивільні особи, які постраждали на ПТСР в умовах воєнного стресу (18 і 16 осіб), Експериментальна група II (ЕГ) – військовослужбовці та цивільні особи, які постраждали на ПТСР в умовах воєнного стресу (20 і 18 осіб). Розподіл вибірки надано у табл. 3.9.

Таблиця 3.9

### Аналіз вибірки формувального етапу дослідження

Група	Вік	Кількість
I EG (військовослужбовці й цивільні особи)	28-35 років	18 16
II EG (військовослужбовці й цивільні особи)	36-42 роки	20 18
К	28-42 років	25

Когнітивне функціонування після реалізації формувальних заходів соціально-психологічної підтримки досліджували за допомогою тесту MMSE. Результати засвідчили, що у віковій підгрупі учасників 28-35 рр. у I EG мінімальний показник становив  $23,7 \pm 0,45$  бала ( $p \leq 0,05$  порівняно з даними контрольної групи у К); у II EG -  $24,8 \pm 0,51$  бала ( $p \leq 0,05$ ); у I E -  $26,1 \pm 0,10$  ( $p \leq 0,05$ ) (див. рис. 3.1).



**Рис. 3.1. Реалізація формувальних заходів соціально-психологічної підтримки досліджували за допомогою тесту MMSE.**

За результатами тестування через три тижні реалізації формувальних заходів й формувальних впливів в учасників різних груп із когнітивними порушеннями можна вважати статистично значущим. Зокрема, поліпшення когнітивних функцій збільшилося у 2,4 рази ( $p \leq 0,05$ ) у групі 28-35 рр. і у 2,0 рази ( $p \leq 0,05$ ) у групі 36-42 рр.

Результати контент-аналізу описів суб'єктивного сприйняття свого життя після інституційного втручання засвідчили тенденцію до оцінювання себе збоку, особисту залученість у групу, внутрішню і зовнішню дистанційованість від власних почуттів, рішень і дій. Це сприяє процесу усвідомлення і переосмислення свого життя, головним чином у плані соціальної та психологічної підтримки, а також переоцінці своїх стосунків з оточуючими.

У табл. 3.10 наведено результати дослідження динаміки вибору стратегій самоопанування досліджуваними експериментальної та контрольної груп до (зріз I) і після (зріз II) формувального періоду дослідження.

*Таблиця 3.10*

**Динаміка вибору стратегій самоопанування військовослужбовцями та цивільними особами, постраждалими на ПТСР в умовах воєнного стресу**

Стратегії самоопанування	Експериментальна група			Контрольна група	
	1 зріз	2 зріз	TSt	Середнє значення	TSt
	Середнє значення				
Розв'язання проблем	22,1	23,0	0,91	25,1	1,87
Пошук соціальної підтримки	19,1	23,2	2,07	21,7	1,71
Уникнення	26,6	24,1	3,01	18,6	5,5

Примітка:  $p \leq 0,05$

В експериментальній групі всі показники шкал тесту відповідали середнім значенням після участі в вимірюванні формувальних впливів. Значущі відмінності за шкалами «соціальна підтримка» ( $p \leq 0,05$ ) і «стратегії уникнення»

( $p \leq 0,05$ ) свідчать про те, що досліджувані цієї групи перерозподілили свої можливості з дезадаптивних стратегій «уникнення» на адаптивні стратегії – «розв'язання проблем» і «пошук соціальної підтримки». Показники контрольної групи не змінилися.

Таким чином, під впливом заходів формувального впливу спостерігається значна корекція когнітивних порушень. Це дослідження показує, що використання інтерактивних групових процесів як позитивної соціальної підтримки може змінити поведінкові стратегії на адаптивні.

Отже, стратегії самоопанування можна розглядати як важливий етап саморегуляції в структурі адаптивного потенціалу учасників. У груповій роботі учасникам надається можливість максимально використовувати інтерактивні процеси групи, що призводить до згуртування, вселення надії, переживання стану універсального досвіду та усвідомлення екзистенційних проблем.

Крім того, ефективність розробленої програми соціально-психологічної підтримки військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу підтверджується підвищенням їхньої адаптивності за соціально-психологічними параметрами.

До них належать показники позитивного ставлення до життя, психоемоційного стану, ставлення до свого здоров'я, усвідомлення його цінності, рівня самооцінки, орієнтації на здоров'я, конструктивних стратегій самоопанування і готовності використовувати соціальну підтримку як додатковий соціальний ресурс.

Загалом результати, отримані в контрольній групі, свідчать про те, що ефективність системи соціально-психологічної підтримки військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу залежить від їхніх адаптаційних можливостей та організаційних умов, створених для реалізації цієї програми.

Розроблені технології соціально-психологічної підтримки військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу та реалізація програм (психокорекції та реабілітації) з

активізації ресурсних можливостей військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу підвищення їхнього адаптаційного потенціалу сприяють підвищенню рівня готовності учасників програми до інтеграції в суспільство, що засвідчив аналіз достовірності результатів дослідження.

Участь учасників у різноманітній індивідуальній та колективній соціально значущій діяльності значно знизила рівень їхньої тривожності та кількість проявів депресивних і агресивних станів. Основним наслідком участі в соціально значущій діяльності було визнано підвищення трудової мотивації.

З огляду на результати формувального етапу дослідження, зміни в сферах самосприйняття досліджуваних, емоційно-вольової, мотиваційно-ціннісної засвідчили, що важливим чинником є соціально-психологічна підтримка, загальні показники якої значно збільшилися з розширенням соціальних мереж. Також показники емоційної підтримки значно збільшилися, як і загальна задоволеність соціально-психологічною підтримкою. У контрольній групі статистично значущих відмінностей у динаміці цих показників не було.

Таким чином, ефективна реалізація Програми соціально-психологічної підтримки військовослужбовців і цивільних осіб, які постраждали від наслідків ПТСР в умовах воєнного стресу, потребує створення належних організаційно-психологічних умов, упровадження технологій соціально-психологічного супроводу та цілеспрямованої актуалізації особистісних ресурсів. Важливими складовими програми виступають заходи, спрямовані на розвиток навичок конструктивного прийняття життєвих обставин, посилення ресурсного потенціалу особистості, підтримку самопрезентації та самореалізації, що сприяють відновленню психологічної рівноваги й підвищенню адаптаційних можливостей постраждалих. Особливого значення в структурі програми набуває аксіологічна складова, спрямована на усвідомлення, переосмислення та відновлення системи особистісних цінностей, життєвих смислів і цілей. Робота з ціннісною сферою забезпечує формування внутрішніх орієнтирів психологічного відновлення, сприяє зміцненню позитивної самооцінки,

розвитку суб'єктності, підвищенню життєстійкості та мотивації до подолання наслідків травматичного досвіду. У сукупності зазначені напрями створюють підґрунтя не лише для успішної соціально-психологічної адаптації військовослужбовців і цивільних осіб, а й для їхнього особистісного зростання, відновлення психологічного благополуччя та повернення до повноцінного функціонування в умовах післятравматичних змін.

### **Висновки до третього розділу**

У цьому розділі було представлено змістовні та процесуальні основи Програми соціально-психологічної підтримки військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу і проведено аналіз її ефективності.

На формувальному етапі дослідження учасники першої та другої експериментальних груп військовослужбовці та цивільні особи (28-35 рр. і 36-42 рр. відповідно) були розділені на підгрупи (контрольна і дві експериментальні групи). Учасники експериментальної групи брали участь у вимірюванні соціально-психологічної підтримки залежно від її тривалості (1 тиждень, 2 тижні і 3 тижні). Контрольна група (К) на цьому етапі включала 25 учасників, які не отримували формувальних втручань. Експериментальна група I (Е) - учасники, військовослужбовці та цивільні особи, які постраждали на ПТСР в умовах воєнного стресу (18 і 16 осіб), Експериментальна група II (Е) – військовослужбовці та цивільні особи, які постраждали на ПТСР в умовах воєнного стресу (20 і 18 осіб).

Протягом перших тижнів підгрупи збиралися шість днів на тиждень, а у останній тиждень – чотри рази на тиждень. Після завершення контрольних замірів учасникам експериментальної групи були запропоновані продовження занять у форматі груп взаємопідтримки.

Зокрема, згідно з дослідницьким підходом М. Чіксентмігаї, К. Райфа, М. Селігмана та Б. Сінгера, методів, спрямованих тільки на позбавлення

особистості від проблем і симптомів, що заважають повноцінному функціонуванню в суспільстві, недостатньо. Не менш важливо стабілізувати позитивні характеристики особистості, які можуть відігравати профілактичну, стресостійкість та буферну роль, створюючи можливість успішної адаптації та успішного функціонування, особливо для забезпечення можливості запобігання негативним наслідкам травмування в майбутньому.

Програма соціально-психологічної підтримки військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу має три рівні: корекційного, відновлювального та профілактичного.

На корекційному рівні «Програми соціально-психологічної підтримки військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу» було розроблено організаційні умови, необхідні для підвищення ефективності та результативності системи. Враховували особливості когнітивних порушень і соціально-психологічні характеристики учасників з метою актуалізації їхніх адаптивних можливостей та активного залучення в соціально значущу діяльність.

На рівні відновлювання «Програми соціально-психологічної підтримки військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу» було реалізовано організаційні умови з активізації ресурсного потенціалу військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу і підвищення їхніх адаптивних можливостей із впровадженням розробленої нами технології соціально-психологічного супроводу.

Перший блок програми був спрямований на стабілізацію емоційного стану, підвищення рівня рефлексії, стимулювання адаптаційного потенціалу, життєстійкості та толерантності до невизначеності. Другий блок програми стимулював процес моделювання середовища шляхом згадування позитивних подій минулого та визначення «свого місця» в ньому. Цей механізм передбачає формування цілісного ставлення до свого минулого, сьогодення і майбутнього, пошук нового осмисленого напрямку життя, зміну самоприйняття і розвиток

позитивних стосунків у системі соціальної та психологічної підтримки. У третьому блоці програми використовували низку методичних прийомів, спрямованих на усвідомлення позитивного життєвого позиціонування і своїх життєвих можливостей, прийняття себе, усвідомлення важливості соціально-психологічної підтримки та інтеграції в суспільство.

Методи програми включали групові дискусії, елементи тренінгу життєстійкості, креативності, психосоматичної саморегуляції, психогімнастику, візуальні та наративні методи, лекції, висловлювання та метафоричні ігри; роботу в парах і групах, художню творчість та інші види самовираження, артистичні техніки й тілесно-орієнтовані методи, комбінований зворотній зв'язок і рефлексію, спрямовану на гармонізацію взаємодії когнітивних, інтелектуальних, вольових та емоційних функцій.

У Програмі соціально-психологічної підтримки військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу поступово ускладнювалися та збагачувалися програмні заняття, найефективнішими з яких стали «Ритми навколо та всередині нас», «Якщо хочеш змінити світ, почни з себе», «Колаж життя», «15 правил мудреця», «Звички щасливих людей», «Лабіринт себе» та «Десять секретів щастя» стимулювали когнітивну, регуляторну, мотиваційну та поведінкову сфери, допомагали реалізувати потенційні особистісні ресурси та підвищували адаптаційний потенціал учасників.

Організаційні технології Програми соціально-психологічної підтримки військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу також реалізовувалися через активізацію взаємодії учасників із соціальним мікросередовищем через участь у різних видах індивідуальної та колективної соціально значущої діяльності. Участь у різних видах соціально значущої діяльності сприяла розвитку власних цінностей та настанов, особливо у сфері здоров'я.

У рамках заходів формувального етапу дослідження, спрямованих на підвищення рівня професійної готовності до підтримки військовослужбовців та

цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу, було організовано навчальні семінари за темами: «Соціально-психологічна підтримка військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу», «ПТСР – психологічна природа, прояви та наслідки», «Засоби психокорекції та терапії ПТСР у військовослужбовців та цивільних осіб в умовах воєнного стресу», соціально-психологічний тренінг, круглі столи за участю міждисциплінарних експертних груп.

Було розроблено конкретні методичні рекомендації для спеціалістів, які реалізують Програму соціально-психологічної підтримки військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу, а для уточнення змісту соціально-психологічного супроводу таких людей – науково-методичну літературу та електронний список ресурсів.

На рівні аналізу Програми соціально-психологічної підтримки військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу проведено кількісну та якісну оцінку результатів анкетування та експерименту. Ефективність програми перевірялася за допомогою порівняльної діагностики контрольної та експериментальної груп.

Розроблені критерії, показники та рівні оцінювання готовності учасників до виконання соціально значущої діяльності, що може розглядатися як результат соціально-психологічного супроводу, дали змогу оцінити рівень такої готовності (високий, середній і низький) та її окремі компоненти (когнітивний, мотиваційний і поведінковий). Результати засвідчили, що показники когнітивних функцій покращилися й збільшилися у 2,4 рази ( $p \leq 0,05$ ) у групі 28-35 років і у 2,0 рази ( $p \leq 0,05$ ) у групі 36-42 років.

Таким чином, під впливом заходів формувального впливу спостерігався значна корекція когнітивних порушень. Ефективність розробленої Програми соціально-психологічної підтримки військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу за соціально-психологічними параметрами підвищила їхні адаптаційні можливості, зокрема, активну життєву позицію, психоемоційний стан, систему ставлення до власного здоров'я,

усвідомлення його цінності, рівень самооцінки, орієнтацію на здоров'я та конструктивність копінг-стратегій, що підтверджується поліпшенням показників готовності використовувати соціальну підтримку як додатковий соціальний ресурс. Участь учасників у низці індивідуальних і колективних соціально значущих заходів значно знизила рівень їхньої тривожності та кількість проявів депресивних/агресивних станів.

Загалом результати, отримані в контрольній групі, свідчать про те, що ефективність Програми соціально-психологічної підтримки військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу залежить від їхнього адаптаційного потенціалу та організаційних умов, створених для реалізації цієї системи. Про підвищення рівня готовності до інтеграції в суспільство свідчить аналіз достовірності результатів дослідження, а також розроблені методики соціально-психологічної підтримки військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу, що активізують їхні ресурсні можливості в напрямі реалізації потенційних особистісних ресурсів, самопрезентації та самореалізації життєвих навичок, конструктивного прийняття соціально-психологічної підтримки. Цьому сприяє реалізація програм, спрямованих на підвищення їхнього адаптаційного потенціалу.

Таким чином, створення організаційних умов, необхідних для реалізації Програми соціально-психологічної підтримки військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих від ПТСР в умовах воєнного стресу, впровадження технологій соціально-психологічного супроводу, активізація особистісних ресурсів і розвиток адаптаційного потенціалу забезпечують суттєве підвищення ефективності психологічного відновлення та соціальної адаптації постраждалих. Водночас результати формульованого експерименту засвідчили особливу значущість аксіологічної складової програми, спрямованої на відновлення та переосмислення системи особистісних цінностей, життєвих смислів і цілей. Робота з ціннісною сферою сприяла підвищенню самооцінки, усвідомленню цінності власного життя і здоров'я, формуванню позитивної життєвої

перспективи, розвитку відповідального ставлення до себе та оточення. Саме інтеграція ресурсного й аксіологічного компонентів програми створила умови не лише для зменшення проявів посттравматичних порушень, а й для зміцнення життєстійкості, відновлення суб'єктності особистості та її посттравматичного зростання, що забезпечує більш успішну соціально-психологічну адаптацію військовослужбовців і цивільних осіб в умовах наслідків воєнного стресу.

## ВИСНОВКИ

У роботі подано теоретичні узагальнення та нові розв'язання проблеми визначення характеристик «Програми соціально-психологічної підтримки військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу» і зроблено такі висновки:

1. Теоретико-методологічний аналіз сучасних наукових підходів до вивчення проблеми соціально-психологічної підтримки військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу, показує, що соціально-психологічна підтримка військовослужбовців та цивільних осіб із ПТСР розглядається як стратегія, процес і діяльність. Вона включає соціальний та психологічний компоненти, які визначають адаптивний потенціал особистості.

Соціально-психологічний супровід військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу – це особливий вид діяльності, зміст якого визначається соціально-психологічними характеристиками військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу та включає взаємопов'язані й залежні компоненти – соціальний (стосунки із суспільством) і психологічний (особливості функціонування в когнітивній, мотиваційній та поведінковій сферах), вони визначають адаптивний потенціал.

Як чинники соціально-психологічної підтримки вказуються риси особистості і сприйняття себе людиною, якій надається підтримка/підтримка, соціокультурні характеристики, особливості мережі соціальної підтримки, ситуаційний контекст і особистий досвід.

Підкреслюється, що основним джерелом піклування про соціально-психологічну підтримку військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу є їхні перспективи як потенційно важливий чинник їхнього психологічного та фізичного благополуччя.

2. Запропоновано модель соціально-психологічної підтримки військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах

воєнного стресу, що має системний, поетапний і багатокomпонентний характер. Вона включає п'ять модулів: соціально-психологічний, соціально-медичний, соціально-правовий, соціально-економічний та соціально-педагогічний, які забезпечують комплексність супроводу та інтеграцію постраждалих у соціальне середовище.

Показано, що програма співпраці з військовослужбовцями та цивільними особами постраждалими на ПТСР в умовах воєнного стресу має поетапний, системний і багатокomпонентний характер. Технології соціально-психологічної підтримки включали індивідуальну та групову роботу і були поділені на п'ять модулів: соціально-психологічний, соціально-медичний, соціально-правовий, соціально-економічний та соціально-педагогічний.

3. Емпіричні дані об'єктивно показали, що когнітивна дисфункція у військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу здебільшого проявляється помірними та високого рівня когнітивними порушеннями зі зниженням окремих когнітивних функцій (пам'яті, уваги, розумової працездатності), без ознак сімейної та соціальної дезадаптації.

Соціально-психологічними характеристиками військовослужбовців та цивільних осіб у структурі адаптивності були їхня життєва позиція, ставлення до себе і свого здоров'я, уявлення про свою цінність, психоемоційний стан, рівень самооцінки, майбутнє і суб'єктивна оцінка тривалості часової перспективи, ставлення до життєвих ситуацій, особливо до «дистанціювання» та «соціального», що взаємопов'язані з використанням таких стратегій упоралося, як «дистанціювання» і «пошук підтримки».

Водночас триваліша життєва перспектива, нижчий рівень смертності, незалежність та автономність, здатність самостійно ухвалювати рішення і брати на себе відповідальність, позитивне ставлення до себе та вміння використовувати соціальні ресурси позитивно впливали на стан досліджуваних, сприяючи підвищенню адаптаційних можливостей і швидшому відновленню.

Встановлено, що оцінка психосоціальної підтримки пов'язана із суб'єктивною оцінкою емоційної складності стресових ситуацій, пов'язаних із наслідками ПТСР, психосоціальними параметрами реальних соціальних мереж (широта, щільність і структура), а також з емпатією як соціально значущою рисою особистості, справедливістю як чиннику морального вибору і цілісності особистості як критерію її психічного здоров'я.

4. Розроблено «Програму соціально-психологічної підтримки військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу», яка реалізується на корекційному, відновлювальному та профілактичному рівнях.

Ефективність Програми соціально-психологічної підтримки військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу забезпечується створенням відповідних організаційно-психологічних умов через упровадження розробленої технології соціально-психологічної підтримки військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу та реалізацію потенційних особистісних ресурсів, самопрезентацію і блокування життєвої самореалізації для активізації ресурсних можливостей і підвищення адаптаційного потенціалу військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу. Важливою складовою Програми є робота з ціннісною сферою особистості, яка передбачає усвідомлення та переосмислення життєвих цінностей, смислів і цілей, порушених або деформованих унаслідок травматичного досвіду. Відновлення ціннісно-смыслових орієнтирів сприяє підвищенню самооцінки, зміцненню суб'єктної позиції, формуванню позитивної життєвої перспективи та готовності до подолання наслідків ПТСР.

Програма довела ефективність розробленої системи підтримки військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу. Результати апробації Програми підтвердили її ефективність у підвищенні адаптаційних можливостей, життєстійкості, конструктивності копінг-стратегій, покращенні психоемоційного стану та соціального

функціонування військовослужбовців і цивільних осіб, постраждалих від ПТСР в умовах воєнного стресу. Отримані результати дають підстави розглядати запропонований у програмі зміст соціально-психологічної підтримки як такий, що забезпечує не лише подолання негативних наслідків психотравматизації, а й сприяє особистісному та посттравматичному зростанню.

**Перспективи подальших досліджень** вбачаємо у вивченні вікових і гендерних особливостей соціально-психологічної підтримки військовослужбовців і цивільних осіб, постраждалих від ПТСР, поглибленні досліджень ролі ціннісно-сміслової сфери та самооцінки у процесах психологічного відновлення й посттравматичного зростання, а також у вдосконаленні програм професійної підготовки фахівців, які працюють із цією категорією населення.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Блінов О. А. Вплив страху на психологічний ресурс особистості військовослужбовця. *Вісник Одеського Національного університету. Серія Психологія*. 2011. Т. 16. Вип. 11 (ч. 1). С. 329–336.
2. Блінов О. А. Бойова психічна травма : монографія. К.: Талком, 2019. 700 с. ISBN 978-617-7832-14-9.
3. Блінов О. А. Психологія бойового стресу : автореф. дис. ...д-ра психол. наук : [спец.] 19.00.04 «Медична психологія»; Ін-т психології імені Г. С. Костюка. К., 2020. 45 с.
4. Блінов О. А. Бойовий стрес та результати його емпіричного дослідження. *Психологічний часопис* : зб. наук. пр. / за ред. С. Д. Максименка. Інститут психології імені Г.С. Костюка Національної академії педагогічних наук України, 2018. № 2 (12). Вип. 12. С. 9-22. URL : <http://www.apsijournal.com/index.php/psyjournal/article/view/257/210>
5. Бондаренко О.Ф. Метапсихологічний контекст психологічної допомоги. *Педагогіка і психологія*. 2002. № 4. С. 4-12.
6. Бондарчук О.І. Суб'єктивне благополуччя як індикатор успішного життєвого шляху. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. Сєверодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2018. № 3 (47). Т. 3. С. 37-47.
7. Борисюк А.С., Максименко С.Д., Кузікова С.Б. та ін. Особистість як суб'єкт подолання кризових ситуацій: психологічна теорія і практика: монографія. Суми: Вид-во СумДПУ імені А.С. Макаренка, 2017. С. 357-377.
8. Боришевський М.Й. Психологічні детермінанти особистісної саморегуляції поведінки. *Розвиток педагогічної і психологічної наук в Україні*. Х.: ОВС, 2002. Ч. 1. С. 516-527.
9. Бохонкова Ю.О. Системність та синергетизм як основа реалізації випереджальних стратегій поведінки особистості в умовах трансформаційних змін сучасного соціуму. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*: зб. наук.

праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. Сєверодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2015. № 2 (37). С. 104-157.

10. Варій М. Й. Загальна психологія: підручник. Львів. держ.ун-т безпеки життєдіяльності. К. : Знання, 2014. 1047 с. ISBN 978-966-364-817-0

11. Васьківська С.В. Основи психологічного консультування. К.: Ніка-центр, 2011. 424 с. ISBN: 966-529-064-9

12. Васютинський В.О. Психологічні виміри спільноти: монографія. К.: Золоті ворота, 2010. 120 с.

13. Ващенко І.В., Власова О.І., Данилюк І.В., Щербина В.Л. Досвід міждисциплінарного дослідження розвитку цілісної особистості в контексті соціально-економічних криз. *Психологія і особистість*. 2016. № 2 (10). Ч. 1. С. 116-127.

14. Гейко Є.В., Психологічні особливості цілісного підходу щодо соціалізації обдарованої учнівської молоді в умовах сучасного освітнього простору. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи*: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2023, № 2 (61). С. 45-59 DOI:10.33216/2219-2654-2023-61-2-45-59

15. Гейко Є.В., Соціально-психологічні особливості прояву цілісності особистості *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи*: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2021, №2(55). С. 156-166. DOI:10.33216/2219-2654-2021-55-2-156-166

16. Гейко Є.В., Матвєєв В.Н., Олійник Д.І., Стригуновський С.О., Мороз О.В., Захарченко Б.О. Соціально-психологічні особливості прояву когнітивно-стильових характеристик у полісистемній цілісності особистості. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи*: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, DOI: <https://doi.org/10.33216/2219-2654-2024-65-3-1-5-16>

17. Гейко Є.В. Соціально-психологічний аналіз професійної діяльності фахівців соціономічного профілю на різних стадіях їх професіоналізації та з позицій квалітативно-проектної парадигми. Соціально-психологічні засади особистісно-професійної адаптації фахівців соціономічного профілю: монографія. За наук. ред. Н.Є. Завацької, І.Є. Жигаренка. К.: ПВТП «LAT&K», 2023. С. 37-45.

18. Гейко Є.В. Психологічні основи соціальної мобільності особистості в період криз: монографія. Завацький Ю.А., Бурлакова І.А., Заверуха О.Я., Завацька Н.Є. За наук. ред. Ю.А. Завацького. К.: ПВТП «LAT&K», 2023. 300 с

19. Герасименко Л.О., Скрипніков А.М., Ісаков Р.І. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад: навчальний посібник. К. : ВСВ «Медицина», 2023. 120 с. ISBN 978-617-505-921-0

20. Гошовський Я.О., Гошовська Д.Т. Психологічна реінтеграція особистості в умовах глобальних трансформацій: засадничі положення. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. Сєверодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2015. № 3 (38). С. 134-142.

21. Гоян І., Будз В. Феноменологія мотивації особистості та її самоорганізаційний характер. *Психологія особистості*: наук. теор.-метод. і прикладн. психол. журн. Івано-Франківськ: Вид-во ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника», 2021. Т. 11, №1. С. 12-20. DOI: <https://doi.org/10.15330/ps.11.1.12-20>

22. Гребінь Л. О. Особливості практики надання психологічної допомоги пораненим військовослужбовцям. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій. Методичний посібник. З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко, Л. О. Гребінь, Царенко Л. Г.; за ред. З. Г. Кісарчук. К. : ТОВ Видавництво «Логос». 2020. 207 с. ISBN 978-966-171-878-3

23. Грідковець Л. Криза життєвих втрат. Михайлов Б.В., Чугунов В.В., Курило В.О., Саржевський С.Н. Посттравматичні стресові розлади: Навчальний

посібник. Під заг. ред. проф. Б. В. Михайлова. Вид. 2-е, перероблене та доповнене. Х. : ХМАПО. 2014. С. 32 – 39. URI: <http://dspace.zsmu.edu.ua/handle/123456789/2747>

24. Давіденко К. Посттравматичний стресовий розлад: рекомендації з профілактики та лікування. Український медичний часопис. 2019. 22 липня. URL: <https://www.umj.com.ua/article/159875/posttravmatischnij-stresovij-rozlad-rekomendatsiyi-zprofilaktiki-ta-likuvannya>

25. Данилевич Л., Сафін О., Шулдик А. Дослідження феномена посттравматичного зростання у людей, які пережили кризу втрати роботи в умовах війни. Вісник Національного університету оборони України. 2025. № 1 (83). С. 75–81. <https://visnyk.nuou.org.ua/article/view/316435/311969> DOI: 10.33099/2617-6858-25-83-1-75-81

26. Денисенко М.М., Лакінський Р.В., Шестопалова Л.Ф., Лінський І.В. Основні клінічні варіанти постстресових розладів у комбатантів. *Український вісник психоневрології*. 2018. Т. 26. № 2 (95). С. 50-55. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-1>

27. Дигун І.С., Журба А.М., Журба М.А., Завацька Н.С., Завацький В.Ю. Ефективність інтегрованої соціально-психологічної програми реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи*: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2023. № 3 (62). Т. 2. С. 26-37. DOI: <https://doi.org/10.33216/2219-2654-2023-62-3-2-26-37>

28. Діагностичні критерії ДСМ-5 посттравматичного стресового розладу. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Т. 1. К. 2018. С. 126–128. ISBN 978-966-97485-1-5

29. Журавлева Л.П. Особистісне зростання в умовах трансформації сучасного суспільства: монографія. Ред. колегія: Т.В. Коломієць, Т.Ю. Кулаковський, Г.В. Пирог; за наук. ред. проф. Л.П. Журавльової. Житомир: Вид. О.О. Євенок, 2020. 308 с. ISBN 978-966-995-055-0.

30. Журба А.М., Завацький В.Ю. Полімодальний підхід до проблеми подолання посттравматичного стресового розладу внаслідок дії надзвичайних ситуацій. Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету ім. В. Даля. № 3 (62). Т. 1. 2023. С. 170-180. <http://tppjournal.com.ua/n62y2k23a16.html> DOI: <https://doi.org/10.33216/2219-2654-2023-62-3-1-170-180>

31. Завацька Н.Є. Оптимізація соціально-психологічної підтримки при реадaptaції: умови і принципи. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*: зб. наук. праць Східноукраїнського нац. ун-ту імені Володимира Даля. Сєверодонецьк: Вид-во СНУ імені Володимира Даля, 2014. № 2(34). С. 7-12. DOI: <https://doi.org/10.33216/2219-2654>.

32. Завацька Н.Є. Психологічні основи соціальної реадaptaції особистості зрілого віку: дис. ...д. психол. наук: 19.00.05. К. 2010. 455 с.

33. Завацький Ю.А., Українець Л.П., Тоба М.В., Смирнова О.О. Визначення специфіки самообмеження особистості у період ранньої дорослості як чинника її розвитку. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. Сєверодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2019. № 1 (48). С. 254-261. DOI: <https://doi.org/10.33216/2219-2654>.

34. Завацька Н.Є. Адаптаційний потенціал особистості: медико-соціальний вимір: монографія. за заг. ред. Н.Є. Завацької, Р.П. Шевченко. К. : ПВТП «LAT&K». 2019. 239 с.

35. Засекіна Л.В., Засекін С.В., Шевчук О.В. Психолінгвістичний підхід до травматичної пам'яті. LAP LAMBERT Academic Publishing, 2017. 244 с. ISBN-10 6133997486

36. Кісарчук З.Г. Поняття «криза», «психотравма», «посттравматичний стресовий розлад». Михайлов Б.В., Чугунов В.В., Курило В.О., Саржевський С.Н. Посттравматичні стресові розлади : Навчальний посібник. Під заг. ред. проф. Б. В. Михайлова. Вид. 2-е, перероблене та доповнене. Х. : ХМАПО. 2014. С. 8 – 10. ISBN 978-966-171-878-3

37. Клочек Л. В., Савета К. І. Проблематика почуття справедливості в сучасному науковому дискурсі. *Наукові записки. Серія: Психологія*, (1), 2026 59–65. <https://doi.org/10.32782/cusu-psy-2026-1-6>

38. Ковальчук О., Невмержицький В. Профілактика стресових розладів у військового персоналу міжнародних миротворчих місій. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1. К. 2018. С. 55 – 71. ISBN 978-966-370-649-8

39. Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Копаниця О.В., Малхазов О.Р. Зб. методик для психологічної діагностики: метод. посіб. К.: НДЦ ГП ЗСУ. 2011. С. 142-143. ISBN 978-966-2246-78-0

40. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В. Психологічна робота з військовослужбовцями-учасниками АТО на етапі відновлення: Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ. 2017. 282 с. <http://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi75/0055791.pdf>

41. Комар Т.В. Соціальна зрілість особистості як чинник її становлення. *Проблеми сучасної психології*: зб. наук. праць Кам'янець-Подільського нац. ун-ту імені Івана Огієнка; Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Кам'янець-Подільський: Аксіома, 2016. Вип. 34. С. 200-211. DOI: <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2016-34.%25p>

42. Кононенко А.О. Соціально-психологічні аспекти самопрезентації особистості в умовах життєвих змін. *Вісник Одеського національного університету імені І.І. Мечникова*. Серія: Психологія. Одеса: Астропринт, 2016. Т. 21. Вип. 4 (42). С. 127-134. DOI: [https://doi.org/10.18524/2304-1609.2016.3%20\(41\).134524](https://doi.org/10.18524/2304-1609.2016.3%20(41).134524)

43. Корнієнко В.В. Концептуалізація вивчення проблеми соціально-психологічних основ розвитку реабілітаційного потенціалу особистості. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи*: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. Северодонецьк: Вид-во СХУ ім. В. Даля, 2021. № 3 (56). Т. 2. С. 36-45. DOI:10.33216/2219-2654-2021-56-3-2-169-179

44. Коцан І., Ложкін Г., Мушкевич М. Психологія здоров'я людини. Луцьк: Волин. нац. ун-т ім. Лесі Українки, 2011. 352 с. URI <https://ela.kpi.ua/handle/123456789/25834>
45. Костюк Г.С. Навчально-виховний процес і психічний розвиток особистості. К.: Радянська школа, 1989. 608 с. ISBN 5 – 330 – 00643 – 0
46. Кузікова С.Б. Основи психокорекції. К.: Академвидав, 2012. 320 с. ISBN 978-966-580-618-9
47. Литвиненко О.Д. Соціально-психологічні засади розвитку адаптаційного потенціалу молоді в умовах сучасного соціуму: дис. ...д-ра психол. н.: 19.00.05. Ольга Дмитрівна Литвиненко. Сєверодонецьк, 2019. 447 с.
48. Лозінська Н. Психотравма як наслідок травматичного стресу в різних напрямках сучасної психології. *Вісник Національного університету оборони України*. 2019. № 50(2). С. 65–73. DOI:10.33099/2617-6858-2018-50-2-65-73.
49. Максименко Н. Дефініція і клінічні ознаки посттравматичних стресових розладів. Михайлов Б.В., Чугунов В.В., Курило В.О., Саржевський С.Н. (2014) Посттравматичні стресові розлади : Навчальний посібник. Під заг. ред. проф. Б. В. Михайлова. Вид. 2-е, перероблене та доповнене. Х. : ХМАПО. 2014. С. 13 – 15. URI: <http://dspace.zsmu.edu.ua/handle/123456789/2747>
50. Максименко С.Д. Генеза здійснення особистості. К.: Вид-во ТОВ «КММ», 2006. 240 с. ISBN 966-96599-1-4
51. Максименко С.Д. Розвиток психіки в онтогенезі: [В 2 т.]. К.: Форум, 2002. Т. 2. Моделювання психологічних новоутворень: генетичний аспект. К.: Форум, 2002. 335 с. ISBN 966-7786-44-7
52. Марченко А.Д. Життєстійкість особистості в процесі її соціальної реабілітації. *Актуальні питання здоров'язбереження людини у координатах сучасних парадигм*: зб. наук. праць за матеріалами VII Міжнародної науково-практичної конференції (м. Сєверодонецьк, 29-30 грудня 2021 р.). К.: ПВТП «LAT&K», 2021. С. 86-88.
53. Марченко А.Д. Трансформаційний копінг у структурі життєстійкості особистості. *Суспільство і особистість у сучасному комунікаційному дискурсі*:

зб. наук. праць за матеріалами III Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Запоріжжя, 28 квітня 2021 р.). Запоріжжя: НУ «Запорізька політехніка», 2021. С. 266-268.

54. Марченко А.Д., Царенок Л.Б., Завацька Н.Є., Побокіна Г.М., Коваленко В.О. Процес соціальної адаптації особистості: онтогенетичний аспект. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи*: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. Сєверодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2022. № 1 (57). Т. 2. С. 134-141. DOI: <https://doi.org/10.33216/2219-2654-2022-57-1-2-134-141>

55. Методика та організація наукових досліджень з психології: навчально-методичний посібник. Укладачі: В.Й. Бочелюк, В.В. Бочелюк, І.Є. Жигаренко, Н.Є. Завацька. [2-ге вид., перероб. і доп.]. Сєверодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2015. 403 с. ISBN 978-966-364-721-0

56. Михайлишин У.Б., Шмідзен І.Ю., Юхименко І.В. Взаємозв'язок депресивних станів та мотиваційної сфери. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи*: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. Сєверодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2022. № 1 (57). Т. 2. С. 68-80. DOI: <https://doi.org/10.33216/2219-2654-2022-57-1-2-68-80>

57. Михайлов Б.В., Чугунов В.В., Курило В.О., Саржевський С.Н. (2014) Посттравматичні стресові розлади : Навчальний посібник / Під заг. ред. проф. Б. В. Михайлова. Вид. 2-е, перероблене та доповнене. Х. : ХМАПО. 2014. 223 с. URI: <http://dspace.zsmu.edu.ua/handle/123456789/2747>

58. Міщенко Н.В. До проблеми системної соціальної підтримки осіб із кризовими станами в умовах життєвих змін. *Сучасні проблеми гуманітарної науки і практики: філософський, психологічний та соціальний виміри*: зб. наук. праць за матеріалами VI Міжнародної науково-практичної конференції (м. Сєверодонецьк, 25-26 грудня 2017 р.). Сєверодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2017. С. 83-85.

59. Міщенко Н.В. Психологічна готовність фахівців-психологів до здійснення системної соціальної підтримки осіб із кризовими станами. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. Херсон: Гельветика, 2017. Вип. 6. Т. 2. С. 164-169. (Серія «Психологічні науки»). URI <https://dspace.udpu.edu.ua/handle/6789/7710>

60. Моделювання соціально-психологічних систем: теоретико-прикладний аспект: монографія / В.Й. Бочелюк, Н.Є. Завацька, С.А. Білоусов та ін.; за ред. В.Й. Бочелюка. 2-е вид., перероб. і доп. Сєверодонецьк: СНУ ім. В. Даля, 2013. 363 с.

61. Новицька Л.В. Сучасні підходи до попередження і корекції стресових розладів особистості. Медико-психологічні основи здоров'язбереження та фізичної реабілітації особистості в умовах сучасних трансформаційних змін: монографія. За ред. В.А. Шаповалової. Сєверодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2016. С. 27-48.

62. Ободовська, Л., Шавровська, Н. Посттравматичний стресовий розлад: особливості психологічного супроводу. Матеріали конференції МЦНД, 2020. С. 89–91. DOI: <https://doi.org/10.36074/23.10.2020.v1.12>.

63. Олефір В.О. Взаємозв'язок життєстійкості, копінг-стратегій та психологічного благополуччя. *Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна*. Серія: Психологія. 2011. № 981. Вип. 47. С. 168-172. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/VKhIPC\\_2011\\_981\\_47\\_38](http://nbuv.gov.ua/UJRN/VKhIPC_2011_981_47_38).

64. Орап М.О. Наративні технології у подоланні критичних ситуацій життя. Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя: зб. наук. праць за матеріалами II Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Суми, 18-19 лют. 2016 р.). Суми: Вид-во СумДПУ імені А.С. Макаренка, 2016. С. 279-282.

65. Основи психології: підруч. за заг. ред. О.В. Киричука, В.А. Роменця. 6-те вид., стер. К.: Либідь, 2006. 632 с. ISBN: 5-325-00822-6.

66. Основи психотерапії. Під заг. ред. К.В. Седих, О.О. Фільц, Н.Є. Завацька. Полтава, 2013. 247 с. 978-966-580-748-3

67. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1. К. 2018. 208 с.

68. Особистість як суб'єкт подолання кризових ситуацій: психологічна теорія і практика: монографія. за ред. С. Д. Максименка, С. Б. Кузікової, В. Л. Зливкова. Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка. 2017. 540 с. ISBN 978–966–698–201–1

69. Павелків Р.В. Вікова психологія. К.: Кондор, 2011. 468 с. ISBN: 978-966-351-381-2

70. Петрунько О.В., Рафіков О.Р. Соціальний оптимізм як психологічний механізм ціннісної взаємодії з референтним оточенням. *Актуальні проблеми психології*: зб. наук. праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Т. VI: Психологія обдарованості. К.; Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2016. Вип. 12. С. 169-178.

71. Пілецька Л.С. Психологічна структура реабілітаційного потенціалу особистості у проєктуванні життєвого шляху. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи*: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. Северодонецьк: Вид-во СХУ ім. В. Даля, 2021. № 3 (56). Т. 3. С. 157-164. DOI: <https://doi.org/10.33216/2219-2654-2021-56-3-3-157-164>

72. Побокіна Г.М. Розуміння значущості змін життєвого світу для становлення особистості. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи*: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. Северодонецьк: Вид-во СХУ ім. В. Даля, 2021. № 2 (55). С. 147-155. DOI: <https://doi.org/10.33216/2219-2654-2021-55-2-147-155>

73. Попелюшко Р.П. Психологічна реабілітація комбатантів при віддалених наслідках стресогенних впливів: монографія К.: «Видавництво Людмила», 2020. 392 с. ISBN 978-617-7974-18-4

74. Попелюшко Р.П. Психолого-аксіологічні засади реабілітації комбатантів при віддалених наслідках стресогенних впливів. автореф. дис. ...д-ра психол.

наук : [спец.] 19.00.04 «Медична психологія»; Ін-т психології імені Г. С. Костюка. К. 2021. 47 с.

75. Попелюшко Р.П. Аналіз результатів проведення завершального етапу програми психологічного супроводу комбатантів та їх сімей. *Науковий вісник Херсонського державного університету: збірник наукових праць. Серія «Психологічні науки».* 2021. Випуск 2. С. 162–168 DOI: <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2021-2-19>

76. Протокол з діагностики та терапії ПТСР Національного інституту клінічної майстерності Великобританії (NICE). Львів. 2015. Issued: March 2005 NICE clinical guideline 26 [guidance.nice.org.uk/cg 26](http://guidance.nice.org.uk/cg/26)

77. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти. Методичний посібник. Упор. : Д.Д. Романовська, О.В. Ілащук. Чернівці : Технодрук. 2014. 33 с.

78. Психологія бою: діяльність командира підрозділу щодо підтримання морально-психологічного стану особового складу в ході бойових дій : навчально-методичний посібник. А.М. Романишин та ін. Львів : НАСВ, 2015. 322 с. ІЗВК 978-966-2699-56-2

79. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник. З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. О. Гребінь, Л. І. Литвиненко, Царенко Л. Г.; за ред. З. Г. Кісарчук. К. : ТОВ Видавництво «Логос». 2017. 207 с. ISBN 978-966-171-878-3

80. Психологічні засади проектування та прогнозування розвитку особистості: монографія; під ред. Н.Є. Завацької. СНУ ім. В. Даля, 2014. 220 с. ISBN 978-966-97846-8-1

81. Психологічна підтримка в умовах екстремальних ситуацій: підхід резилієнс: навч.-метод. посіб. Н. Гусак, В. Чернобривкіна, В. Чернобривкін, А. Максименко, С. Богданов, О. Бойко; за заг. ред. Н.Гусак; Нац. Ун-т «Києво-Могилянська академія». К. : НаУКМА. 2017. 92 с. Електронний ресурс. Режим доступу: <http://ekmair.ukma.edu.ua/handle/123456789/246>.

82. Радул І.Г., Гейко Є.В. Сенс життя в період кризових станів особистості. *Наукові записки*. Серія: Психологія, (1), 2023. 22-29. DOI: <https://doi.org/10.32782/cusu-psy-2023-1-3>

83. Родіна Н.В. Особистісні характеристики як ресурси долаючої поведінки. Огляд деяких сучасних теорій копіngu. Проблеми сучасної психології; Кам'янець-Подільський національний університет імені І. Огієнка; Інститут психології ім. Г.С. Костюка АПН України. 2010. № 7. С. 608-621. <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2010-7.%25p>

84. Романенко Ю., Коляденко Н. Посттравматичний стресовий розлад як медико-психо-соціальна проблема. *Перспективи та інновації науки*. 2021. № 2 (2). Р. 297–304. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2021-2\(2\)-297-304](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2021-2(2)-297-304).

85. Самодепривація психіки та дезадаптація суб'єкта: монографія Т.С.Яценко, В.І.Бондар, І.В. Євтушенко, М.М.Кононова, О.Г.Максименко К.: Вид-во НПУ імені М.Драгоманова. 2015. 280 с ISBN: 978-966-931-051-4

86. Сафін О.Д. Соціально-психологічна підтримка посттравматичного особистісного зростання осіб із фізичними травмами внаслідок війни. *Перспективи та інновації науки* (Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»). Випуск № 7(41) 2024. С. 876–886. DOI: [perspectives.pp.ua/index.php/pis/article/view/13209/13271](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-7(41)-876-886)  
[https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-7\(41\)-876-886](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-7(41)-876-886)

87. Сафін О. Соматичні кореляти посттравматичного стресового розладу. *Психологічний журнал*, 2023. (11), 59–68. [psyj.udpu.edu.ua/article/view/298407](https://doi.org/10.31499/2617-2100.11.2023.298407)  
<https://doi.org/10.31499/2617-2100.11.2023.298407>

88. Соціально-психологічні особливості самореалізації особистості в сучасному суспільстві: монографія. В.Й. Бочелюк, Н.Є. Завацька, А.О. Кононенко, А.Ю. Федоров, Л.В. Новицька; за ред. Н.Є. Завацької. 2-е вид. перероб. і доп. Сєверодонецьк: СНУ ім. В. Даля, 2016. 435 с.

89. Соціокультурні та психологічні аспекти адаптації особистості в сучасному соціумі: монографія. Н.Є. Завацька, О.М. Задорожна та ін. Сєверодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2012. 312 с.

90. Татенко В.О. Соціально-психологічні механізми впливу людини на людину. *Соціальна психологія*. 2003. № 1. С. 60-72.

91. Турбан В. В. Дослідження основ актуалізації посттравматичного зростання військовослужбовців-учасників бойових дій: теоретична модель / Психологічна допомога в актуалізації посттравматичного зростання військовослужбовців-учасників бойових дій. Практичний посібник / В. В. Турбан, Л. З. Сердюк, В. В. Москаленко та ін.; за наук. ред. В. В. Турбан. Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2025, 259 с. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/747184>

92. Турбан В.В., Волошин В.М. 2.3 Характеристика інноваційних методів реабілітації військовослужбовців в Україні / Сприяння подолання травматичного досвіду військовослужбовців»: методичні рекомендації / В. В. Турбан, Л. З. Сердюк, В. В. Москаленко та ін.; за наук. ред. В. В. Турбан. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2025. 96 с. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/747183>

93. Турбан В. В. Загальна методика проектування реабілітаційного простору /Сприяння подолання травматичного досвіду військовослужбовців»: методичні рекомендації / В. В. Турбан, Л. З. Сердюк, В. В. Москаленко та ін.; за наук. ред. В. В. Турбан. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2025. 96 с. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/747183>

94. Українське суспільство в умовах війни. 2022 : колективна монографія. С. Дембіцький та ін. ; за ред. член.-кор. НАН України, д.філос.н. Є. Головахи, д.соц.н. С. Макеєва. Київ : Інститут соціології НАН України, 2022. 410 с. ISBN 978-966-02-9993-7

95. Френкель С., Бохонкова Ю.О., Завацький В.Ю., Сербін Ю.В., Завацька Н.Є., Царенок Л.Б. Специфіка подолання посттравматичних стресових розладів особистості в період криз: аналіз соціально-психологічних чинників. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. Сєвєродонецьк: Вид-во

СНУ ім. В. Даля, 2022. № 1 (57). Т. 1. С. 181-190. DOI: <https://doi.org/10.33216/2219-2654-2022-57-1-1-181-190>

96. Хомуленко Т. Б. Основи психосоматики : навч.-метод. посіб. Вінниця: Нова книга, 2009. 120 с.

97. Чабан О. ПТСР – алгоритм виявлення та стратегії лікування. URL: [http://www.upma.online/wp-content/uploads/2023/08/04\\_TRANSKRYPT\\_Oleg\\_CHaban\\_Lektsiya\\_2\\_PTSR\\_chastyna\\_1.pdf](http://www.upma.online/wp-content/uploads/2023/08/04_TRANSKRYPT_Oleg_CHaban_Lektsiya_2_PTSR_chastyna_1.pdf)

98. Чабан О.С., Хаустова О.О., Омелянович В.Ю. Психічні розлади воєнного часу. Київ : «Видавничий дім Медкнига», 2023. 232 с. ISBN 978-966-1597-97-5

99. Шаумян О. Г. Психоемоційний стан сімей, які перебувають в складних життєвих обставинах через війну в Україні. *Наукові перспективи*. 2023. 8 (38). С. 799-809. DOI: [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2023-8\(38\)-799-809](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2023-8(38)-799-809)

100. Шаумян О. Г., Музика О. Ю. Вплив війни на жителів деокупованих територій України: зміни емоційного стану та ціннісних пріоритетів. *Перспективи та інновації науки*. Серія «Психологія». 2024. №1(35). С. 702-714. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-1\(35\)-702-714](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-1(35)-702-714)

101. Шаумян О.Г. Вплив війни на перебіг процесу самозмінювання жителів України в розрізі емоційного стану та ціннісних пріоритетів. *Перспективи та інновації науки* (Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»)№2(48) 2025. С. 1775-1786

102. Чернобровкіна В.А. Особистісна свобода людини як предмет психологічного дослідження: дис... канд. психол. наук: 19.00.07 / Віра Андріївна Чернобровкіна. К., 2014. 425 с.

103. Шебанова В.І., Діденко Г.О. Копінг-поведінка у сучасних психологічних дослідженнях. *Проблеми сучасної психології*: зб. наук. праць Кам'янець-Подільського національного університету імені І. Огієнка, Інституту психології ім. Г.С. Костюка НАПН України. Кам'янець-Подільський: Аксіома, 2018. Вип. 39. С. 368-379. <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2018-39.368-379>

104. Шебанова В., Тавровецька Н. Застосування інструментарію візуально-нарративного підходу у психологічній допомозі особистості. *Психолінгвістика*. 2018. № 24 (1). С. 381-402. URI <https://ekhsuir.kspu.edu/handle/123456789/10076>

105. Шевяков О.В., Шрамко І.А. Динамічні соціотехнічні системи діяльності: соціальна підтримка. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. Сєверодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2020. № 3 (53). Т. 1. С. 184-197. DOI: <https://doi.org/10.33216/2219-2654>.

106. Штепа О.С. Трансформація особистості у тренінгах особистісного зростання та способи її вимірювання. *Практична психологія та соціальна робота*. 2005. № 1. С. 53-57.

107. Щирук І.А. Психологічні особливості негативних наслідків ПТСР й травмування у військовослужбовців та осіб постраждалих на бойовий стрес *Наукові записки*. Серія: Психологія, (3), 87–93. <https://doi.org/10.32782/cusu-psy-2024-3-12>

108. Щирук І.А. Соціально-психологічні особливості травмування військовослужбовців в умовах бойового стресу й специфіка корекції: аксіо-особистісний підхід. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. Сєверодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2024. № 3, Том 2. С. 92-101 DOI: <https://doi.org/10.33216/2219-2654-2024-65-3-2-92-101>

109. Щирук І. А. Аксіо-особистісний підхід у психотерапії ПТСР внаслідок воєнного стресу у військовослужбовців. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи*. 2023. № 1. С. 25-38 DOI: <https://doi.org/10.33216/2219-2654>.

110. Щирук І.А. Соціально-психологічні чинники впливу ПТСР на особистість в умовах бойових дій. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. Сєверодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля. 2025. DOI: <https://doi.org/10.33216/2219-2654-2025-68-3-2-294-305>

111. Щирук І. Психологічні особливості розладів у військовослужбовців та осіб, постраждалих внаслідок бойових дій. *Наукова спадщина української психології: єдність минулого та теперішнього*. Збірник тез доповідей щорічного наукового круглого столу (м.Київ, 12 вересня 2024 року). за ред. Максименка С.Д., В.В.Турбан. К.: Інститут психології імені Г.С.Костюка НАПН України, 2024 URI: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/737690>

112. Щирук І. Психологічні особливості негативних наслідків воєнного стресу у військовослужбовців та осіб, постраждалих внаслідок бойових дій Збірник матеріалів Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Київ, 09-10 листопада 2024 року). за ред. С. Д. Максименка, В. В. Турбан. К.: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2023. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/737697>

113. Щирук І. Психологічні особливості аксіологічного підходу при наданні психологічної допомоги особам постраждалим на ПТСР Цілісний підхід у психології та соціальній роботі: теорія та практика. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Цілісний підхід у психології та соціальній роботі: теорія та практика» (23 лютого 2024 року): Збірник тез. 2024. С. 242  
[https://www.cusu.edu.ua/images/stories/news\\_2024/pedfak/01/24-01-09-00/Tezu\\_konf.pdf](https://www.cusu.edu.ua/images/stories/news_2024/pedfak/01/24-01-09-00/Tezu_konf.pdf)

114. Щирук І. Психологічні особливості проявів стрес-фактору у осіб постраждалих на ПТСР. *Актуальні проблеми психології особистості на європейському просторі* : Матеріали ІХ Міжнародної науково-практичної конференції, 15 лютого 2024 р. / за ред. С.Д. Максименка, Л.А. Онуфрієвої. Кам'янець-Подільський : Видавець Ковальчук О.В., 2024. С. 123.

115. Щирук І. Психологічні особливості висвітлення природи аксіології особистості в умовах трансформації суспільства. *Становлення особистості: персоногенетичний контекст*: збірник тез доповідей ІІ Міжнародної науково-практичної конференції, 23-24 квітня 2024 р., м. Мукачево / ред. кол. Т. Д. Щербан (гол. ред.) та ін. Мукачево: Вид-во МДУ, 2024. С.46-48

116. Яценко Т.С. Активне соціально-психологічне навчання: теорія, процес, практика. Хмельницький: Вид-во НАПВУ, 2002. 792 с. ISBN 966-642-169-0
117. Яценко Т.С. Основи глибинної психокорекції: Феноменологія, теорія і практика: Навч. посіб. К.: Вища шк. 2006. 382 с. ISBN 978-966-642-393-4
118. Яценко Т. С. Методологія взаємозв'язків свідомого і несвідомого в контексті проблеми адаптації суб'єкта до соціуму. *Проблеми сучасної педагогічної освіти*. Сер. : Педагогіка і психологія. Зб. статей. Ялта: РВВ КГУ. Вип. 21. Ч. 1. 2009. 219 с.
119. Яценко Т. С. Галушко Л. Я., Дметерко Н. В., Євтушенко І. В, Максименко О. Г., Педченко О. В., Полянничко О. М, Туз Л. Г., Усатенко О. М. Динаміка розвитку методології, теорії та практики глибинного пізнання. *Неперервна професійна освіта: теорія і практика: науково-методичний журнал*. Вип. 1-2. 2013. С. 130 – 148.
120. Balashov E., Pasichnyk I., Kalamazh R. Psychological, Emotional and Social Wellbeing and Volunteering. A Study on Italian and Ukrainian Universit Students. *Youth Voice Journal*. 2018. Vol. 18. P. 1-22.
121. Beck A.T., Freeman A. Cognitive therapy of personality disorders. N.-Y.: Guilford Press, 1990. 412 p.
122. Benner P., Halpern J., Gordon D.R., Popell C.L., Kelley P.W. Beyond pathologizing harm: understanding PTSD in the context of war experience *J. Med. Humanit.*, 2018. Vol. 39 (1). P. 45–72.
123. Bihun N., Malyna O., Doichyk M., Hoian I., Harkavenko N., Symonenko S. Psychological Conditions for Correction and Optimization of Personal Development of persons with Depressive Disorders. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*. 2021. Vol. 12. Issue 3. P. 25-43.
124. Biletskyi P.S., Zavatska N.Ye., Bokhonkova Yu.O., Fedorova O.V., Zhurba A.M. The problem of personal destruction and health care in the modern society. *Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. Сєверодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2019. № 3 (50). Т. 1. С. 106-113.

125. Billings A.G., Moos R.H. Coping, stress and social resources among adults with unipolar depression. *J. of personality and social psychology*. 1984. Vol. 46. №. 4. P. 877-891.
126. Bisson J.I., Berliner L., Cloitre M. et al. The International Society for Traumatic Stress Studies new guidelines for the prevention and treatment of posttraumatic stress disorder: methodology and development process. *Journal Trauma Stress*. 2019. Vol. 32. No. 4. P. 475–483. DOI: <https://doi.org/10.1002/jts.22421>
127. Blanchard Fields F. et al. Moderating Effects of Age and Context on the Relationship Between Gender, Sex Role Differences, and Coping. *Sex Roles*. 1991. Vol. 25. № 11-12. P. 645-660.
128. Bodenmann G. Die Bedeutung von Stress für Familienentwicklung: Göttingen; Hogrefe, 2000. 284 p.
129. Bourne P.G. Men, Stress and Vietnam. Little Brown & Company. 1970. 240 p
130. Breslau N Davis G.C., Andreski P., Peterson E. Traumatic events and post-traumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*. 1991. 4. 9. 216-222.
131. Breslau N., Kessler R.C., Chilcoat H.D., Schultz L.R., Davis G.C., Anderski P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit area survey of trauma. *Archives of General Psychiatry*. 1998. 55, 626-632.
132. Brugha T. Social support and psychiatric disorders: overview of evidence. *Social support and psychiatric disorders*. Cambridge: University Press, 1995. P. 62-78.
133. Burgess A.W., Holmstrom L.L. Rape trauma syndrome. *American Journal of Psychiatry*. 1974. Vol. 131. P. 981–986.
134. Carver C.S., Scheier M.F., Weintraub J.K., Assessing Coping Strategies: A theoretically based approach. *J. Pers. and Soc. Psychol.* 1989. Vol. 56. P. 267-283.
135. Cesur R., Sabia J.J., & Tekin E. (2012). The psychological costs of war: Military combat and mental health. *Journal of Health Economics*. Vol. 32. P. 51–65. DOI: 10.1016/j.jhealeco.2012.09.001.
136. Egeland B. Resilience as process. B. Egeland, E. Carlson, L. Sroufe. *Development and Psychopathology*. 1993. Vol. 5. P. 517-528.

137. Ericson E.H. The life cycle compleyed: A review. N.-Y.: Norton, 1982. 108 p.
138. Foa E.B., Rothbaum B.O. Treating the trauma of rape: A cognitive-behavioral therapy for PTSD. NY: Guilford Press. 1998. 439 p.
139. Folkman S., Chesney M., McKusick L. Translating coping theory into an intervention. The social context of coping. N.-Y.: Plenum Press, 1991. P. 239-260.
140. Fontana, A., & Rosenheck, R. Trauma, change in strength of religious faith, and mental health service use among veterans treated for PTSD. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 192(9). 2004. 579–584
141. Franzoi S.L. Social psychology. Dubuque, IA: Brown and Benchmark publishers, 1996. 115 p.
142. Fydrich T., Geyer M., Hessel A., Sommer G., Brähler E. Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-SozU): Normierung an einer repräsentativen Stichprob. *Diagnostica*. 1999. Vol. 45. P. 212-216.
143. Gottlieb B., Bergen A. Social Support Conseptes and Measures. *Journal of Psychosomatic Research*. 2010. Vol. 69. P. 511-520.
144. Gupta A., Corte C. The effect of confidant and a peer group on the well being of singles elders. *International journal of aging and Human Development*. 1994. Vol. 39. P. 75-94.
145. Hancock L., Bryant R.A.. Perceived control and avoidance in posttraumatic stress *Eur. J. Psychotraumatol.*, 2018. Vol. 9 (1). DOI: 1468708, 10.1080/20008198.2018.1468708.
146. Health benefits of hard martial arts in adults: a systematic review / R. S. Origua, J. Marks, I. Estevan, L. M. Barnett. *Journal of Sports Sciences*. 2018. Vol. 36 (14). P. 1614-1622.
147. Helzer J.E. Postraumatic stress disorder in the general population / J.E. Helzer, L.N. Robins, L. McEvoy. *New England Journal of Medicine*. 1987. Vol. 317. P. 1630-1634.
148. Hobfoll S.E. Conservation of resource caravans and engaged settings. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*. 2011a. Vol. 84. P. 116-122.

149. Hoian I., Bihun N., Malyna O., Doichyk M., Harkavenko N., Symonenko S. Psychological Conditions for Correction and Optimization of Personal Development of persons with Depressive Disorders. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*. 2021. Vol. 12. Issue 3. P. 25-43.

150. Hoian I.M., Fedyk O.V. Structural-level analysis of the experience of organization of consultative work. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи*: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. Сєвєродонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2022. № 1 (57). Т. 2. С. 53-65.

151. Horowitz M.J. Stress-response syndromes: PTSD, grief, adjustment, and dissociative disorders. M.J. Horowitz. New York: Jason Aronson, 2011. 358 p.

152. C. Xue, Y. Ge, B. Tang, Y. Liu, P. Kang, M. Wang, L. Zhang. A meta-analysis of risk factors for combatrelated PTSD among military personnel and veterans PLoS One, 2015. Vol. 10 (3). DOI: e0120270, 10.1371/ journal.pone.0120270.

153. Impact of psychogenic factors on motivational orientation of junior athletes Popovich I., Koval I., Zavatska N., Hoi N., Shchyruk I., Domina H., Zinchenko S. *Journal of Physical Education and Sport (JPES)*, Vol. 23 (issue 9), Art 270, pp. 2346 - 2356, September 2023. online ISSN: 2247 - 806X; p-ISSN: 2247 – 8051; ISSN - L = 2247 – 8051. JPES

154. Kardiner A. The Traumatic Neuroses of War. Reprint of 1941. Edition Martino Fine Books. 2012. 270 p

155. Kardiner A., Spiegel H. War, Stress and neurotic illness. NY.: Paul Hoeber, 1947. 428 p.

156. Kenrick D.T., Giskevicius V., Neuberg S.L., Schaller M. Renovating the pyramid of needs: Contemporary extensions built upon ancient foundations. *Perspectives on Psychological Science*. 2010. Vol. 5(3). P. 292-314.

157. Kessler R.C., Sonnega A., Bromet E., Hughes M., Nelson C.B. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survet. *Archives of General Psychiatry*. 52. 1995. P. 1048-1060.

158. Kilpatrick D., Edmonds C.N., Seymour A.K. Rape in America: A report to the nation. Arlington, VA: National Victims Center. 1992.
159. Klochek L., Strilets-Babenko H.; Kushnir N., Kalashnykova L., Rudenko Y., Rudenko S. Mental health in wartime: the psychology of latent stress. *Ad Alta-Journal of interdisciplinary research*. 2024. Volume 14. Issue 1. P. 49-53. (WOS)
160. Kobasa S.C., Maddi S.R. Hardiness and Health: A Prospective Study. *J. Pers. And Soc. Psychol.* 1982. Vol. 42. №1. P. 27-39.
161. Kobasa S.C. The hardy personality: toward a social psychology of stress and health. *Handbook of child psychology: Socialization, personality, and social development*. N.-Y.: Wiley, 1983. Vol. 4. P. 1-102.
162. Lazarus R.S., Folkman S. Stress, appraisal, and coping. N.-Y. 1984. 261 p.
163. Lazarus R.S. Progress on Cognitive Motivational - Relational Theory of Emotion. *Amer. Psychol.* 1991. Vol. 46. № 8. P. 819-834.
164. Marchenko A.D., Mykhaylyshyn U.B., Zavatska N.Ye., Tsarenok L.B. Individual-typological features of personality in the aspect of manifestation potential of rehabilitation and sustainability. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. 2021. № 3 (56). Т. 3. С. 139-146.
165. McCubbin H.I. Families under Stress: what makes them Resilient. University of Wisconsin-Madison, 1997. P. 141.
166. Mikheieva L.V., Oliinyk M.P. Empirical study of the psychological features of the manifestation of post-traumatic stress disorder in military personnel. *Khmelnyskyi*, vol. 4 (7). 2023. pp. 123–129.
167. Mitchell A.J. The Mini-Mental State Examination (MMSE): update on its diagnostic accuracy and clinical utility for cognitive disorders. *Cognitive screening instruments*. 2017. Vol. 3. P. 37-48.
168. Moss R.H., Schaefer J.A. Life transitions and crises. Coping with life crises. An integrative approach. N.-Y.: Plenum Press, 1993. P. 3-28.
169. Moustakas C. Solitude and communion. *Association for the Integration of the Whole Person*. 2002. Vol. 2 (2). P. 15.

170. Norris F.Kh., Sloun L.B. Understanding trauma and PTSD epidemiology research. 2013. vol. 24(2-3). P. 1–13.

171. Osgood Ch.E., Tannenbaum P.H. The Principle of Congruity in the Prediction of Attitude Change. *Psychological Review*. 1955. Vol. 62. P. 42-55.

172. Osodlo V.I. Personal factors for overcoming stressful situations in special conditions. 2013. vol. 14. I. P. 243–253.

173. Pearlin L.I., Schooler C. The structure of coping. *The journal of health and social behavior*. 1978. Vol. 19. №. 1. P. 2-21.

174. Peck R. Psychological developments in the second half of life. Em B.L. Neugarten (Ed.), *Middle age and aging: a reader in social psychology*. Chicago: University of Chicago Press, 1968. P. 88-94.

175. Peggy A. Gender Differences in coping with Emotional Distress: The Social of Coping, edited by J. Eckenrode. N-Y.: Plenum Press, 1991. P. 107-139.

176. Piletska L., Popovych I., Kononenko O., Kononenko A., Stynska V., Kravets N., Blynova O. Research of the Relationship between Existential Anxiety and the Sense of Personality's Existence. *Revista Inclusiones*. 2020. Vol. 7 num Especial. P. 41-59.

177. Plokhikh V., Popovych I., Koval I., Stepanenko L., Nosov P., Zinchenko S., Boiaryn L., Zavatskyi V. Anticipatory Resource of Temporary Regulation of Sensorimotor Action. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*. 2022. Vol. 13 (2). P. 01-21.

178. Plutchik R. A structural theory of ego defences and emotions / R. Plutchik, H. Kellerman, H.R. Conte. In C.E. Izard (Ed.) *Emotions in personality and psychopathology*. N.Y.: Plenum, 1978. P. 229-257.

179. Popovich I., Koval I., Zavatska N., Hoi N., Shchyruk I., Domina H., Zinchenko S. Impact of psychogenic factors on motivational orientation of junior athletes. *Journal of Physical Education and Sport*. Vol.23, issue 9, September 2023, article number 270. DOI:10.7752/jpes.2023.09270

180. Positive emotional well-being health behaviors. G. Ironson, N. Banerjee, C. Fitch, N. Krause. *Social Science & Medicine*. 2018. Vol. 197. P. 235-243.
181. Rook K., Dooley D., Catalano R. Age differences in workers' efforts to cope with economic distress. The social context of coping. N.-Y.: Plenum Press, 1991. P. 791-805.
182. Rubin G.J., Wessely S. The psychological effects of quarantining a city. *BMJ*. 2020. m313.
183. Ryff C.D. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1989. Vol. 57. P. 1069-1081.
184. Ryff C.D., Singer B. Interpersonal flourishing: a positive health agenda for the new millennium. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2000. Vol. 4. P. 12-27.
185. Scaily Dietz A. Life events checklist: revising the social after 30 years. *Educational and psychological measurement*. 2000. Vol. 60. P. 864-876.
186. Schmutte P.S., Ryff C.D. Personality and well-being: reexamining methods and meanings. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1997. Vol. 73. P. 549-559.
187. Schwartz S.H. Are there universal aspects in the content and structure of values? *Journal of Social*. 1994. Issues 50. P. 19-45.
188. Schwartz S.H., Bilsky W. Toward a theory of the universal content and structure of values: Extensions and cross-cultural replications. *J. of Personality and Social Psychology*. 1990. Vol. 58. P. 878-891.
189. Schwartz R., Leppin A. Possible impact of social ties and support on morbidity and mortality. The meaning and measurement of social support; Veiel H., Baumann U. (Eds.). Washington, DC: Hemisphere, 1992. P. 65-92.
190. Seligman M., Csikszentmihalyi M. Positive Psychology: an introduction. *American Psychologist*. 2000. Vol. 55. № 1. P. 5-14.

191. Seligman M., Snyder C.R., Lopez S. Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. *Handbook of positive psychology*, 2000. P. 3-7.
192. Shek D.T.L. Reliance On Self or Seeking Help From Others: Gender Differences in the Locus of Coping in Chinese Working Parents. *J. Psychol.* 1992. Vol. 126 (6). P. 671-678.
193. Shevchenko, R., Kaafarani, A., Aliieva, T., Piletska, L., Radul, I., Klepar, M. & Popovych, I. (2020). Features of the Psychoemotional State of Internally Displaced Families from the War Zone. *Revista Inclusiones*, Vol: 7 num Especial, 157-169. <http://www.revistainclusiones.org/gallery/11%20VOL%207%20NUM%20OCTDIC%20ESPECIAL2020%20REVISINCLUSIII.pdf>
194. Shultz J.M., Baingana F., Neria Y. The 2014 Ebola outbreak and mental health: current status and recommended response. *JAMA*. 2015. Vol. 313, No. 6. P. 567-568.
195. Sommer G., Fydrich T. Soziale Unterstuetzung. Diagnostik, Kozepte, F-SOZU. Dt. Ges. fuer Verhaltenstherapy: Materialie № 22. Tuebingen, 1989. 60 p.
196. Sutton-Smith L., Weatherall M. et. al. What are the long-term outcomes for New Zealand survivors of critical illness? *The New Zealand Medical Journal*. 2021. Vol. 134(1547). P. 121-126.
197. Taylor S.E., Peplau L.A., Sears D.O. *Social psychology*. Englewood Cliffs, N.-J.: Prentice Hall, 1994. 138 p.
198. Taylor S.E., Shelly E. *Health Psychology*. McGraw-Hills, Inc. 1995. P. 34.
199. Terry D.J. Coping resources and situational appraisals as predictors of coping behavior. *Pers. Individ. Diff.* 1991. Vol. 12. № 10. P. 1031-1047.
200. Timchenko O.V. Posttraumatic stress disorder syndrome: conceptualization, diagnosis, correction, and prognosis. Kharkiv : Vydvo Un-tu vnutr. Sprav. 2000. 268 p.
201. Van der Kolk B.A. Developmental trauma disorder. Towards a rational diagnosis for chronically traumatized children. *Psychiatric Annals*, May, 35. 2005. P. 401-408.

202. Van der Kolk B.A., Roth S., Pelcovitz D., Sunday S. & Spinazzola J. Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*. October 18(5). 2005. P.389-399

203. Vezers F.V., Bovin M. Dzh., Li D.Dzh., Sloun D.M, Shnurr P.P., Kalupek D.H., Kin T.M., & Marks B.P. The Clinician Administered Posttraumatic Stress Disorder Scale for DSM–5 (CAPS-5): Development and Initial Psychometric Evaluation in Military Veterans. 2018. vol. 30(3), pp. 383–395. In J.P.Wilson, T.M.Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399-428). New York: Guilford Press.

204. Weber H. Belastung sverarbeitung. *Z. fiir Klinische Psyehologie*. 1992. B. 21. H. 1. S. 17-27.

205. Williams N. From trauma to resiliency: Lessons from former runaway and homeless youth. N. Williams, E. Lindsey, P. Kurtz, S. Jarvis. *Journal of Youth Studies*. 2011. Vol. 4. P. 233-253.

206. Williamson, J.B., Jaffee, M.S., & Jorge, R.E. (2021). Posttraumatic Stress Disorder and Anxiety-Related Conditions. *Continuum* (Minneapolis, Minn.) 2021. Vol. 27(6). P. 1738–1763. DOI: <https://doi.org/10.1212/CON.0000000000001054>.

207. Willis S.L. Cohort differences in cognitive aging. *Social structure and aging*; K.W. Schaie, C. Schooler (Eds.). *Psychological processes*. Hillsdale, N.-J.: Erlbaum, 1989. P. 239-247.

208. Zavatskyi V.Yu., Spyska L.V. Subjective population of personality: socio-psychological aspects. *Journal of Vasyl Stefanyk Precarpathian National University*. Ivano-Frankivsk: Precarpathian National University of Vasyl Stefanyk, 2018. Vol. 5, No. 1. P. 114-120.

209. Zavatskyi V. Yu., Piletska, L. S., Zavatska, N. Ye., Semenov, O. S., Blyskun, O. O., Blynova, O. Ye., Yaremchuk, V. V. & Popovych, I. S. (2020). Systematic Rehabilitation of Student Youth with Post-Traumatic Stress Disorders under Conditions of the Armed Conflict in Eastern Ukraine. *Revista Espacios*, Vol. 41 (N 06). Page 20 Web of Science <https://www.revistaespacios.com/a20v41n06/a20v41n06p20.pdf>

## ДОДАТКИ

## Додаток А

## Таблиця 3.2.

**Програма соціально-психологічної підтримки військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу**

Напрями діяльності	Зміст	Мета
Арт-терапія, ізотерапія; психологічні вправи, ігри	Мистецькі прийоми, ігри та вправи, що ґрунтуються на образотворчій діяльності, художніх техніках і навичках творчого самовираження, пов'язані з тематичними цілями та завданнями групи.	Досягнення тематичних цілей і завдань уроку - Експериментування з новими видами досвіду (творчого, особистого)
Лекційні заняття	- Зосередження на конкретних темах і техніках.	Стимулювання конкретних видів діяльності
Метафоричні ігри	Підбір афоризмів із використанням казок, притч і легенд.	Опосередкування більш комфортного і психологічно безпечного процесу саморозкриття - Стимулювання особистої активності - Руйнування стереотипів
Дискусія	Спільне обговорення тематичних питань. З'ясування позицій і ставлення учасників до практичних питань.	Розширення взаємодії. Зміцнення групової згуртованості.
Психогімнастика; аксіо-тренінг	Техніки, спрямовані на зміну групи. Подолання бар'єрів на шляху до творчості, розвиток оригінальності мислення, оптимізація уваги та розумової діяльності.	Підтримання працездатності групи. Стимулювання продуктивної творчої діяльності. Розпізнавання та розвиток нового досвіду

Зворотній зв'язок	Аналіз творчої роботи, перейняття нового досвіду. Групова рефлексія.	Саморозкриття учасників. Розвиток навичок використання соціальної підтримки
Саморегуляція	техніки психосоматичної саморегуляції; створення комфортного середовища для творчої діяльності	стабілізація емоційного стану; розвиток навичок саморегуляції; психічна та фізична мобілізація; розвиток навичок життєстійких практик здоров'я
Щоденник самопостереження й психологічного аналізу	Рефлексія власних, думок	Активізація особистої активності. Стимулювання творчості. Розвиток рефлексії. Структурування нового досвіду
Робота в діадах	Робота в парах	Розвиток умінь та навичок спілкування. Стимулювання рефлексії. Соціальні ролі та звичні моделі поведінки
Візуально-аксіологічний напрям	Візуальна та вербальна комунікація. Пояснення етапів своєї кар'єри. Створення власної історії життя. Підвищення самооцінки та самоприйняття.	Саморозкриття, створення «образу себе» та нове усвідомлення цього образу
Тілесно-орієнтований напрям	- Виразні техніки, зосереджені на окремих частинах тіла або на всьому тілі. Жестові техніки малювання. Графічні техніки автопортрета. Створення історій, «розказаних тілом».	Подолання негативного або спотвореного сприйняття свого тіла. Розвиток навичок саморегуляції та гармонізації впливів. Розкриття творчого потенціалу. Експериментування з новим досвідом.
Візуалізаційний напрям	Спонтанне відтворення себе та свого тіла у вигляді іграшок, існуючих культурних	Розвиток навичок використання візуальних символів і метафор для

	форм, тварин та масок (на основі аналізу власних психофізіологічних особливостей). Створення образів та символічне наділення їх певними ресурсами (талісманами). Маніпуляції з піском та створення пісочних складів.	об'єктивізації сприйняття власного тіла та різних фізичних явищ.
Інтегративний напрям	Поєднання вправ, технік і занять відкриває широкі можливості для вираження почуттів та ідей, формування образів і думок.	Сенсорно-моторний розвиток; інтеграція фізичного досвіду.

Таблиця 3.4.

**Зміст заходів першого блоку Програми соціально-психологічної підтримки військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу**

№	Тематика заняття	Засоби, психотехніки, вправи
2-3	Я та інші; знайомство членів групи один з одним і з простором психокорекційної кімнати; узгодження правил роботи в групах	неструктуроване малювання; групові обговорення; лекції; «знаки» або «графіті»
4-5	«Ритми навколо нас і всередині нас». Знайомство один з одним і простором психокорекційної кімнати. Узгодження правил зворотного зв'язку. Розвиток умінь та навичок діалогу. Розвиток умінь та навичок спілкування через мистецьку практику.	Робота в парах над неструктурованими малюнками. Виконання неструктурованих малюнків. Проведення групових дискусій. Проведення лекцій

6-7	«Моє тіло – мій друг» ; знайомство з елементами координації “розум-тіло”; усвідомлення ресурсних можливостей організму; розвиток стійкості; розвиток рефлексії;	Лекція (презентація); групова дискусія: координація «розум- тіло»; малюнок-стимул.
8-9	«Живі скульптури». Знайомство з елементами координації «розум-тіло». Усвідомлення ресурсних можливостей організму. Розвиток стійкості. Розвиток рефлексії	Лекція (презентація). Групове обговорення. Робота над гримом. Виготовлення масок
10-12	«Натюрморт». Стимулювання рефлексивності. Узгодженість і логіка послідовності подій. Диференціація життєвих подій. Посилення взаємодії, подальші взаємовідносини в групі	Лекція (презентація). Групова дискусія. Колаж станів
13-14	Що таке спілкування; розвиток навичок спілкування; навички використання соціальної підтримки; посилення взаємодії, подальші стосунки в групі	Неструктуроване малювання в парах; стимулююче групове малювання; групове обговорення; лекція
Продовження таблиці 3.4.		
15-16	Життєвий шлях»; розвиток рефлексивності; підвищення самооцінки; диференціація життєвих подій; розвиток толерантності; стимулювання групових стосунків.	Неструктуроване малювання; стимулювальне малювання; групова дискусія; лекція.
17-18	«Якщо ви хочете змінити світ, почніть із себе». Розвиток рефлексії. Формування самооцінки. Розрізнення життєвих подій. Розвиток толерантності. Активізація взаємовідносин у групі.	Неструктуроване малювання; стимулювальне малювання; групова дискусія; лекція; зворотний зв'язок; рефлексія.
19-20	«Цікавий світ захоплень». Підвищує самооцінку і самоповагу. Сприяє самовизначенню, самореалізації. Позитивне прийняття інших. Терпимість до нового, прагнення до саморозвитку,	Всі «рукодільні» навички (в'язання, плетіння, вишивка, різьблення по дереву, гончарство, елементи макраме, вільна акробатика і т.ін.).

	особистісного зростання. Стимулює творчість і пізнавальні потреби.	
21	Чотири способи подолання поганого настрою». Поглиблення саморозкриття; формування відповідного ставлення до здоров'я; поглиблення рефлексії; позитивне прийняття інших; поглиблення взаємодії та групових стосунків; створення позитивного настрою; символи, образи, діаграми та «дудли» (зображення почуттів, пов'язаних із закінченням одного (дуже важливого) етапу життя та початком нового етапу).	Обговорення можливих труднощів у використанні символів, образів, діаграм, «графіті» (зображення емоцій, пов'язаних із закінченням одного (дуже важливого) етапу життя і початком нового етапу).
22-23	«Групові портрети». Використання адаптивних стратегій подолання; активізація прийняття соціальної підтримки; стимулювання невербальної групової комунікації; розвиток активності.	Груповий колаж; структуроване малювання.

Таблиця 3.6.

**Зміст заходів другого блоку «Самопрезентація та самореалізація  
життєвих навичок»**

**Програми соціально-психологічної підтримки військовослужбовців та  
цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу**

№	Тематика заняття	Засоби, психотехніки, вправи
---	------------------	------------------------------

25-26	«Життєвий колаж» – сприяння розвитку власної життєвої перспективи; стимулювання рефлексії; послідовність і логіка послідовності подій; диференціація життєвих подій;	«Життєвий фотоколаж» – підбір фотографій відповідно до «основних етапів» життя й об'єднання їх у колаж. «На мокрому папері малювання» – малювання свого життя на землі у вигляді ліній та доріжок, позначення найважливіших подій свого життя символами й словами.
27-28	15 правил мудреця – розвиток погляду на своє життя; розрізнення життєвих подій; розвиток рефлексії над станами; стимулювання інтелектуальних і пізнавальних здібностей; активізація пізнавальних потреб.	«пам'ятки» – техніки підтримання активної уваги (використання образів і символів для «перевірки себе»); лекція; зворотний зв'язок, рефлексія; малювання «правил перевірки себе» та керування послідовністю стимулів – послідовністю дій).
29-30	Світ інтересів і захоплень – Підвищує самооцінку і самоповагу. Стимулює самовизначення, самоопанування. Позитивне сприйняття оточуючих. Відкритість до нового, прагнення до саморозвитку, особистісного зростання. Стимулює творчість і пізнавальні потреби.	Будь-які «рукодільні» вміння (в'язання, плетіння, вишивка, різьблення по дереву, гончарство, елементи макраме тощо). Стимулюючі малюнки на вільні теми. Неструктуровані малюнки на вільні теми.
31-32	«Спогади про дитинство» – стимуляція рефлексії; зв'язність і логічність послідовностей подій; диференціація життєвих подій; підтримка когнітивних навичок і міжособистісної взаємодії.	«Спогади про дитинство» – аналіз найяскравіших дитячих спогадів; опис того, що здається таким, що залишилося «з дитинства».

33-34	«Минуле, теперішнє і майбутнє» – підвищує самооцінку; розглядає власне життя в перспективі; розрізняє життєві події; розвиває здатність роздумувати над станом справ; розвиває толерантність; стимулює групові стосунки; активізує відчуття мети в житті – триптих – створює три картини минулого, сьогодення та майбутнього – себе на роздоріжжі	Визначте образ і напрям подальшого руху; образ найважливішої людини в минулому й сьогоденні (майбутньому); візуалізація життєвого напрямку – (звідки ви прийшли, де ви знаходитесь та де ви перебуваєте і де ви живете;
35-36	Аспекти себе – підвищити самооцінку; отримати уявлення про своє життя; розрізняти події життя; поглибити роздуми про статки; розвинути толерантність; стимулювати взаємовідносини в групі	намалювати себе в центрі аркуша та розмістити навколо нього зображення, які відображають різні аспекти власної особистості.
37-38	Сюжетні лінії. Диференціація життєвих подій. Підтримка міжособистісних і комунікативних навичок. Розширення взаємодії, групові стосунки. Експериментування з новими видами досвіду. Активізація інтелектуальних і когнітивних здібностей.	Візуальні та наративні методи Парна робота, тобто один партнер описує (картини, скульптури, вистави тощо), а інший вибудовує діалог між ними за певним сюжетом. Інший варіант – партнери по черзі описують певні моменти події, що розгортається.

39-40	Поточні почуття і стани буття – подальше саморозкриття – формування відповідного ставлення до здоров'я; розвиток емпатії; позитивне сприйняття інших; посилення взаємодії, подальше зміцнення групових стосунків.	колірні асоціації – візуальні метафори тілесності (використання піску); використання символів, зображень, діаграм і «графіті»; – використання певних (дуже важливих) етапів життя Зображення емоцій, пов'язаних із закінченням одного (дуже важливого) етапу життя і початком нового етапу
41-42	Діалог із часом – сприяння розвитку власної життєвої перспективи; диференціація життєвих подій; розвиток рефлексії над станом; розвиток толерантності; стимулювання групових стосунків; активізація почуття мети в житті;	«символічні послання»; групова робота (з іншими членами групи); групова робота (з іншими членами групи, написання на аркуші паперу послань членам групи, іншим людям і людству); сценарне моделювання; стимулювання творчої активності (використання музики).
43-44	Життя триває – сприяє довгостроковому плануванню свого життя; знайомство з інноваційними техніками мистецтва; підвищення самооцінки; стимулює усвідомленість, відчуття мети в житті; подальше самопізнання; посилення взаємодії, подальші стосунки в групі.	жестикуляційне малювання – візуальна метафора тілесності Візуальні метафори (з використанням піску)

## Додаток Б

**Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)**

Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу (англ. Mississippi Scale) - клінічна тестова методика, розроблена в 1987 році Т.М. Кеапе зі співавторами, для діагностики посттравматичних стресових розладів (ПТСР) у військовослужбовців, які виконували завдання в зоні бойових дій. Створена на основі ММРІ. 30 питань утворюють три основні шкали, які співвідносяться з трьома групами симптомів ПТСР: 11 питань першої шкали описують симптоми групи “вторгнення”, 11 симптомів другої шкали описують симптоми групи “уникнення”, 8 питань третьої шкали описують симптоми “збудливості”. П’ять питань, що залишилися, описують симптоми, пов’язані з почуттям провини та суїцидальні схильності.

Реєстраційний \_\_\_\_\_ П.І.Б. \_\_\_\_\_ (повністю)  
 \_\_\_\_\_ Дата обстеження \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Вік \_\_\_\_\_ Стать \_\_\_\_\_ Посада (підрозділ) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Спеціальність \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Військове звання \_\_\_\_\_ Інструкція: “Нижче наводяться твердження, що узагальнюють різний досвід людей, які брали участь

у бойових діях. У кожного твердження є шкала від “1” до “5”. Користуючись даною шкалою, вкажіть, в якій мірі Ви згодні або не згодні з даним твердженням. Оберіть тільки один варіант відповіді на кожне твердження, взявши в кружечок цифру у відповідній клітинці”.

Твердження

Абсолютно невірно

Іноді невірно

У деякій мірі вірно

Вірно

Абсолютно вірно

1. До служби в армії у мене було більше друзів ніж зараз.
2. У мене немає почуття провини за те, що я робив під час служби в армії.
3. Якщо хтось виведе мене з терпіння, я швидше за все не стримаюся (застосую фізичну силу).
4. Якщо трапляється щось, що нагадує мені про минуле, це виводить мене з рівноваги і завдає мені болю.
5. Люди, які дуже добре мене знають, мене бояться.
6. Я здатний вступати в емоційно близькі стосунки з іншими людьми.
7. Мені сняться ночами кошмари про те, що було насправді на війні.
8. Коли я думаю про деякі речі, які я робив в армії, мені просто не хочеться жити.
9. Зовні я виглядаю бездушним.
10. Останнім часом я відчуваю що хочу покінчити з собою.
11. Я добре засинаю, нормально сплю і прокидаюся тільки тоді, коли треба вставати.
12. Я весь час задаю собі питання, чому я ще живий, в той час як інші загинули на війні.
13. У певних ситуаціях я відчуваю себе так, ніби я знову в армії.
14. Мої сни настільки реальні, що я прокидаюся в холодному поту і змушую себе більше не спати.
15. Я відчуваю, що більше не можу.
16. Речі, які викликають у інших людей сміх чи сльози, мене не зачіпають.
17. Мене досі радують ті самі речі, що й раніше.
18. Мої фантазії реалістичні і викликають страх.
19. Я виявив, що мені працювати неважко після демобілізації.
20. Мені важко зосередитися.
21. Я без причини плачу.
22. Мені подобається бути в товаристві інших людей.
23. Мене лякають мої прагнення і бажання.
24. Я легко засинаю.
25. Від несподіваного шуму я легко здригаюся.
26. Ніхто, навіть члени моєї родини, не розуміють, що я відчуваю.
27. Я легка, спокійна, врівноважена людина.
28. Я відчуваю, що про якісь речі, які я робив в армії, я не зможу розповісти кому-небудь, тому що цього нікому не зрозуміти.

29. Часом я вживаю алкоголь або снодійне, щоб допомогти собі заснути або забути про ті речі, які трапилися зі мною, коли я служив в армії.
30. Я не відчуваю дискомфорту, коли перебуваю в натовпі.
31. Я втрачаю самовладання і вибухаю через дрібниці.
32. Я боюся засинати.
33. Я намагаюся уникати всього, що могло б нагадати мені про те, що трапилося зі мною в армії.
34. Моя пам'ять така ж хороша, як і раніше.
35. Я відчуваю труднощі в прояві своїх почуттів, навіть по відношенню до близьких людей.

#### 5 "Ключ"

Відповідь Номера тверджень

Сума пунктів, які рахуються в прямих значеннях ( $\Sigma 1$ ): 1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 23, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 35

Сума пунктів, які рахуються у зворотних значеннях ( $\Sigma 2$ ): 2, 6, 11, 17, 19, 22, 24, 27, 30,

Інтерпретація результатів Отримана сума дозволяє поділити досліджуваних на тих, які мають ПТСР і тих, які не мають ПТСР. За даними В.Ю. Шаніна: - добре адаптовані –  $76 \pm 18$ ; - психічні розлади –  $86 \pm 26$ ; - ПТСР –  $130 \pm 18$ .

Середні значення для

Міссісіпської шкали (військовий варіант) Співробітники МВС  $64,65 \pm 16,13$

Військовослужбовці  $73,76 \pm 19,64$

Ветерани Афганістану, "норма"  $70,18 \pm 11,76$

Ветерани Афганістану, ПТСР  $92,00 \pm 15,55$

### Шкала депресії А.Т. Бека

Методика дозволяє виявити наявність депресії та ступінь тяжкості депресивних розладів.

Реєстраційний бланк П.І.Б. (повністю)  
Дата обстеження  
Вік \_\_\_\_\_ Стать \_\_\_\_\_ Посада (підрозділ)  
Спеціальність

Військове звання \_\_\_\_\_ Інструкція: "Прочитайте

кожне твердження, розміщене проти порядкових цифр, і виберіть те, яке найбільш точно визначає Ваше самопочуття в даний момент. В рамках пронумерованих позицій можна вибрати декілька тверджень. Отже, спочатку ознайомтеся зі всіма буквеними пунктами розділу, а потім вирішіть, що вірно по відношенню до Вас".

Текст опитувальника

1. а) Я відчуваю себе добре.

б) Мені погано.

в) Мені весь час сумно, і я нічого не можу з собою поробити.

г) Мені так скучно і сумно, що я не в силах більше терпіти.

2. а) Майбутнє не лякає мене.

- б) Я боюся майбутнього.  
в) Мене ніщо не радує.  
г) Моє майбутнє безпросвітно.
3. а) В житті мені переважно щастило.  
б) Невдач і провалів було у мене більше, ніж у кого-небудь іншого.  
в) Я нічого не добився в житті.  
г) Я потерпів повне фіаско – як батько, партнер, дитина, на професійному рівні – словом, усюди.
4. а) Не можу сказати, що я незадоволений.  
б) Як правило, я скучаю.  
в) Що б я ні робив, ніщо мене не радує, я як заведена машина.  
г) Мене не задовольняє абсолютно все.
5. а) У мене немає відчуття, ніби я когось образив.  
б) Може, я і образив когось, сам того не бажаючи, але мені про це нічого не відомо.  
в) У мене таке відчуття, ніби я всім приношу тільки нещастя.  
г) Я погана людина, дуже часто я кривдив інших людей.
6. а) Я задоволений собою.  
б) Іноді я відчуваю себе нестерпним.  
в) Іноді я відчуваю комплекс неповноцінності.  
г) Я абсолютно нікчемна людина.
7. а) У мене не складається враження, ніби я вчинив щось таке, що заслуговує покарання:  
б) Я відчуваю, що покараний або буду покараний за щось таке, де став винуватим.  
в) Я знаю, що заслуговую покарання.  
г) Я хочу, щоб життя мене покарало.
8. а) Я ніколи не розчаровувався в собі.  
б) Я багато разів відчував розчарування в самому собі.  
в) Я не люблю себе.  
г) Я себе ненавиджу.
9. а) Я нічим не гірший за інших.  
б) Деколи я припускаюся помилки.  
в) Просто жахливо, як мені не щастить.  
г) Я сію навколо себе одні нещастя.
10. а) Я люблю себе і не ображаю себе.  
б) Іноді я відчуваю бажання зробити рішучий крок, але не наважуюся.  
в) Було краще б зовсім не жити.  
г) Я подумую про те, щоб покінчити життя самогубством.
11. а) У мене немає причин плакати.  
б) Буває, що я і поплачу.  
в) Я плачу тепер постійно, так що не можу виплакати.  
г) Раніше я плакав, а зараз якось не виходить, навіть коли хочеться.
12. а) Я спокійний.  
б) Я легко дратуюсь.

- в) Я знаходжуся в постійній напрузі, як готовий вибухнути паровий котел.  
 г) Мені тепер все байдуже; те, що раніше дратувало мене, зараз ніби мене і не стосується.
- 13.а) Прийняття рішення не доставляє мені особливих проблем.  
 б) Іноді я відкладаю рішення на потім.  
 в) Приймати рішення для мене проблематично.  
 г) Я взагалі ніколи нічого не вирішую.
- 14.а) Мені не здається, ніби я виглядаю погано або гірше, ніж раніше.  
 б) Мене хвилює, що я не дуже добре виглядаю.  
 в) Справи йдуть дедалі гірше, – я виглядаю погано.  
 г) Я бридкий, у мене просто відштовхуюча зовнішність.
- 15.а) Вчинити вчинок – для мене не проблема.  
 б) Мені доводиться змушувати себе, щоб зробити який-небудь важливий в житті крок.  
 в) Щоб зважитися на що-небудь, я повинен дуже багато попрацювати над собою.  
 г) Я взагалі не здатний що-небудь реалізувати.
- 16.а) Я сплю спокійно і добре висипаюся.  
 б) Вранці я прокидаюся більш стомленим, ніж був до того, як заснув.  
 в) Я прокидаюся рано і відчуваю себе так, нібито не виспався.  
 г) Іноді я страждаю на безсоння, іноді прокидаюся по декілька разів за ніч, в цілому я сплю не більше п'яти годин на добу.
- 17.а) У мене збереглася колишня працездатність.  
 б) Я швидко втомлююся.  
 в) Я відчуваю себе стомленим, навіть якщо майже нічого не роблю.  
 г) Я настільки втомився, що нічого не можу робити.
- 18.а) Апетит у мене такий же, яким він був завжди.  
 б) У мене пропав апетит.  
 в) Апетит у мене набагато гірше, ніж раніше.  
 г) У мене взагалі немає апетиту.
- 19.а) Бувати на людях для мене так само приємно, як і раніше.  
 б) Мені доводиться примушувати себе зустрічатися з людьми.  
 в) У мене немає ніякого бажання бувати в суспільстві.  
 г) Я ніде не буваю, люди не цікавлять мене, мене взагалі не хвилює ніщо стороннє.
- 20.а) Мої еротико-сексуальні інтереси збереглися на колишньому рівні.  
 б) Секс вже не цікавить мене так, як раніше.  
 в) Зараз я міг би спокійно обходитися без сексу.  
 г) Секс взагалі не цікавить мене, я абсолютно втратив до нього потяг. 2
- 1.а) Я відчуваю себе цілком здоровим і піклуюся про своє здоров'я так само, як і раніше.  
 б) У мене постійно щось болить.  
 в) Із здоров'ям справи серйозні, я весь час про це думаю.  
 г) Моє фізичне самопочуття жахливе, болячки просто вимотують мене.

*Обробка результатів* За відповіді нараховується: “а” – 0 балів, “б” – 1 бал, “в” – 3 бали, “г” – 4 бали.

Підраховується загальна сума набраних балів (в тому випадку, якщо в окремих позиціях респондент обирає не одне, а декілька тверджень, рахують їх теж).

Інтерпретація результатів Ступінь депресії: 0-4 бали – депресія відсутня; 5-7 бали – легкий ступінь депресії; 8-15 бали – середній ступінь депресії; 16 і більше балів – високий рівень депресії.



МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ХЕРСОНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

вул. Шевченка, 57, м. Івано-Франківськ, 76000. Тел. +380963102636; e-mail: office@ksu.ks.ua; http://www.kspu.edu  
код за ЄДРПОУ 02125609 р/р UA22820172034311002200000120; UA068201720343120002000000120  
банк Держказначейська служба України, м. Київ

«15» квітня 2026 р. № 03-32/564

На № \_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_ 202\_\_ р.

**ДОВІДКА ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ**

даних дисертаційного дослідження **Щирук Ірини Анатоліївни** з теми  
«Соціально-психологічна підтримка військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу» на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук зі спеціальності 19.00.05 – соціальна психологія; психологія соціальної роботи

Цією довідкою засвідчується факт впровадження у період з вересня 2025 року до грудня 2025 року матеріалів дисертаційної роботи Щирук Ірини Анатоліївни у процес професійної підготовки бакалаврів та магістрів ОП «Психологія», факультету психології, історії та соціології Херсонського державного університету.

Результати дисертаційного дослідження І. А. Щирук присвячені визначенню особливостей соціально-психологічної підтримки військовослужбовців та цивільних осіб, які постраждали на ПТСР в умовах воєнного стресу. Теоретичні та емпіричні положення дисертаційної роботи були включені у лекційні та практичні заняття під час викладання ОК «Соціально-психологічний тренінг», «Теоретична та прикладна психологія у вимірах наукових парадигм», у підготовку кваліфікаційних робіт здобувачів. Результати впровадження засвідчили, що положення дисертаційної роботи Щирук Ірини Анатоліївни мають практичну та теоретичну значущість, їх використання в освітньому процесі сприяло покращенню підготовки здобувачів до професійної діяльності.

Результати дисертаційної роботи з теми «Соціально-психологічна підтримка військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу», представленого на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук зі спеціальності 19.00.05 – соціальна психологія; психологія соціальної роботи, розглянуто і затверджено на засіданні кафедри (протокол № 11 від 06.04.2026 року).

Перший проректор,  
професор



Сергій ОМЕЛЬЧУК

Володимир Гуріч  
(050) 494-53-13

**МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ  
ДОНЕЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ВНУТРІШНІХ СПРАВ**

**ЗАТВЕРДЖУЮ**

Перший проректор

кандидат юридичних наук, професор

полковник поліції



**Олена ВОЛОБУЄВА**

2026 р.

**АКТ**

**впровадження результатів дисертаційного дослідження  
з теми «Соціально-психологічна підтримка військовослужбовців та цивільних осіб,  
постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу»  
в науково-дослідну діяльність Донецького державного університету внутрішніх справ**

1. Комісія у складі:

Голова комісії: Ганна БУГА, начальник відділу організації наукової діяльності,  
доктор юридичних наук, доцент

Члени комісії:

1. Юлія ДАНИЛЕВСЬКА, завідувач відділення аспірантури (ад'юнктури) і докторантури, кандидат юридичних наук, старший науковий співробітник
2. Олена БОГУЧАРОВА, професор кафедри психології, соціології та педагогіки, доктор психологічних наук, доцент
3. Анжела ГЕЛЬБАК, завідувач кафедри психології, соціології та педагогіки, кандидат психологічних наук, доцент

2. Комісія встановила:

Результати дисертаційного дослідження ЩИРУК Ірини з теми «Соціально-психологічна підтримка військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу», поданого на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук за спеціальністю 19.00.05 – соціальна психологія; психологія соціальної роботи використовуються в науково-дослідній діяльності Донецького державного університету внутрішніх справ під час проведення загальнотеоретичних та галузевих досліджень спрямованих на подальший розвиток психології кризових станів та системи психосоціальної підтримки працівників МВС та їх сімей в умовах воєнного часу.

Зокрема, у науково-дослідній роботі ДонДУВС впроваджено такі результати дисертаційного дослідження:

- уточнену характеристику проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військовослужбовців та цивільного населення;
- модель соціально-психологічної підтримки постраждалих в умовах воєнного стресу;
- практичні рекомендації щодо організації психологічної допомоги, профілактики та реабілітації осіб із травматичним досвідом;
- напрями вдосконалення міждисциплінарної взаємодії у сфері надання психосоціальної допомоги.

Отримані результати використовуються при підготовці наукових публікацій, виконанні колективних та індивідуальних науково-дослідних тем, а також у розробленні науково-методичного забезпечення досліджень із проблем психічного здоров'я в умовах воєнного стану.

Голова комісії:

  
Ганна БУГА

Члени комісії:

 Юлія ДАНИЛЕВСЬКА

 Олена БОГУЧАРОВА

 Анжела ГЕЛЬБАК

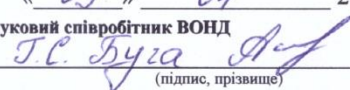
**ЗАРЕЄСТРОВАНО**

в журналі обліку актів впровадження результатів наукових досліджень в науково-дослідну діяльність

Донецького державного університету внутрішніх справ

« 09 » 04 2026 р.

Науковий співробітник ВОНД

  
(підпис, прізвище)

ЗАТВЕРДЖУЮ

Т.в.о. проректора з навчальної  
роботи

КПІ ім. Ігоря Сікорського



 Андрій ШИШОЛІН

» \_\_\_\_\_ 2026 року

### АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів дисертаційного дослідження

Щирук Ірини Анатоліївни «Соціально-психологічна підтримка  
військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах  
воєнного стресу» на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук  
зі спеціальності 19.00.05 – соціальна психологія; психологія соціальної роботи

Комісія у складі:

голова – декан факультету соціології і права КПІ імені Ігоря Сікорського,  
канд. філос. наук, доцент Акімова О.А.; члени комісії: завідувач кафедри  
психології та педагогіки, канд. психол. наук, доцент Хілько С.О.; професор  
кафедри психології та педагогіки, д. психол. наук, професор Волянчук Н.Ю.,  
професор кафедри психології та педагогіки, д. психол. наук, професор., Ложкін  
Г.В., цим актом засвідчується факт впровадження в період з вересня по грудень  
2025 року матеріалів дисертаційної роботи Щирук Ірини Анатоліївни в освітній  
процес підготовки здобувачів вищої освіти першого (бакалаврського) рівня за  
освітньо-професійними програмами «Прикладна психологія» (спеціальність 053  
«Психологія» / С4 «Психологія») та «Міжнародні соціальні проекти та  
волонтерська діяльність» (спеціальність 231 «Соціальна робота» / 110  
Соціальна робота та консультування) матеріалів дисертаційного дослідження в  
межах навчальних дисциплін. Зазначені матеріали використано під час

викладання навчальної дисципліни «Превенція і промоція психічного здоров'я», а також в межах освітньої компоненти «Військова психологія».

Результати дисертаційного дослідження Щирук І.А., а саме розроблена структурно-функціональна модель соціально-психологічної підтримки військовослужбовців та цивільних осіб, які постраждали від ПТСР в умовах воєнного стресу, було впроваджено до змісту освітніх компонент. Зазначена модель спрямована на сприяння інтеграції індивідів у суспільство, відповідає цілям надання соціальних послуг і визначає системно-інтегрований характер такої підтримки. Структурно-функціональна модель охоплює організаційні умови реалізації відповідного супроводу, зокрема мету і завдання соціально-психологічної підтримки, концептуальне (у тому числі нормативно-правове) забезпечення, а також основні підходи та ключові принципи її здійснення.

Зазначені результати кореспондують з інституційною політикою КПШ ім. Ігоря Сікорського у сфері підтримки постраждалих від війни: в університеті діє Центр ветеранського розвитку, який здійснює програми соціально-економічної та психологічної реінтеграції ветеранів і постраждалих цивільних осіб та розвиває партнерські ініціативи у цій галузі. Це підтверджує затребуваність подібних досліджень для формування університетської політики та розвитку інституційних ініціатив з підтримки постраждалих.

У межах дисципліни «Превенція і промоція психічного здоров'я» теоретичні та емпіричні положення дисертаційної роботи були включені до лекційних і практичних занять, а також до підготовки студентських науково-дослідних робіт. Їх застосування в освітньому процесі сприяло підвищенню якості професійної підготовки здобувачів вищої освіти, формуванню у них цілісного уявлення про особливості соціально-психологічної підтримки осіб із ПТСР.

У силабусі освітнього компонента «Військова психологія» оновлено та розширено зміст окремих тем. Зокрема, у темі 15 «Психологічна травма та посттравматичний стресовий розлад» додано матеріали дисертаційного дослідження щодо структурно-функціональної моделі соціально-психологічної

підтримки військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу. Тему 17 «Психологічна підтримка при реінтеграції постраждалих від військових дій у суспільство» доповнено матеріалами дисертації про забезпечення соціальної інтеграції у суспільство постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу. Теоретичні та емпіричні положення дисертаційного дослідження інтегровано у зміст лекційних і практичних занять із зазначених тем. До списку додаткової літератури з військової психології додано посилання на наукові публікації здобувачки.

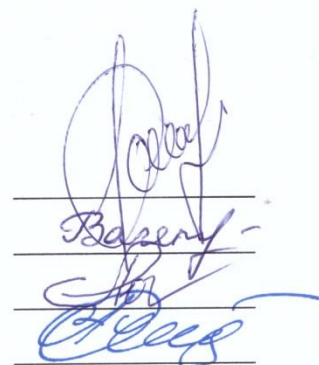
Результати впровадження обговорено на схвалено на засіданні кафедри психології та педагогіки (протокол № 13 від 21.03.2026 р.).

Голова комісії: канд. філос. наук., доц. Акімова О.А.

Члени комісії: д-р. психол. наук, проф. Волянчук Н.Ю.

д-р. психол. наук, проф. Ложкін Г.В.

канд. психол. наук., доц. Хілько С.О.





## МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ

Центральноукраїнський інститут ПрАТ «ВНЗ «МАУП»

Код ЄДРПОУ 24717441, код ЄДЕБО 1182

Україна, 25026, м. Кропивницький, вул. Варшавська, 2,  
тел/факс (0522)27-50-07, E-mail: ki\_maup@ukr.net

---

«24» Вересня 2026 р. № 38

### Д О В І Д К А ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

даних дисертаційного дослідження

Щирук Ірини Анатоліївни «Соціально-психологічна підтримка військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу» на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук зі спеціальності 19.00.05 – соціальна психологія; психологія соціальної роботи.

Цією довідкою засвідчується факт впровадження у період з вересня 2025 року до грудня 2025 року матеріалів дисертаційної роботи Щирук Ірини Анатоліївни у процес професійної підготовки бакалаврів та магістрів напрямку «Психологія (Практична психологія)», кафедри психології та соціально-гуманітарних дисциплін.

Результати дисертаційного дослідження Щирук І.А, збагачує психологічну теорію і практику розробленою, адаптованою програмою соціально-психологічної підтримки військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу, яка реалізується на корекційному, відновлювальному та профілактичному рівнях. Теоретично обґрунтовано й емпірично визначено ефективність програми соціально-психологічної підтримки військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу. Компоненти ефективності Програми соціально-психологічної підтримки військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих

на ПТСР в умовах воєнного стресу включають реалізацію організаційних умов через упровадження розробленої технології соціально-психологічної підтримки військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу та реалізацію потенційних особистісних ресурсів, самопрезентацію і блокування життєвої самореалізації для активізації ресурсних можливостей і підвищення адаптаційного потенціалу військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу.

Теоретичні та емпіричні положення дисертаційної роботи були включені у лекційні та практичні заняття під час викладання дисциплін «Соціальна психологія», «Теоретична та прикладна психологія у вимірах наукових парадигм» у підготовку студентських науково-дослідних робіт. Результати впровадження засвідчили, що положення дисертаційної роботи Щирук Ірини Анатоліївни мають практичну та теоретичну значущість, їх використання в освітньому процесі закладу сприяло покращенню якості підготовки студентів до професійної діяльності.

Результати дисертаційної роботи з теми «Соціально-психологічна підтримка військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу», представленого на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук зі спеціальності 19.00.05 – соціальна психологія; психологія соціальної роботи, розглянуто і затверджено на засіданні кафедри (протокол № 4 від 26.12.2025 року).

**Директор  
Центральноукраїнського інституту  
ПрАТ «ВНЗ «МАУП»**



**Роман КОЛІСНІЧЕНКО**

**ЗАТВЕРДЖУЮ**

Проректор Національної  
академії внутрішніх справ  
доктор юридичних наук, професор  
полковник поліції

**Сергій ЧЕРНЯВСЬКИЙ**

2026

**АКТ**

31.03. 2026

м. Київ

№ 87-07

Впровадження результатів дисертації Щирук Ірини Анатоліївни на тему: «Соціально-психологічна підтримка військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу» в освітній процес НАВС

Експертна комісія з виявлення, узагальнення та впровадження позитивного досвіду роботи у складі:

- начальника відділу організації освітнього процесу, Вікторії Бойчук;
- завідувача кафедри кримінальної юстиції, кандидата юридичних наук, доцента, Ольги Хахуцяк;
- завідувача кафедри юридичної психології, доктора філософії, Маріанни Буданової;
- начальника відділу аспірантури (ад'юнктури) і докторантури, доктора юридичних наук, професора Олени Тихонової;
- завідувача загальної бібліотеки Людмили Гайдар.

Комісія розглянула й узагальнила матеріали дисертації, поданої на здобуття кандидата психологічних наук зі спеціальності 19.00.05 – соціальна психологія; психологія соціальної роботи та наукові праці аспіранта Щирук Ірини Анатоліївни на тему: «Соціально-психологічна підтримка військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР в умовах воєнного стресу».

Проаналізовано основні результати дослідження Щирук І.А., зокрема наукові праці, в яких опубліковані теоретичні положення дисертації:

1. Щирук І.А. Психологічні особливості негативних наслідків ПТСР й травмування у військовослужбовців та осіб постраждалих на бойовий стрес. Наукові записки. Серія: Психологія, (3), 87–93. <https://doi.org/10.32782/cusu-psy-2024-3-12>.
2. Щирук І.А. Соціально-психологічні особливості травмування військовослужбовців в умовах бойового стресу й специфіка корекції: аксіо-особистісний підхід. Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. Праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. Северодонецьк: Вид-во СХУ ім. В. Даля, 2024. № 3, Том 2. С. 92-101 DOI:

<https://doi.org/10.33216/2219-2654-2024-65-3-2-92-101>.

3. I. Popovich, I. Koval, N. Zavatska, N. Hoi, I. Shchyruk, H. Domina, S. Zinchenko. Impact of psychogenic factors on motivational orientation of junior athletes. *Journal of Physical Education and Sport*. Vol.23, issue 9, September 2023, article number 270.

4. Щирук І. А. Аксіо-особистісний підхід у психотерапії ПТСР внаслідок воєнного стресу у військовослужбовців. Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи, 2023, № 1. С. 25-38 DOI: <https://doi.org/10.33216/2219-2654-2023-60-1-25-38>.

Наукові тези:

1. Щирук І. Психологічні наслідки психічних розладів у військовослужбовців та осіб, постраждалих внаслідок воєнного стресу Всеукраїнський форум аспірантів спеціальності 053 «Психологія». «У колі однодумців».

2. Щирук І. Психологічні особливості розладів у військовослужбовців та осіб, постраждалих внаслідок бойових дій // Наукова спадщина української психології: єдність минулого та теперішнього / Збірник тез доповідей щорічного наукового круглого столу (м.Київ, 12 вересня 2024 року) / за ред. Максименка С.Д., В.В.Турбан. – Київ, Інститут психології імені Г.С.Костюка НАПН України, 2024 URI: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/737690>.

3. Щирук І. Психологічні особливості негативних наслідків воєнного стресу у військовослужбовців та осіб, постраждалих внаслідок бойових дій Збірник матеріалів Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Київ, 09-10 листопада 2024 року) / за ред. С. Д. Максименка, В. В. Турбан. – Київ, Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2023. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/737697>.

4. Щирук І. Психологічні особливості аксіологічного підходу при наданні психологічної допомоги особам постраждалим на ПТСР Цілісний підхід у психології та соціальній роботі: теорія та практика. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Цілісний підхід у психології та соціальній роботі: теорія та практика» (23 лютого 2024 року): Збірник тез. 2024. С. 242 [https://www.cusu.edu.ua/images/stories/news\\_2024/pedfak/01/24-01-09-00/Tezu\\_konf.pdf](https://www.cusu.edu.ua/images/stories/news_2024/pedfak/01/24-01-09-00/Tezu_konf.pdf)

5. Щирук І. Психологічні особливості проявів стрес-фактору у осіб постраждалих на ПТСР. Актуальні проблеми психології особистості на європейському просторі : Матеріали ІХ Міжнародної науково-практичної конференції, 15 лютого 2024 р. / за ред. С.Д. Максименка, Л.А. Онуфрієвої. Кам'янець-Подільський : Видавець Ковальчук О.В., 2024. С. 123.






6. Щирук І. Психологічні особливості висвітлення природи аксіології особистості в умовах трансформації суспільства. Становлення особистості: персоногенетичний контекст: збірник тез доповідей ІІ Міжнародної науково-практичної конференції, 23-24 квітня 2024 р., м. Мукачєво / ред. кол. Т. Д. Щербан (гол. ред.) та ін. Мукачєво: Вид-во МДУ, 2024. С.46-48.

7. Щирук І.А. Змістовно-процесуальні засади програми соціально-психологічної підтримки військовослужбовців та цивільного населення, які

постраждали на ПТСР в умовах воєнного стресу XIII Всеукраїнська науково-практична конференція Актуальні питання теорії та практики психолого-педагогічної підготовки майбутніх фахівців 10 квітня 2025 р.

На основі проведеного аналізу комісія зробила висновок, що праці Щирук І.А. містять науково обґрунтовані теоретичні положення і практичні рекомендації, що дає підстави запровадити їх для використання в освітньому процесі Національної академії внутрішніх справ, зокрема при викладанні навчальних дисциплін «Особливі порядки кримінальних проваджень», «Психологічна реабілітація постраждалих від воєнних дій», «Професійно-психологічна підготовка правника», «Юридична психологія», «Психологія здоров'я» під час підготовки навчально-методичних та дидактичних матеріалів, а також рекомендувати їх до вивчення під час самостійної роботи здобувачів вищої освіти.

**Члени комісії:**

 Вікторія БОЙЧУК  
 Ольга ХАХУЦЯК  
 Маріанна БУДАНОВА  
 Олена ТИХОНОВА  
 Людмила ГАЙДАР