

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХЕРСОНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ, ІСТОРІЇ ТА СОЦІОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

ВПЛИВ ТРИВАЛОСТІ БОЙОВИХ ДІЙ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Кваліфікаційна робота

на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

Виконав: здобувач 2 курсу 07-231М групи
Спеціальності 053 Психологія
Освітньо-професійної програми «Психологія»
Сергій САЖНЄВ
Керівник: докторка психол. наук, професорка
Анжеліка Коллі-Шамне

Івано-Франківськ – 2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВПЛИВУ БОЙОВИХ ДІЙ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ.....	6
1.1. Поняття психічного здоров'я у наукових дослідженнях	6
1.2. Чинники формування психічного здоров'я військовослужбовців . Error! Bookmark not defined.	
1.3. Закономірності впливу бойових дій на психічне здоров'я військовослужбовців..... Error! Bookmark not defined.	
Висновки до розділу 1	Error! Bookmark not defined.
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОТОЧНОГО СТАНУ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ.....	24
2.1. Обґрунтування процедури та методик емпіричного дослідження поточного стану психічного здоров'я військовослужбовців.....	24
2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження поточного стану психічного здоров'я військовослужбовців.....	29
Висновки до розділу 2.....	37
РОЗДІЛ 3. ПСИХОКОРЕКЦІЙНА ПРОГРАМА ІЗ ПОДОЛАННЯ ВПЛИВУ ТРИВАЛИХ БОЙОВИХ ДІЙ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ.....	38
3.1. Структура психокорекційної програми із подолання впливу тривалих бойових дій на психічне здоров'я військовослужбовців.....	38
3.2. Ефективність психокорекційної програми із подолання впливу тривалих бойових дій на психічне здоров'я військовослужбовців.....	46
Висновки до розділу 3.....	54
ВИСНОВКИ	57
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	59

ВСТУП

Актуальність дослідження. В умовах сучасних збройних конфліктів, зокрема війни в Україні, значна кількість військовослужбовців безпосередньо залучена до бойових дій. Це спричиняє масове поширення психологічних проблем, які впливають не лише на їхнє здоров'я, а й на їхні сім'ї та соціальне оточення.

Повернення військовослужбовців з фронту супроводжується складною адаптацією до мирного життя. Відсутність належної психологічної підтримки може призводити до соціальної ізоляції, конфліктів у родині, труднощів у працевлаштуванні, що погіршує загальний рівень соціальної стабільності.

За даними міжнародних досліджень, у ветеранів та військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, значно підвищений ризик розвитку таких розладів, як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресія, тривожні стани, суїцидальні думки. В Україні через масштабні бойові дії проблема набуває критичного характеру. Хронічний стрес під час бойових дій спричиняє зміни в роботі нервової системи, що може призводити до соматичних захворювань (гіпертонія, серцево-судинні розлади, порушення сну, хронічна втома).

Військовослужбовці стикаються з екстремальними ситуаціями, які вимагають негайних рішень, що спричиняє високий рівень емоційної напруги. Недостатня психологічна підготовка та відсутність ефективних методів подолання стресу підвищують ризик психічних розладів. Довготривала участь у бойових діях може змінювати світогляд військовослужбовця, знижувати рівень емпатії, викликати агресивність або апатію, що впливає на взаємодію з суспільством.

Психічне здоров'я військовослужбовців напряму впливає на їхню боєздатність. Хронічний стрес і психологічні травми можуть знижувати

рівень мотивації, концентрацію уваги, когнітивні здібності, що є критичним для виконання бойових завдань.

Дослідження особливостей психічного здоров'я військовослужбовців представлені в працях таких авторів, як О. Кокун, С. Лебедева, Х. Турецька, С. Чижевський, В. Шемчук та ін. Сучасні закордонні науковці досліджують посттравматичний стресовий розлад, нейропсихологічні аспекти адаптації, а також вплив бойових дій на соціальне функціонування, серед яких: J. Santos, J. Williams, L. Shapiro, M. Rodriguez, A. Smith, C. Brown, K. Wilson, J. Green. Проте, проблема впливу бойових дій на психічне здоров'я військовослужбовців висвітлена у наукових джерелах недостатньо широко, тому є актуальною і потребує детального вивчення.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Робота виконувалась у межах науково-дослідної теми кафедри психології «Становлення та розвиток особистості в умовах соціальних трансформацій» (державний реєстраційний номер 0125U001891).

Мета кваліфікаційної роботи полягає у дослідженні особливостей впливу бойових дій на психічне здоров'я військовослужбовців.

Мета передбачала виконання таких дослідницьких **завдань**:

- 1) здійснити теоретичний аналіз сучасних підходів до вивчення закономірностей впливу бойових дій на психічне здоров'я військовослужбовців;
- 2) провести комплексне емпіричне дослідження чинників впливу бойових дій на психічне здоров'я військовослужбовців;
- 3) розробити психокорекційну програму із подолання впливу тривалих бойових дій на психічне здоров'я військовослужбовців, перевірити її ефективність.

Об'єкт дослідження: психічне здоров'я військовослужбовців.

Предмет дослідження: закономірності впливу бойових дій на психічне здоров'я військовослужбовців.

Методи і методики дослідження:

- *теоретичні методи*: узагальнення та аналіз наукової літератури, що розкривають закономірності впливу бойових дій на психічне здоров'я військовослужбовців; порівняльний аналіз різних методик з метою визначення їх ефективності.

- *емпіричні методи*: методика «Шкалована самооцінка психофізіологічного стану» (О.М. Кокуна); методика «Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)» (Т.М. Кіане); методика «Оцінка схильності до суїцидальних реакцій»; методика «Мультимодальна модель BASIC Ph» (модель М. Лахада); методика «Госпітальна шкала тривоги і депресії HADS» (А. Зігмонда та Р. Снейта);

- *математично-статистичні методи* аналізу емпіричних даних: описова статистика та Т-критерій Вілкоксона для встановлення ефективності чи недієвості розробленої програми для визначення значущості змін у показниках після застосування психодіагностичних методик.

Наукова новизна одержаних результатів полягає у розробці програми психологічного супроводу та адаптації військовослужбовців, психічне здоров'я яких зазнало впливу бойових дій.

Практичне значення одержаних результатів. Емпіричний матеріал роботи може стати підґрунтям для розробки програми психологічного супроводу та адаптації військовослужбовців, психічне здоров'я яких зазнало впливу бойових дій.

Апробація та публікація результатів дослідження. Результати емпіричного дослідження обговорювалися на засіданні кафедри психології (протокол від 05.12.2025 № 8), результати висвітлено у науковій збірці «Магістерські студії» Херсонського державного університету (тези «Вплив тривалості бойових дій на психічне здоров'я військовослужбовців.», листопад 2025 р.).

Структура роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, що налічує 42 джерела.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВПЛИВУ БОЙОВИХ ДІЙ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

1.1. Поняття психічного здоров'я у наукових дослідженнях

Аналіз наукової літератури свідчить про те, що основні підходи до визначення сутності психічного здоров'я представлені в офіційних документах Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ). У цих матеріалах висвітлюється значення психічного здоров'я у загальній структурі здоров'я людини, розглядаються ключові фактори ризику, що можуть спричиняти його погіршення, а також визначаються умови та стратегії збереження, відновлення та зміцнення психічного благополуччя [42].

Психічне здоров'я - це основна складова успішного та щасливого життя кожної людини та один з основних параметрів оцінки стану населення. Як зауважує М. Фомич, термін «психічне здоров'я» пов'язує медичну та психологічну науки, оскільки, в одних випадках, психічні стани стають головною причиною захворювання, в інших – будь-яке соматичне страждання знаходить своє відображення в психічному полі людини [33].

Психічне здоров'я людини описується як рівень реалізації її можливостей бути людиною з урахуванням закономірностей, відомих науці. За баченням Л. Карамушкої, загальне визначення здоров'я включає такий стан людини, при якому: збережено структурні та функціональні характеристики організму; є висока пристосовність до змін у звичному природному та соціальному середовищі; зберігається емоційне та соціальне благополуччя [8].

Як підкреслюють Д. Костюк, В. Костюк, із погляду медичного підходу психічне здоров'я розглядається як найважливіша складова загального

здоров'я і означає успішність психічного функціонування, що лежить в основі ефективності предметної та інтелектуальної діяльності, спілкування, психічного розвитку, адаптації до важких життєвих обставин (відповідно до визначення ВООЗ); інтегральна характеристика повноцінності психічного функціонування [17].

Д. Міров визначає психічне здоров'я як стан душевного благополуччя, що характеризується відсутністю хворобливих психічних явищ і забезпечує належну адаптацію поведінки до умов навколишньої реальності та діяльності. Психічне здоров'я людини визначається як комплекс здібностей і особистісних якостей, що дозволяють успішно адаптуватися в соціумі. Це стан, при якому особистість здатна реалізувати свій потенціал, справлятися з повсякденними завданнями, продуктивно вчитися і виконувати суспільні та домашні обов'язки [25].

Л. Карамушка у своїй роботі відмічає, що «психічне здоров'я» має відношення, до окремих психічних процесів і механізмів, а «психологічне здоров'я» відноситься до особистості в цілому (з точки зору повноти, багатства розвитку особистості) і акцентує власне психологічний аспект. Авторка виділяє значимість особистісного та духовного змісту в психологічному здоров'ї людини, визначаючи духовність, як глибинну сутність, як особливий емоційно-моральний стан особистості, орієнтований на прийняття абсолютних цінностей, таких як: істина, краса, добро [7;9].

Як відзначає С. Уварова, відмінність у використанні термінів залежить від сфери практичного застосування: у психотерапії – це психічне здоров'я, а в психологічному консультуванні та корекції – психологічне здоров'я; а також – від адресата впливу: у психотерапії робота ведеться з хворими людьми, у психологічному консультуванні та корекції – зі здоровими, які мають труднощі вирішення тієї чи іншої критичної ситуації. Тут доцільно звернутися до поняття норми. У першому випадку за норму правомірно приймати відсутність патології, відсутність симптомів, що заважають адаптації людини в суспільстві, у другому норма – це, навпаки, присутність

певних особистісних характеристик, що дозволяють не лише адаптуватися до суспільства, а й розвиваючись самому, сприяти його розвитку [31].

Л. Спицька основними складовими психологічного здоров'я людини називає:

1. Сприяння формуванню активності людини, яка необхідна йому для здійснення саморегуляції, тобто, існують сенситивні періоди у розвитку того чи іншого виду активності (рухової, пізнавальної, комунікативної тощо). Неадекватна організація життєвих структур блокує активність, знижує її рівень або надає їй іншу спрямованість.

2. Наявність досвіду самотійного подолання перешкод.

3. Всемірна підтримка розвитку рефлексії, коли у людини формується до розуміння себе, своїх особливостей і можливостей, причин і наслідків своєї поведінки.

4. Наявність ціннісних орієнтацій у розвитку людини, коли вона отримує можливість реалізувати свої ідеали, життєві устремління і відповідно, будувати своє світорозуміння [29].

Л. Терещенко та Т. Петровська звертають увагу на те, що визначення психічного здоров'я як «відсутності захворювань» має свої обмеження. Адже психічне здоров'я – це не лише відсутність патологій, а й здатність людини до самореалізації, розвитку та збереження позитивної самооцінки. Здатність особистості адекватно реагувати на виклики навколишнього світу також є важливим показником психічного благополуччя. Важливо зазначити, що адаптація людини до навколишнього світу передбачає її здатність адекватно сприймати реальність, регулювати власні емоції та ефективно долати стресові ситуації. Відсутність психічних розладів дозволяє людині зберігати внутрішню рівновагу, формувати здорові міжособистісні відносини та здійснювати професійну діяльність на належному рівні. Таким чином, підхід авторів дає змогу розглядати психічне здоров'я не лише через призму патологій, а й як динамічний процес підтримки та розвитку особистості, здатної ефективно функціонувати у складних життєвих умовах [26].

Як відмічає Д. Міров, важливе місце у вивченні психічного здоров'я займає аналіз механізмів його підтримки та розвитку, а також чинників, які можуть спричинити порушення або дисбаланс у психологічному стані особистості. Автор наголошує, що розуміння механізмів підтримки психічного здоров'я є необхідним для розробки ефективних стратегій профілактики психічних розладів, а також для сприяння психологічному відновленню після кризових ситуацій. Дослідник підкреслює, що вивчення психічного здоров'я тісно пов'язане із загальним уявленням про особистість та механізми її розвитку. Це означає, що психічне здоров'я не є статичним станом, а формується протягом усього життя людини під впливом внутрішніх та зовнішніх факторів. Зокрема, на нього впливають індивідуальні особливості людини, її життєвий досвід, соціальні зв'язки, рівень емоційної підтримки, самооцінка, а також здатність до саморегуляції та саморозвитку.

Д. Міров також акцентує увагу на тому, що дослідження психічного здоров'я є важливим для усвідомлення процесів соціалізації та адаптації людини у суспільстві. Адже здатність особистості до підтримки стабільного психічного здоров'я сприяє її успішній інтеграції у соціальне середовище, ефективному вирішенню конфліктів та реалізації власного потенціалу [25].

С. Максименко, Я. Руденко, А. Кушнерьова та В. Невмержицький розглядають психічне здоров'я як важливий аспект загального здоров'я людини. На їхню думку, воно пов'язане зі станом душевного комфорту, що включає відсутність психопатологічних проявів, а також здатність особистості ефективно діяти та самостійно регулювати свою поведінку [19].

Отже, психічне здоров'я – це не тільки відсутність психічних захворювань, а й здатність людини ефективно функціонувати в різних аспектах життя. Воно включає емоційну стабільність, когнітивну функціональність, соціальну адаптацію та саморегуляцію. Психічне здоров'я розглядається як динамічний процес, що забезпечує здатність особистості долати труднощі та підтримувати гармонійні соціальні зв'язки. Важливими

чинниками є здатність до саморефлексії, емоційної регуляції та адаптації до життєвих викликів. Підтримка психічного здоров'я є необхідною умовою для розвитку особистості та її інтеграції в суспільство.

1.2. Чинники формування психічного здоров'я військовослужбовців

О.М. Кокун із співавторами зазначає, що особливості військової служби, зокрема перебування в екстремальних ситуаціях, постійна готовність до виконання завдань, фізичні та психоемоційні навантаження, істотно впливають на стан психічного здоров'я особового складу. Формування психологічної стійкості військових обумовлене багатьма взаємопов'язаними чинниками, які можна розділити на біологічні, психологічні, соціальні, а також чинники службової діяльності та бойового середовища [13].

Г. Лазос в ході свого дослідження визначив, що емоційний інтелект відіграє ключову роль у забезпеченні психологічної стійкості військових. Здатність усвідомлювати, контролювати та виражати емоції сприяє збереженню внутрішньої рівноваги навіть у критичних ситуаціях. Особливе значення має наявність навичок самоконтролю, що дозволяє уникати імпульсивних реакцій у небезпечних умовах та забезпечує ефективність прийняття рішень. Крім того, здатність працювати в команді та розуміти емоційний стан товаришів по службі сприяє формуванню позитивного соціального мікроклімату, що є важливим ресурсом підтримки в умовах служби [20].

Д.С. Мещеряков притримується думки, що внутрішньокolleктивні стосунки також відіграють визначальну роль у формуванні психічного благополуччя. Дружні відносини між військовими, взаємопідтримка, почуття довіри та згуртованості сприяють зниженню рівня напруженості та підвищенню мотивації до виконання завдань. Соціальне визнання, усвідомлення значущості власної професійної діяльності та суспільна підтримка також є важливими факторами, що підвищують рівень

задоволеності службою та позитивно впливають на психоемоційний стан військових [24].

Соціальні чинники формування психічного здоров'я військовослужбовців, як відмічається в праці С. Максименко із співавторами, включають як внутрішньокolleктивні, так і зовнішні аспекти взаємодії. Підтримка з боку родини та близького оточення є важливим джерелом психологічної стійкості, оскільки знижує рівень тривожності та сприяє більшій впевненості у майбутньому. Військовослужбовці, які підтримують тісний зв'язок із родиною, демонструють вищий рівень адаптації до стресових умов та меншу схильність до депресивних станів [22].

О.М. Кокун, Н.А. Агаєв, І.О. Пішко, Н.С. Лозінська та В.В. Остапчук дійшли висновку, що психологічні чинники формування психічного здоров'я військовослужбовців охоплюють широкий спектр характеристик особистості, зокрема рівень стресостійкості, особливості емоційної регуляції, здатність до самоконтролю та рівень розвитку когнітивних процесів. Одним із визначальних факторів є сформованість адаптаційних механізмів, які забезпечують ефективне подолання стресових ситуацій. Високий рівень стресостійкості сприяє швидкому відновленню психічного стану після пережитих напружених подій. Важливе значення має рівень психологічної підготовки, оскільки спеціальні тренінги та заняття дозволяють сформувати навички ефективного саморегулювання, контролю емоційних реакцій та підтримки внутрішньої мотивації [14].

У роботі П. Мельника розглядається комплексний підхід до формування психологічної стійкості військовослужбовців, аналізуються сучасні методи тренувань, спрямовані на підвищення адаптаційних можливостей та зниження впливу стресових факторів під час бойових дій. Впровадження індивідуальних і групових тренінгів дозволяє зміцнити емоційну стабільність та розвиток когнітивних навичок. Використання технологій біологічного зворотного зв'язку допомагає військовослужбовцям краще контролювати свої фізіологічні реакції на стрес. Рекомендації

включають регулярну психологічну підтримку та інтеграцію навичок стійкості в повсякденну військову підготовку для довготривалого ефекту [23].

Як зазначається в праці Л. Карамушки, військова служба передбачає вплив численних екстремальних факторів, які можуть мати як позитивний, так і негативний вплив на психічне здоров'я. Досвід перебування у зоні бойових дій, рівень фізичного навантаження, характер та тривалість виконуваних завдань, умови проживання та доступ до ресурсів для відновлення мають суттєве значення для формування психологічної рівноваги військовослужбовця. Тривала участь у бойових операціях нерідко супроводжується розвитком посттравматичного стресового розладу, який може мати серйозні наслідки для психічного та фізичного здоров'я. Таким чином, з метою запобігання негативним наслідкам стресу важливим є впровадження ефективних програм психологічної підготовки, реабілітації та супроводу військовослужбовців. Регулярна робота з психологами, тренінги з управління стресом, розвиток навичок емоційної регуляції та створення сприятливого соціального середовища сприяють зниженню рівня тривожності та покращенню психічного стану. Значну роль відіграють програми адаптації після повернення з бойових дій, що допомагають військовим інтегруватися у мирне життя та впоратися з наслідками пережитого стресу [9].

Як зазначає М. Козігора, для того, щоб вижити в умовах бойових дій, військовик повинен перебудувати всю свою сутність (рівень пильності, швидкість реакцій, стиль поведінки, систему цінностей та відносин до навколишнього середовища, людей, самого себе) відповідно до вимог війни. Така перебудова, пристосування до режиму бойової життєдіяльності, стрес-чинників відбувається з кожним її учасником і акумулюється у феномені «бойового стресу» [12].

Дослідженню бойового стресу військовослужбовців та його негативним наслідкам у наукових роботах приділяється окрема увага.

Зокрема, А. Шиделко наводить дані про те, що переважна більшість військовослужбовців уникають говорити про власні психічні та психологічні проблеми, що призводить до неможливості їх діагностувати та вчасно вирішувати. Наслідки бойового стресу можуть негативно позначатись на психологічному і фізіологічному стані військовослужбовця, а умови бойових дій можуть лише закріплювати негативний характер стану, однак існує і феномен посттравматичного зростання [37].

О. Білецький у своїй статті аналізує специфічні стресори, такі як постійна небезпека, втрата товаришів, тривала розлука з родиною та відсутність чіткого завершення бойових завдань. Автор також акцентує на важливості адаптації системи психологічної підтримки до нових викликів, пропонуючи впровадження індивідуалізованих підходів для зменшення впливу стресових факторів. Серед рекомендацій виділяються створення програм психологічної реабілітації та використання когнітивно-поведінкових методів для покращення стресостійкості військових. Зокрема, запропоновано активніше залучати військових психологів до планування бойових операцій і підготовки особового складу [1].

О. Кухарук, М. Сириця у своєму виданні висловлюють системний підхід до ментального здоров'я. Психологічна допомога має бути інтегрованою у всі аспекти військової служби, включаючи тренування, виконання бойових завдань і постбойову реабілітацію. Значна увага приділяється формуванню навичок саморегуляції, емоційної стійкості та адаптивних стратегій поведінки в умовах стресу. «Путівник» є корисним інструментом для військових психологів та командирів, надаючи практичні інструкції щодо підтримки психічного здоров'я військових. Комплексний підхід, викладений у посібнику, сприяє підвищенню ефективності психологічної допомоги та збереженню боєздатності військовослужбовців [18].

Інструкція управління психологічного забезпечення ГУ МПЗ ЗСУ, визначає три ключові етапи психологічної підтримки: до, під час і після

бойових дій. Основна увага зосереджена на превентивних заходах, кризовій підтримці в екстремальних умовах та постбойовій реабілітації. Протоколи підкреслюють важливість інтеграції психологічної допомоги у військові процеси, ролі командирів і військових психологів, а також використання таких методів, як когнітивно-поведінкова терапія, техніки релаксації і групова терапія. Дотримання цих протоколів допомагає знизити ризик розвитку психологічних розладів і сприяє збереженню боєздатності та психічного здоров'я військових [27].

О. Кокун, Н. Лозінська, І. Пішко, Н. Агаєв у своїй роботі детально розглядають психологічні аспекти допомоги військовослужбовцям, які перебувають у зонах бойових дій. Авторами запропоновано структурований підхід до надання психологічної підтримки, який враховує специфіку військової служби та бойових умов. Військовослужбовці стикаються з інтенсивними стресовими навантаженнями, які можуть призвести до психологічних розладів. Тому ефективна психологічна допомога повинна враховувати як індивідуальні особливості військових, так і специфіку бойових завдань. Важливим є забезпечення доступу до кризового консультування безпосередньо в зоні бойових дій. Це дозволяє оперативно знижувати рівень стресу та попереджати розвиток серйозніших психологічних розладів. Групова підтримка, в тому числі через побратимів і командирів, сприяє збереженню бойового духу та емоційної стабільності [16].

Дослідження І. Ковальчука присвячене аналізу посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед українських військових. Автор розглядає основні симптоми, серед яких повторне переживання травматичних подій, підвищена збудливість і уникання, що істотно впливають на повсякденне життя. Дослідження також виділяє фактори ризику, такі як тривалість участі у бойових діях та відсутність адекватної психологічної підтримки. Ковальчук акцентує увагу на важливості своєчасної діагностики ПТСР і пропонує ефективні психологічні інтервенції, зокрема когнітивно-поведінкову терапію,

групові сесії та сімейну підтримку. Практичні рекомендації автора спрямовані на підвищення стійкості військових до стресу та зменшення негативних наслідків тривалого перебування у зонах бойових дій [11].

С. Лебедева відзначає, що, незважаючи на те, що ПТСР формально є психічним захворюванням, його вивчення має комплексний характер, а діагностика належить до компетенції психологів, психотерапевтів та соціальних працівників, що надзвичайно важливо при складанні комплексних реабілітаційних програм для учасників бойових дій. Аналіз травматичного досвіду військовослужбовців, отриманого в ході бойових дій, дозволяє реалізувати реабілітаційні програми, які б сприяли більш ефективній інтеграції колишніх комбатантів у мирний соціальний простір [21].

Н. Жигайло та Т. Шолубка підкреслюють, що повернути «психологічно оголену» людину до мирного життя без попередньої спеціальної підготовки означає створити умови для її соціальної дезадаптації і навіть для розвитку в неї психологічних розладів. Такий вираз вони пояснюють тим, що у процесі пристосувальної активності психіка військовослужбовця, який бере участь у бойових діях, радикально перебудовується, «воєнізується», набуває властивостей «надчутливості», «надреактивності», «надрозуміння» тощо. Ці трансформації відбуваються на психофізіологічному, психологічному, соціально-психологічному рівнях і часом доходять до нормативних показників. У людини в умовах війни формується своєрідний «спеціальний психологічний орган», що дозволяє миттєво розуміти «логіку» рухів елементів зорового поля, звукових стимулів, значення слів, жестів та вчинків інших людей тощо. Цей орган «відточує» свою роботу і стає потужним регулятором поведінки військовослужбовця [6].

О. Блінов у своїх наукових виданнях стверджував, що повернення не підготовленого до мирних умов життєдіяльності учасника бойових дій із закріпленими в психіці слідами війни може призвести до повторної психотравматизації. Психічна травма, викликана непідготовленістю

зіткненням з незрозумілим і чужим мирним суспільством, може бути сильнішою, ніж бойова психічна травма. Також науковець наголошував на тому, що найбільш важкими, як для самого військовослужбовця, так і для його оточення, постають відтерміновані реакції, які можуть переслідувати комбатанта протягом усього життя [2].

Таким чином, психічне здоров'я військовослужбовців формується під впливом комплексу чинників, які включають біологічні, психологічні, соціальні аспекти, а також умови військової служби. Забезпечення ефективної системи підтримки та профілактики психоемоційних розладів є ключовим напрямком, що сприяє збереженню психологічної рівноваги та підвищенню професійної ефективності військових.

1.3. Закономірності впливу бойових дій на психічне здоров'я військовослужбовців

В. Шемчук зауважує, що, порушуючи нормальне життя людини та психічна травма, яку відчуває військовослужбовець унаслідок участі в бойових діях, виявляється для нього складною травматичною подією. Погіршення психоемоційного стану військовослужбовця відбувається в результаті постійного переживання нею емоцій негативної модальності (страх, смуток, гнів тощо). Однак слід пам'ятати, що не тільки воєнна екстремальна ситуація впливає на виникнення психогенних порушень у військовиків, а й індивідуально-психологічні особливості особистості також здатні впливати на емоційні реакції і стани, що виявляються [36].

Ю. Гуменюк стверджує, що психіка військовослужбовця є не захищеною від несприятливого впливу екстремальної воєнної ситуації. Особливо гостро і водночас досить чуйно реагує емоційна сфера військовика. Перебуваючи тривалий час у пролонгованій травматичній події (у даному випадку - тривалі воєнні дії), військовослужбовці відчувають не тільки емоційний стрес, травматичний стрес, але й посттравматичний стресовий розлад. Таким чином, військовик через уплив низки несприятливих чинників

не завжди може демонструвати здатність до того, аби проводити самостійну психологічну переробку негативного впливу воєнної ситуації. Це пов'язано з тим, що його психіка, будучи суттєво розхитаною, далеко не завжди здатна протистояти негативним чинникам зовнішнього впливу [4].

Згідно з сучасними поглядами, емоційний стрес розглядається як здатність організму справлятися з вимогами, що висуваються до нього ззовні. С. Уварова зазначає, що під впливом воєнної ситуації саме емоційний апарат першим реагує на подію і демонструє стресову реакцію. Тривале емоційне переживання здатне набутися стабільного стану, і навіть тоді, коли ситуація нормалізується, емоційна перенапруга не слабшає, а продовжує негативно впливати на організм, тим самим пригнічуючи діяльність внутрішніх органів та систем. Можливі появи змін у нормальному функціонуванні серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту, імунної системи тощо [32].

На думку С. Чижевського найбільш сильними чинниками, що впливають на психіку військовослужбовця, є:

- 1) тяжкі форми фізичного насильства, які відбувалися на очах у військовика;
- 2) шум снарядів, що вибухають;
- 3) напруга від принизливого поводження.

Особливу увагу слід приділити характеристиці подій навколишнього світу для більш повноцінного розуміння причин подібних чинників. Коли військовик бачить, як у результаті бойових дій руйнуються будівлі, гинуть люди, він сам знаходиться на межі смерті, у нього наявне тривале відчуття сильних акустичних ефектів (вибух снарядів, гуркотіння військової техніки, крик людей), вимушене перебування у мінімально облаштованих умовах для існування (бомбосховища, підвали, укриття, бліндажі) – все те, що сталося з військовослужбовцем, не залишається безслідним для її психологічного здоров'я [34].

Х. Турецька, у своїх роботах зазначає, що екстремальні ситуації, які виникають за умов воєнного конфлікту, викликають у військовиків

травматичні стресові порушення, оскільки вони постійно відчують загрозу для власного життя, а також життя людей, яких вони захищають. Перевантажуючи психологічні, фізіологічні, адаптаційні можливості військовослужбовця, стрес стає травматичним, тобто викликає психологічну тривогу. Через стан постійної напруги, що викликається бойовими діями, військовик перестає бачити життєву перспективу, тому що він не знає, що на нього чекає за хвилину, годину, день, втрачається інтерес до будь-якої діяльності. Психотравмівні події можуть стати для військовика причиною зупинки особистісного розвитку [30].

В. Шемчук, О. Шемчук та В. Гаврюшенко серед найбільш поширених симптомів у військовослужбовців із психологічною травмою, отриманою внаслідок перебування в зоні воєнного конфлікту, виділяють такі:

- 1) складність сепарації;
- 2) порушення сну;
- 3) порушення комунікації з побратимами та рідними;
- 4) зниження рівня когнітивних процесів;
- 5) поява нав'язливих думок, настороженості та підозрілості;
- 6) поява страхів;
- 7) підвищення рівня тривожності, можливе виникнення паніки;
- 8) поява почуття провини.

Емоційна нестійкість, низький самоконтроль, жорсткість, конформність також належать до одних з реакцій, характерних для військовиків, які страждають на посттравматичний синдром, що виник унаслідок перебування в зоні бойових дій [35].

У дослідженні Л. Климчука розглянуто специфіку впливу бойових дій на емоційний стан військовослужбовців. Автор виділяє такі ключові фактори, як інтенсивність бойових дій, частота втрат та тривалість перебування в зоні конфлікту, які значно посилюють рівень стресу. Військовослужбовці демонструють різні рівні стресостійкості, які залежать від їхніх попередніх психологічних особливостей та підтримки з боку колег і сім'ї. Також

підкреслюється важливість створення комплексних програм психологічної підтримки, зокрема для попередження хронічного стресу та посттравматичних розладів [10].

О. Кокун, В. Мороз, І. Пішко, Н. Лозінська у своєму посібнику акцентують увагу на впливи тривалих бойових дій на психічне здоров'я військовослужбовців, детально розглядаючи механізми формування страху, його управління та наслідки для психіки. Постійна присутність у зоні бойових дій викликає хронічний стрес, що може призводити до розвитку таких психічних розладів, як ПТСР, депресія, тривожні розлади та емоційне виснаження. У бойових умовах страх виконує адаптивну функцію, але його надмірне накопичення може викликати дисфункціональні реакції, включаючи паніку або, навпаки, емоційне притуплення. Тривалі бойові дії впливають на функціонування нервової системи, викликаючи порушення сну, підвищену збудливість, проблеми з концентрацією уваги та пам'яттю. Ефективне управління страхом можливе через тренінги з саморегуляції, розвиток навичок емоційного контролю та використання когнітивно-поведінкових технік. Військові психологи мають забезпечувати підтримку військовослужбовців, навчаючи їх методів зниження рівня тривожності [13].

Вище зазначені діячі у своїй іншій роботі детально описують вплив тривалих бойових дій на психічне здоров'я військовослужбовців, акцентуючи увагу на розвитку психологічної стійкості як ключового фактору збереження їхнього психічного благополуччя. Психологічна стійкість залежить від особистісних ресурсів (самоусвідомлення, впевненість), соціальної підтримки та ефективного керівництва. Пропонуються програми тренувань із саморегуляції, техніки подолання стресу (наприклад, релаксація, контроль дихання), а також групова терапія для зміцнення морального духу. Профілактичні програми допомагають попередити розвиток серйозних психічних розладів та забезпечити ефективне виконання завдань навіть у тривалих стресових умовах [15].

Дослідження J. Santos та J. Williams виявляє, що тривалий бойовий стрес значно впливає на психічне здоров'я військових, сприяючи розвитку таких розладів, як ПТСР, депресія, тривожні розлади, а також когнітивні та поведінкові зміни. Автори зазначають, що хронічний стрес у військових є не лише наслідком пережитих бойових дій, але й сукупністю фізичних і психологічних перевантажень, нестабільних умов життя та втрати соціальних зв'язків. Це дослідження підкреслює важливість раннього виявлення психічних проблем та інтеграції програм підтримки для збереження психічного здоров'я військових під час і після бойових дій. Автори також наголошують на важливості постійного моніторингу психічного стану військових після завершення їх служби, щоб запобігти розвитку хронічних психічних розладів і сприяти їхній реінтеграції в суспільство [38].

О. Блінов виокремлює в динаміці переживання ПТСР учасниками бойових дій чотири етапи. Перший із них характеризується шокним станом після пережитої події під час проведення бойових дій, коли військовослужбовець розуміє, що сталося, але не може сприйняти це на емоційному рівні. Другий етап полягає в усвідомленні того, що відбувається та пошуку справедливості, коли відбувається або перекладання відповідальності на тих, хто так чи інакше був причетний до травмівної події, або вияв аутоагресії, що супроводжується сильним почуттям провини. Третій етап пов'язаний із переживанням військовиком депресивного стану, коли комбатант не бачить виходу із ситуації, що склалася, життя стає безглуздим, і він починає відчувати почуття непотрібності, самотності, нерозуміння з боку суспільства і близьких людей. На четвертому етапі відбувається повне і свідоме прийняття свого воєнного минулого, набуття віри у власні сили та сприйняття своєї участі у бойових діях як певного життєвого досвіду. Такою є динаміка нормального перебігу бойового стресу, проте більшість ветеранів бойових дій не можуть вийти з кризи і залишаються на другому чи третьому етапі [2].

Л. Карамушка в своїй роботі відмічає, що бойові дії, як складний та екстремальний соціальний процес, мають значний вплив на психічне здоров'я військовослужбовців, змінюючи їхню психологічну стійкість, емоційне сприйняття та здатність адаптуватися до змінюваних умов. Закономірності цього впливу варіюються залежно від тривалості перебування в зоні бойових дій, характеру завдань, інтенсивності стресових ситуацій та індивідуальних особливостей військовослужбовців. Психологічні реакції на бойові дії визначаються багатьма факторами: від біологічних особливостей нервової системи до соціальних та культурних контекстів, у яких перебувають військові. Це визначає значну складність і багатовимірність їхнього психічного здоров'я у таких умовах.

Бойові дії виснажують як фізично, так і психологічно, оскільки військовослужбовці змушені працювати на межі своїх можливостей. Бойова напруга та вимоги до фізичної витривалості можуть призводити до розвитку хронічного виснаження, що погіршує психічний стан. Наприклад, психічні ресурси, такі як здатність до самоконтролю, соціальної взаємодії, емоційної стабільності, виснажуються під впливом постійного стресу, що спричиняє порушення психологічної адаптації. Військовослужбовці часто відчують емоційну незадоволеність, що може призводити до розвитку негативних установок щодо своєї діяльності. Згодом це виснаження може призвести до зниження рівня уваги та реакції, що впливає на ефективність виконання службових обов'язків, підвищуючи ризик травмування чи виникнення нещасних випадків [7;8].

І. Євтушенко зазначає, що інтеграція реабілітаційних програм, таких як тренінги для зниження стресу, покращення емоційної саморегуляції та соціальної адаптації, є важливим аспектом запобігання довготривалим психічним розладам. У тому числі сприяє й формуванню стабільної соціальної підтримки, що дозволяє військовим зберігати стабільний психоемоційний стан навіть у постконфліктний період. Закономірним є те, що на ефективність психічного відновлення військовослужбовців після

бойових дій великий вплив мають системи психологічної допомоги та підтримки. Сучасні програми реабілітації включають психотерапевтичну допомогу, групову терапію, фізичні вправи та соціальну адаптацію. Дослідження показують, що військовослужбовці, які отримують підтримку від родини, товаришів по службі та професіоналів, мають вищі шанси на успішне відновлення психічного здоров'я та повернення до нормального соціального життя [5].

Як зауважують А. Гільман та Л. Дмиш, робота адаптаційних механізмів проявляється у трьох векторах впливу війни на психіку військовика:

1. Позитивний вектор впливу війни на учасників бойових дій.
2. Нейтральний вектор впливу участі військовика в бойових діях пов'язаний із загостренням (формуванням) у комбатантів деяких специфічних потреб.
3. Негативний вектор впливу війни проявляється у процесі перманентної психотравматизації військовослужбовців.

Усі три вектори ведуть до радикальної перебудови психіки військовика. Проте, як зауважують автори, комплекс набутих на війні адаптивних реакцій стає дезадаптивним поза зоною бойових дій. Війна «спеціалізується» на тому, щоб ламати, а не творити [3].

Вплив бойових дій на психічне здоров'я військовослужбовців має складний та багатогранний характер, обумовлений поєднанням фізичних, психологічних, соціальних і культурних чинників. Психічне здоров'я військових потребує комплексного підходу, який включає в себе профілактичні заходи, психологічну підготовку, своєчасну реабілітацію та соціальну підтримку. Врахування закономірностей психологічного впливу бойових дій є важливим для розробки ефективних заходів підтримки психічного здоров'я військових і запобігання розвитку серйозних психічних розладів, таких як ПТСР або депресія. Військовослужбовці, які стикаються з постійною загрозою для свого життя, можуть переживати великі труднощі в адаптації до мирного життя після завершення служби. Час, проведений у зоні

бойових дій, змінює погляд на життя, зменшує здатність до довірливих відносин, сприяє розвитку соціальної ізоляції.

Висновки до розділу 1

З'ясовано, що феномен психічного здоров'я трактується як багатокomпонентний конструкт, який являє собою складний взаємозв'язок культурних, соціальних, психологічних, фізичних та економічних факторів, духовного розвитку, залежності від генетичного впливу та навколишнього середовища. Його основними критеріями є: адекватність, продуктивність, критичність, адекватний віку рівень зрілості емоційно-вольової та пізнавальних сфер, а також самоприйняття, здатність до партнерських відносин та соціальних зв'язків, автономія, індивідуалізація, життестійкість, зрілість та самоактуалізація, здатність до рефлексії та переважання позитивних емоцій.

Встановлено, що війна дає дуже багато приводів та етіологічних моментів для виникнення неврозів. Виявлено, що погіршення психоемоційного стану військовослужбовця відбувається в результаті постійного переживання нею емоцій негативної модальності (страх, смуток, гнів тощо). Військовослужбовець через вплив низки несприятливих чинників не завжди може демонструвати здатність до того, аби проводити самостійну психологічну переробку негативного впливу воєнної ситуації. Це пов'язано з тим, що психіка військовика, будучи суттєво розхитаною, далеко не завжди здатна протистояти негативним чинникам зовнішнього впливу.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОТОЧНОГО СТАНУ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

2.1. Обґрунтування процедури та методик емпіричного дослідження поточного стану психічного здоров'я військовослужбовців

У сучасних умовах повномасштабної війни в Україні проблематика збереження та відновлення психічного здоров'я військовослужбовців набуває винятково критичного значення. Це обумовлюється постійним впливом бойового стресу, високою емоційною напругою, ризиком для життя, тривалою розлукою з родиною та пережитими травматичними подіями.

Теоретичний аналіз праць зарубіжних та українських дослідників в темі посттравматичного стресового розладу (далі ПТСР), а також психічного здоров'я військовослужбовців дає можливість стверджувати, що доволі значний відсоток з них демонструє симптоматику ПТСР, тривожно-депресивних розладів, а також погіршення емоційної регуляції та зниження когнітивних функцій.

В даному аспекті доцільно, на наш погляд, підкреслити, що отримані результати стануть основою психокорекційної програми із подолання впливу тривалих бойових дій на психічне здоров'я військовослужбовців.

Зважаючи на це, а також беручи до уваги той факт, що психологічні наслідки війни залишаються менш помітними, але не менш руйнівними, особливо у довготривалій перспективі, актуальність обраної теми не викликає сумнівів.

Тож, дослідження є не лише науково доцільним, а й суспільно значущим, відповідає викликам часу і має практичну цінність для формування довгострокової стратегії підтримки психічного здоров'я захисників України.

Дослідження проводилося в три етапи. Перший етап (січень - лютий 2025 р.) – пошуковий. На даному етапі відбувався пошук та аналіз літератури

з теми дослідження, формулювання категорійно-понятійного апарату дослідницької роботи, створення бази психологічних джерел для подальшої її обробки.

В дослідженні взяли участь особи чоловічої статі у кількості 40 осіб, віком від 23 років до 53 років. Строк перебування на службі від 1 року до 24 років, з участю в бойових діях – від 3 місяців до 4 років. В дослідженні взяли участь як військовослужбовці контрактники, так і мобілізовані. Дивлячись на особливості формування вибірки, відмітимо, що в цілому вибірка є репрезентативною.

В нашій роботі задля досягнення мети дослідження було використано ряд взаємодоповнюючих методик, що представлені нижче.

1. Методика «Шкалована самооцінка психофізіологічного стану» (О. М. Кокуна).

Ця методика є досить практичною у використанні та вимагає невелику кількість часу для її проходження. Вона уможливорює легку діагностику параметрів як традиційних станів, таких як самопочуття, активність та настроїв, а також специфічних психофізіологічних станів особистості за певної діяльності, в тому числі емоційний, мотиваційний та інші компоненти.

Діагностична процедура полягає в тому, що респонденту пропонується оцінити різні характеристики свого стану (самопочуття, активність, настроїв, працездатність, зацікавленість до участі в бойових діях, бажання виконувати завдання в зоні бойових дій, впевненість у своїх силах) на даний момент, відмітивши відповідне місце на неградуйованій шкалі (яка являє собою пряму лінію довжиною 100 мм) вертикальною рисою, з урахуванням того, що лівий край шкали означає мінімальне, а правий – максимально можливе для респондента виявлення певної характеристики. Після проходження методики відбувається обрахунок даних та їх інтерпретація за шкалами.

2. Методика «Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)» (Т. М. Кіане).

Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу (англ. Mississippi Scale) є клінічною тестовою методикою, розробленою в 1987 році Т. М. Кіане з метою діагностики посттравматичних стресових розладів (ПТСР) у військовослужбовців, які виконували завдання в зоні бойових дій.

Методика містить 35 тверджень, які опитуваним пропонується оцінити мірою згоди чи не згоди з кожним з них, після чого відбувається обрахунок даних за ключем та їх інтерпретація.

Пункти, що складають опитувальник, розподілені за чотирма категоріями. Так, для одинадцяти пунктів питомим є співвідношення з симптомами вторгнення, для ще одинадцяти – із уникненням, вісьмома питаннями послуговуються у роботі з фізіологічною збудливістю, ще п'ятьма – у проблемах, пов'язаних із суїцидальністю й комплексом провини.

3. Методика «Оцінка схильності до суїцидальних реакцій».

Методика призначена для виявлення схильності до суїцидальних реакцій і уможливорює констатацію лише початкового рівня розвитку схильності до самогубства в період обстеження особистості. Питання в ній є адекватними суїцидальним проявам. Використання даних питань і тверджень у якості додаткової інформації дозволяє при проведенні обстеження виявляти осіб, які мають суїцидальні схильності, та формувати з них групу ризику.

Методика складається з 45 тверджень, які опитуваному пропонується оцінити за ступенем згоди з ними варіантами відповіді «Так» чи «Ні». Після чого відбувається обрахунок кількості відповідей, що співпадають з ключем методики. Інтерпретація результатів відбувається шляхом співвіднесення отриманих результатів з рівнем прояву суїцидальних реакцій.

4. Методика «Мультимодальна модель Basic Ph» (М. Лахада).

Модель є практичною рамкою для розуміння стратегій подолання стресу. Вона базується на припущенні, що люди використовують різні канали для адаптації до стресових ситуацій. Назва є акронімом шести основних каналів стресодолавання:

Beliefs (Вірування): Релігійні, духовні чи філософські переконання, які допомагають знаходити сенс у стресових подіях.

Affect (Емоції): Вираження або регуляція емоцій (наприклад, плач, сміх, розмови про почуття).

Social (Соціальна підтримка): Пошук підтримки від сім'ї, друзів, громади.

Imagination (Уява): Використання фантазії, творчості чи візуалізації для подолання стресу.

Cognition (Когнітивні стратегії): Аналіз, планування, переосмислення ситуації для зменшення стресу.

Physiology (Фізіологія): Фізичні методи, такі як спорт, дихальні вправи, релаксація.

Опитувальник містить 36 питань, які опитуваним пропонується оцінити кожне з них за допомогою наявних варіантів відповідей: ніколи, рідко, іноді, періодично, часто, майже завжди та завжди. Після чого відбувається підрахунок балів у відповідності до кожного варіанту відповіді за шкалами методики.

5. Методика «Госпітальна шкала тривоги і депресії Hads» (A.S. Zigmond та R. P. Snaith).

Шкала розроблена А. С. Зігмундом і Р. П. Снайтом в 1983 р. та призначена для скринінгового виявлення тривоги і депресії. Опитуваним пропонується дати відповідь на 14 питань, виходячи з того, як вони почували себе протягом минулого тижня. Кожен пункт оцінюється за 4-бальною шкалою (0–3, від «зовсім ні» до «дуже часто»). Питання сформульовані так, щоб уникнути впливу фізичних симптомів (наприклад, втоми через хворобу).

Після чого відбувається підрахунок показників за субшкалами тесту: тривога, депресія за ключем, поданим в методиці. Інтерпретація результатів відбувається за рівнями вираженості феноменів, що вивчаються.

Другий етап (березень - квітень 2025 р.) - дослідно-експериментальний, котрий був присвячений проведенню дослідження каналів ресурсування

серед військовослужбовців, особливостей схильності до суїцидальних реакцій, посттравматичних стресових реакцій, вираженості депресії, тривоги, а також самооцінки психофізіологічних станів серед досліджуваних сформованої вибірки, а також статистичній обробці результатів.

В даному аспекті відмітимо, що дослідження реалізовано серед психічно здорових осіб, які у період тестування не перебували на обліку у психіатра. В дослідженні брали участь військовослужбовці на добровільних засадах в офлайн форматі за допомогою підбраного психодіагностичного інструментарію, релевантного темі та меті дослідження.

Всі дані, отримані в ході тестування, зашифровано у відповідності до принципу конфіденційності Етичного кодексу психолога. Тож підкреслимо, що загалом дослідження реалізовувалося з дотриманням провідних принципів дослідницької роботи психолога, а саме принципу добровільності участі, конфіденційності, активності, а також надання зворотного зв'язку.

Статистична обробка результатів дослідження відбувалася в комп'ютерних програмах MicroSoft Excel та SPSS Statistics 23.0, шляхом визначення середніх значень та стандартних відхилень за всіма шкалами обраних методик, а також за допомогою Т-критерію Вілкоксона для встановлення ефективності чи недієвості розробленої програми.

Третій етап дослідження (травень - червень 2025 р.) - заключно-узагальнюючий. На даному етапі було проведено аналіз та узагальнення отриманих результатів, сформовано психокорекційну програму із подолання впливу тривалих бойових дій на психічне здоров'я військовослужбовців та уточнено теоретичні положення роботи в цілому, сформульовано висновки, оформлено у відповідності до ДСТУ список використаних джерел.

Резюмуючи, відмітимо, що процедура нашої роботи включала в себе проведення дослідження за обраними методиками, обробку та узагальнення з інтерпретацією отриманих результатів за допомогою методів математичної статистики, формування психокорекційної програми із подолання впливу

тривалих бойових дій на психічне здоров'я військовослужбовців та формулювання висновків.

2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження поточного стану психічного здоров'я військовослужбовців

Першим кроком нашої дослідницької роботи стало вивчення особливостей тривоги та депресії серед опитуваних військовослужбовців, які тривалий час перебувають в зоні бойових дій, за допомогою методики «Госпітальна шкала тривоги і депресії Hads» (A.S. Zigmond та R. P. Snaith). Результати обробки даних представлено в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Середні значення за методикою «Госпітальна шкала тривоги і депресії Hads» (N = 40)

Шкала	Середнє значення	Стандартне відхилення
Тривога	5,62	4,26
Депресія	6,35	3,21

Аналізуючи дані, представлені в таблиці 2.1., відмітимо, що середнє значення за шкалою «Тривога» становить 5,62 бали ($SD = 4,26$) та знаходиться в межах норми за умовою методики.

За шкалою «Депресія» середній показник становить 6,35 балів ($SD = 3,21$) та знаходиться в межах норми за умовою методики.

Перш за все, зазначимо, що показник за шкалою депресії дещо вищий, за показник тривоги, що може обумовлюватися не лише строком служби, але й строком перебування в зоні бойових дій, відсутністю підтримки тилу як такої, що була на початку повномасштабного вторгнення РФ на територію України. До того ж такі показники можуть свідчити про підвищене емоційне навантаження, що характеризується тенденцією до зростання тривожності та депресивності серед військовослужбовців, що потребує психопрофілактичних втручань.

Нами було проаналізовано дані за рівнями вираженості кожного із показників, що представлено на рисунку 2.1.

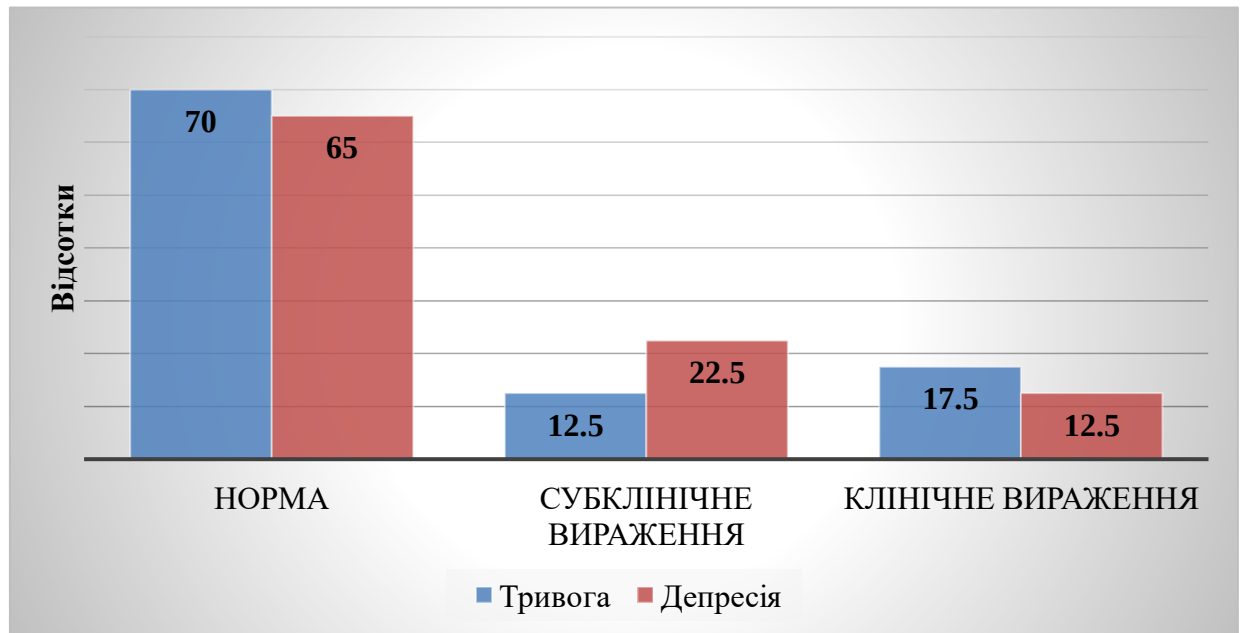


Рис. 2.1. Розподіл опитуваних за рівнями вираженості тривоги та депресії (N = 40)

Виходячи з даних, зазначимо, що переважна більшість опитуваних характеризується нормальним рівнем тривоги, що простежується серед 70% військовослужбовців, та депресії, що відмічається серед 65% вибірки.

Субклінічне вираження тривоги спостерігається серед 12,5% досліджуваних, а депресії – серед 22,5% всіх опитуваних. Тобто, меншість опитуваних демонструє симптоматику, яка може підсилитися за несприятливих ситуацій.

Клінічне вираження тривоги є характерним для 17,5% опитуваних, а депресії – для 12,5% всіх військовослужбовців сформованої вибірки, що є свідченням наступного: опитувані потребують фахової допомоги, можливо навіть медикаментозного чи психотерапевтичного альянсу.

На наш погляд, результати пояснюються тим, що служба в умовах війни, особливо в умовах бойових дій, спричиняє постійну тривогу через загрозу життю та здоров'ю, втрату побратимів, фізичне виснаження. Окрім

того, відмітимо, що не всі військовослужбовці, а подекуди це є просто неможливим за умови повернення в зону бойових дій, мають доступ до кваліфікованої психологічної допомоги, або ж не готові звертатися по допомогу через стигматизацію її.

Серед провідних причин такого стану також варто відмітити тривале перебування на службі, обмежене спілкування з близькими, відсутність тривалого відпочинку та реабілітації, наявність симптоматики ПТСР та фізичне виснаження, що часом супроводжується перенавантаженням, відсутністю повноцінного сну та зниженням ресурсів психічного відновлення.

Отримані дані, як ми можемо бачити, є свідченням того, що відмічається адаптивна психоемоційна стійкість серед більшості опитуваних.

Наступним кроком нашої дослідницької роботи стало вивчення особливостей знаходження життєвих ресурсів за допомогою методики «Мультимодальна модель Basic Ph» модель Мулі Лахада (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Середні значення за методикою «Мультимодальна модель Basic Ph» (N = 40)

Шкала	Середнє значення	Стандартне відхилення
B	17,10	5,95
A	10,92	6,08
S	12,95	6,18
I	15,70	7,25
C	23,55	7,23
Ph	16,07	7,14

Як ми можемо бачити найвищий показник опитувані транслують за шкалою «C» (когнітивні стратегії), середній показник за якою становить 23,55 (SD = 7,23) бали. Отримані показники свідчать про те, що військовослужбовці активно використовують творчі стратегії подолання стресу.

За шкалою «А» (емоції) серед досліджуваних відмічається найнижчий показник, що становить 10,92 бали ($SD = 6,08$), що свідчить про низький рівень емоційного відреагування, що може простежуватися в емоційному пригніченні, обмеженому вираженні почуттів через необхідність постійно бути в стані мобілізації всіх ресурсів, а також бути сконцентрованими на вирішенні поставленої бойової задачі без розпилення на емоції.

Маємо зазначити, що менш вираженими каналами ресурсування є канал «Ph» (фізіологія і діяльність), середній показник за яким становить 16,07 балів ($SD = 7,14$), а також канал віри та цінностей «B» з середнім показником 17,10 балів ($SD = 5,95$) та канал уяви «I», середній показник за яким становить 15,70 балів ($SD = 7,25$). Виходячи з отриманих даних, маємо відмітити, що опитувані військовослужбовці нерідко вдаються до використання таких стратегій подолання стресу як тілесні, духовні та когнітивні, що можуть проявлятися через збалансоване використання фізичної активності, віру та смисли та розвинене аналітичне мислення.

Як ми можемо бачити, соціальний канал «S» з середнім показником 12,95 балів ($SD = 6,18$) є одним із найменш задіяних. Тобто, опитувані не часто вдаються до соціальної взаємодії для подолання стресу.

Тож, виходячи з отриманих даних, зазначимо, що опитувані військовослужбовці досить активно схильні використовувати творчі підходи, гумор та нестандартне мислення для подолання напруги, що є адаптивним механізмом. Також серед досліджуваних спостерігається переосмислення подій, пошук смислів та опора на віру, світогляд. Проте, спілкування з іншими, хоча і є важливим для опитуваних, все ж має помірний прояв як канал ресурсування та подолання стресу.

Ми вважаємо, що ці показники є обумовлені специфікою професійної діяльності, що значно ускладнює емоційне відреагування, хоча при цьому відмічається активне використання когнітивних, духовних та креативних стратегій.

Також нами було встановлено особливості посттравматичних реакцій серед опитуваних військовослужбовців, які довгий проміжок часу перебувають в зоні бойових дій за допомогою методики «Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)» Т. М. Кіане (табл. 2.3).

Таблиці 2.3

Середні значення за методикою «Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)» (N = 40)

Шкала	Середнє значення	Стандартне відхилення
Загальна	70,45	18,68

Оскільки за умовою методики показник вище 70 балів вважається свідченням виражених ПТСР-реакцій, то, зважаючи на середній показник який становить 70,45 балів, відмітимо, що він є вищим за допустимий показник норми. Тобто, можемо припустити, що серед опитуваних військовослужбовців відмічається наявність тенденції до формування симптоматики посттравматичного характеру, а саме нав'язливих спогадів, гіперзбудження, уникання, емоційного оніміння тощо. Проте, показник стандартного відхилення $SD = 18,68$ свідчить про значну варіативність, тобто дехто з досліджуваних військовослужбовців має дуже високі показники, що потребує індивідуальної уваги, а дехто – низькі.

З метою уточнення дані представлено на рисунку 2.2.

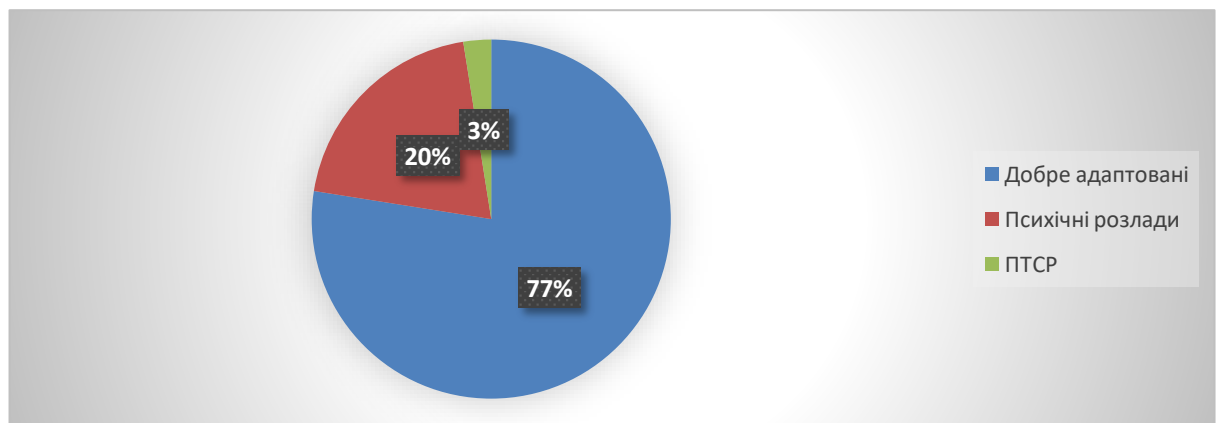


Рис. 2.2. Розподіл опитуваних за рівнями вираженості посттравматичних реакцій (N = 40)

Аналізуючи дані, відмітимо, що переважна більшість опитуваних, а саме 77% - є добре адаптованими, меншість - має психічні розлади (простежується серед 20% досліджуваних) і лише 3% сформованої вибірки характеризуються яскраво вираженою симптоматикою ПТСР.

Виходячи з отриманих показників, зазначимо, що психічне навантаження військовослужбовців в зоні бойових дій є високим, із ознаками травматизації бойовим досвідом, що обумовлюється втратами побратимів, стабільності та передбачуваності, фізичним виснаженням, переживанням травматичного досвіду, перманентним відчуттям тривоги, страху та паніки.

Наступним кроком нашої дослідницької роботи стало дослідження психофізіологічного стану військовослужбовців, які тривалий час перебувають в зоні бойових дій за методикою «Шкалована самооцінка психофізіологічного стану» О. М. Кокуна (табл. 2.4).

Таблиця 2.4

**Середні значення за методикою «Шкалована самооцінка
психофізіологічного стану» (N = 40)**

Шкала	Середнє значення	Стандартне відхилення
Самопочуття	7,45	2,45
Активність	6,75	2,96
Настрій	7,12	2,69
Працездатність	6,77	2,93
Зацікавленість до УБД	4,32	3,66
Виконувати завдання Бд	4,00	3,67
Впевненість у своїх силах	7,37	2,78

Як ми можемо бачити з даних, представлених в таблиці, найбільш вираженими показниками є самопочуття з середнім показником 7,45 балів, впевненість у своїх силах (середній показник складає 7,37 балів), а також настрої (середній показник становить 7,12 балів). Тобто, загальний фізичний стан більшості військових оцінюється як задовільний або навіть добрий. Незважаючи на бойові умови, організм адаптується до стресу, з'являється витривалість. Військовослужбовці при цьому зберігають внутрішню опору,

віру в свої вміння та здатність справлятися з викликами. Це може бути наслідком професійної підготовки, згуртованості підрозділу та досвіду. Окрім того, попри тяжкі умови, настрій військових залишається відносно позитивним або стабільним, що може бути пов'язано з підтримкою побратимів, відчуттям місії, а також адаптаційними механізмами психіки.

Менш вираженими показниками психофізіологічного стану є працездатність з середнім показником 6,77 балів та активність, середній показник за яким становить 6,75 балів. Зниження працездатності може вказувати на фізичну і ментальну втомленість, оскільки регулярні чергування, нічні тривоги, недосипання виснажують організм. До того ж, це може обумовлюватися тим самим фактором перевантаження. Психофізіологічна активність знижується, коли організм намагається зберегти енергію. Можливо, тут впливає й хронічний стрес.

Найменш вираженими серед опитуваних сформованої вибірки показниками є зацікавленість до участі в бойових діях (середній показник становить 4,32 бали) та бажання виконувати завдання в зоні бойових дій (середній показник становить 4,00 бали), що, в свою чергу, може свідчити про певну психологічну втому, зниження залученості, а також те, що частина військових може сприймати свою участь у бойових діях як необхідність, а не внутрішнє прагнення.

Тобто, як ми можемо бачити, тривале перебування в зоні бойових дій виснажує й організм починає акумулювати енергію і при цьому знижується працездатність і активність. Окрім того, відмітимо, що з метою подолання стресу, психіка знижує емоційні реакції. Це пояснює зниження зацікавленості й мотивації – це своєрідна захисна реакція.

Заключним кроком нашої дослідницької роботи стало вивчення особливостей схильності військовослужбовців, які тривалий час перебувають в зоні бойових дій до суїцидальних реакцій за допомогою одноіменної методики (табл. 2.5).

Таблиця 2.5

**Середні значення за методикою «Оцінка схильності до
суїцидальних реакцій» (N = 40)**

Шкала	Середнє значення	Стандартне відхилення
Суїцидальні реакції	4,00	0,84

Аналізуючи дані, представлені в таблиці 2.5., відмітимо, що серед опитуваних військовослужбовців відмічається за шкалою «Суїцидальні реакції» середнє значення 4,0 бали. Цей показник вказує на тенденцію до виникнення суїцидальних реакцій лише на тлі тривалої психічної травматизації та при реактивних станах психіки. Ми вважаємо, що це може бути наслідком тривалого психологічного тиску, відчуття безнадійності, емоційної ізоляції чи супутніх ПТСР-симптомів. Безумовно, наявна реальна загроза розвитку суїцидальних тенденцій у частини військових вимагає системного психосоціального супроводу, відкритого обговорення теми психічного здоров'я та профілактичної підтримки. Проте, зазначимо, що $SD = 0,84$ свідчить про те, що в цілому серед військових спостерігається відсутність високої варіативності суїцидальних реакцій.

Таким чином, резюмуючи вищевикладене, зазначимо, що військовослужбовці, які тривалий час перебувають у зоні бойових дій, демонструють симптоми ПТСР, емоційну втому, зниження бойової мотивації та ознаки ризику суїцидальної поведінки. Попри це, рівень самопочуття, настрою та впевненості залишається помірно позитивним, що вказує на наявність внутрішніх ресурсів, які потребують підкріплення ззовні - через психологічну підтримку, ротації, програми реабілітації.

Висновки до розділу 2

Опитувані військовослужбовці характеризуються в переважній більшості нормальним рівнем тривоги та депресії з тенденцією до субклінічних їх проявів, що містить стійкі прояви тривожно-депресивного стану, що в свою чергу свідчить про поступове виснаження емоційних ресурсів унаслідок хронічного стресу.

Було встановлено, що профіль каналів ресурсування військових демонструє переважання когнітивного, поведінкового та тілесного стилів подолання, що характерно для умов підвищеної відповідальності, ризику та необхідності швидких рішень. Емоційний та соціальний канали пригнічені, що може призводити до внутрішньої ізоляції, акумуляції стресу та в подальшому - емоційного вигорання.

Було з'ясовано, що більшість військових є добре адаптованими і лише в 3% всієї вибірки спостерігається симптоматика ПТСР. Середній показник посттравматичних симптомів перевищує нормативний діагностичний поріг, що вказує на стійке переживання бойового стресу та формування симптомокомплексу ПТСР.

Простежується відносна збереженість психофізіологічного ресурсу (самопочуття, настроїв, впевненість у собі мають середньо-високі значення), що може свідчити про адаптивну стабілізацію організму до тривалих навантажень. Водночас критично низькими є показники мотивації до участі в бойових діях та виконання завдань, що є наслідком емоційного вигорання, втоми та психічного виснаження.

Середній показник за шкалою суїцидальних тенденцій перевищує умовно безпечний рівень, що може свідчити про наявність латентних або відкритих суїцидальних думок, намірів чи установок. Це вимагає негайної уваги з боку командування, психологів, медичних працівників та формування системи превентивного моніторингу.

РОЗДІЛ 3

ПСИХОКОРЕКЦІЙНА ПРОГРАМА ІЗ ПОДОЛАННЯ ВПЛИВУ ТРИВАЛИХ БОЙОВИХ ДІЙ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

3.1. Структура психокорекційної програми із подолання впливу тривалих бойових дій на психічне здоров'я військовослужбовців

Психокорекційна програма в науковій літературі розглядається в якості структурованого комплексу заходів, спрямованого на зміну небажаних психологічних рис, моделей поведінки, емоційного стану або соціальних навичок особистості. Основна мета її полягає не лише у зменшенні проявів психологічних труднощів, а й у гармонізації особистісного розвитку, відновленні емоційного балансу, покращенні міжособистісної взаємодії та саморегуляції.

Наша психокорекційна програма розроблена на основі провідних принципів побудови психокорекційної роботи, а саме: принципу індивідуалізації, наукової обґрунтованості, активності та взаємодії, поетапності, гуманізму, конфіденційності та етичності, а також принципу інтегративності.

Таким чином, психокорекційна програма є не просто набором вправ чи занять, а глибокою, цілісною системою впливу, яка враховує особистість у всій її складності, прагнучи гармонізувати її внутрішній світ і взаємодію з зовнішнім середовищем.

Дана психокорекційна програма орієнтована на комплекс занять групової форми психологічної роботи, що конструюється аналогічно до типових психотерапевтичних та розвиваючих тренінгів у групах до 20 осіб у кожній. Проте, маємо зазначити, що в нашій дослідницькій роботі під час формувального експерименту було сформовано дві дослідницькі групи: контрольну (КГ), в яку було включено 20 осіб, а також експериментальну (ЕГ) - 20 осіб, з якою і проводилися всі психотерапевтичні інтервенції.

Розподіл учасників здійснювався методом рандомізації з урахуванням рівня психоемоційного стану, віку та тривалості служби, визначених на констатуючому етапі експерименту. Учасники ЕГ проходили програму стабілізації психоемоційного стану, розроблену на основі виявлених проблем у ході попередньої діагностики, тоді як КГ не зазнавала цілеспрямованого впливу. У програмі передбачено 5 групових занять, які проводяться 2 рази на тиждень по 120 хвилин кожне.

Кожне з занять містить вступну частину, що передбачає процедуру вітання, ознайомлення з темою заняття та рефлексію щодо виконаного домашнього завдання. В основній частині включено вправи на оволодіння прийомами саморегуляції для набуття контролю за емоційними станами, переосмислення власних цінностей та в цілому роботу з тілом.

При цьому нами було використано вправи як з тілесно-орієнтованої, так і з позитивної психотерапії, гештальт-терапії, когнітивно-поведінкової та клієнт-центрованої терапії.

Заняття №1 - Безпека та психоедукація, провідною метою якого є створення атмосфери довіри, ознайомлення з механізмами стресу та ПТСР.

Вправа *«Самопрезентація»*. Мета: створити атмосферу довіри, доброзичливості, сприяти згуртуванню учасників групи та самопрезентації кожного з них. Зміст вправи: кожен учасник обирає те ім'я, яке для нього є найбільш приємним та розповідає про себе протягом 1 хвилини.

Вправа *«Мої сподівання»*. Мета: усвідомлення власних очікувань, побоювань, бажань стосовно тренінгових зустрічей. Зміст вправи: кожен учасник отримує завдання дати відповідь на питання «Я буду дуже задоволений, якщо в результаті цього тренінгу і (називає 5 речей)», «Мені буде приємно бути присутнім на занятті, якщо учасники та психолог будуть і (називає 5 речей)».

Вправа «Правила групи». Мета: створення довірливої атмосфери, встановлення кордонів взаємодії. Зміст вправи: кожен учасник привносить одне правило, з яким перебування в групі було б комфортним.

Міні-лекція «Що таке ПТСР, бойовий стрес». Мета: розширити уявлення учасників тренінгу про ПТСР та бойовий стрес, симптоматику, нормалізувати стани та думки.

Вправа «Мій досвід війни у трьох реченнях». Мета: сприяти нормалізації стану, думок та поведінки, полегшенню від проговорення та можливості поділитися накопиченим. Зміст вправи: кожен учасник після паузи на роздум оголошує три речення, які найкраще характеризують його військовий досвід, при цьому використовуючи метафори або ж говорячи від імені своїх емоцій.

Вправа «5-4-3-2-1». Мета: зменшення тривожності, заземлення, повернення до «тут та тепер» через активацію органів чуття. Зміст вправи: кожен учасник поетапно проговорює або усвідомлює:

5 речей, які я бачу. («Я бачу ворога, танк»);

4 речі, які я можу відчутти тілом. («Я відчуваю ремінець годинника»);

3 речі, які я чую. («Я чую шум вітру, літака, ракети»);

2 - запахи. («Я відчуваю запах пороху»);

1 - смак. («Я відчуваю присмак кави»)

Вправа «Дихання по квадрату». Мета: надати інструменти для стабілізації нервової системи, зниження рівня стресу. Зміст вправи: учасникам пропонується уявляти «квадрат», візуально малюючи його подумки - по одному боку на кожну фазу циклу (вдих на 4 рахунки, затримка дихання на 4 рахунки, видих на 4 рахунки, затримка після видиху на 4 рахунки).

Вправа «Рефлексія». Мета: сприяти усвідомленню отриманого досвіду. Зміст вправи: учасникам пропонується дати відповідь на одне з питань «Що для мене сьогодні було важливим?», «Що для мене сьогодні було новим?», «Що я сьогодні забираю з собою?».

Заняття №2 - Робота з тілом та тривожністю, провідною метою якого є навчання учасників тренінгу керувати тілесними реакціями на стрес та тривогу.

Вправа «Як я сьогодні». Мета: надати учасникам простір для емоційного вираження та саморефлексії, зміцнити внутрішню стійкість та самоусвідомлення, сприяти довірі та взаємопідтримці у групі, та виявити психоемоційний стан без тиску та оцінок – «як є». Зміст вправи: кожному учаснику пропонується завершити фразу «Сьогодні я як.....» (в порівнянні з предметом, явищем, станом тощо)). Після чого відбувається групове обговорення вправи.

Вправа «Дихання 4-7-8». Мета: активізувати парасимпатичну нервову систему, сприяти зниженню фізіологічної тривоги. Зміст вправи: учасникам пропонується дихальна методика, де вдих триває 4 сек, пауза – 7 сек, видих – 8 сек, пауза – 7 сек і так по колу 4-7 циклів.

Групова робота «Тілесний якір». Мета: сприяти встановленню зв'язку між тілом та психікою, надати інструменти для розвитку навичок тілесної саморегуляції. Зміст вправи: учасникам пропонується ідентифікувати типові тілесні прояви тривоги (напруження в плечах, щелепі, серцебиття) та вивчити способи їхньої регуляції в парах, після чого відбувається групове обговорення серед всіх учасників.

Вправа «Сканування тіла». Мета: підвищення тілесної присутності, зниження рівня напруги серед учасників та розвиток усвідомленості. Зміст вправи: учасники поетапно скеровують увагу до різних частин тіла (від стоп до голови), фіксуючи відчуття без оцінки. Після чого відбувається обговорення вправи та, за бажання, своїх відчуттів.

Вправа «Моє безпечне місце». Мета: створити атмосферу розслаблення, вивільнення емоцій через малюнок. Зміст: учасникам пропонується медитація, після чого вони мають зобразити своє безпечне місце чи образ внутрішнього захисника.

Вправа «Рефлексія». Мета: сприяти усвідомленню отриманого досвіду. Зміст вправи: учасникам пропонується дати відповідь на одне з питань «Що для мене сьогодні було важливим?», «Що для мене сьогодні було новим?», «Що я сьогодні забираю з собою?».

На домашнє завдання дається рекомендація практикувати одну із технік, запропонованих на зустрічі.

Заняття №3 - Мої емоції, провідною метою якого є навчання учасників ідентифікувати, вербалізувати та виражати складні емоції без шкоди собі чи іншим.

Обговорення домашнього завдання.

Вправа «Як я сьогодні». Мета: надати учасникам простір для емоційного вираження та саморефлексії, зміцнити внутрішню стійкість та самоусвідомлення, сприяти довірі та взаємопідтримці у групі та виявити психоемоційний стан без тиску та оцінок – «як є». Зміст вправи: кожному учаснику пропонується завершити фразу «Сьогодні я як.....» (в порівнянні з предметом, явищем, станом тощо)). Після чого відбувається групове обговорення вправи.

Психоедукація «Емоції як сигнал». Мета: розширити знання учасників тренінгу стосовно емоцій та потреб, які за ними стоять, сприяти нормалізації переживань, зниження сорому за власні емоції.

Вправа «Стоп кадр». Мета: сприяти усвідомленню імпульсів, безпечному вираженню гніву. Зміст вправи: учасникам пропонується відслідкувати момент, коли гнів піднімається, при цьому кожен з них вчиться помічати, що запускає реакцію. Після чого відбувається обговорення фізичних способів безпечного вивільнення: стискання рушника, биття по подушці, крик, фізичні вправи тощо.

Вправа «Лист, який я не відправляю». Мета: створити атмосферу для безпечного проживання, вивільнення накопичених почуттів. Зміст вправи: учасникам пропонується написати листа до людини/ситуації, що викликала

біль чи злість, без наміру відправлення. Після чого відбувається обговорення почуттів, думок та відчуттів в тілі.

Вправа «Мої думки». Мета: сприяти зменшенню впливу негативних переконань на емоційний стан учасників тренінгу. Зміст вправи: учасникам пропонується пройти всі шляхи реструктуризації думок.

1. Ідентифікація негативних думок: виявлення автоматичних негативних думок, які виникають у стресових ситуаціях.

2. Аналіз доказів: учасник оцінює докази за і проти цих думок. Важливо розглянути всі факти, а не лише ті, що підтверджують негативні переконання.

3. Формування альтернативних думок: після аналізу кожен з учасників створює більш реалістичні та позитивні думки, що краще відображають дійсність.

4. Тестування альтернативних думок: учасник перевіряє, як нові думки впливають на його емоційний стан та поведінку.

Вправа «Моє безпечне місце». Мета: створити атмосферу розслаблення, вивільнення емоцій через малюнок. Зміст: учасникам пропонується медитація, після чого вони мають зобразити своє безпечне місце чи образ внутрішнього захисника.

Вправа «Рефлексія». Мета: сприяти усвідомленню отриманого досвіду. Зміст вправи: учасникам пропонується дати відповідь на одне з питань «Що для мене сьогодні було важливим?», «Що для мене сьогодні було новим?», «Що я сьогодні забираю з собою?».

На домашнє завдання дається рекомендація вести щоденник емоцій, через фіксацію ситуації, емоцій, думок та реакції й бажаної реакції.

Заняття №4 - Мої цінності та сенси, провідною метою якого є переосмислення власних цінностей, створення атмосфери для усвідомлення сенсу життя після бойових дій.

Обговорення домашнього завдання.

Вправа «Як я сьогодні». Мета: надати учасникам простір для емоційного вираження та саморефлексії, зміцнити внутрішню стійкість та самоусвідомлення, сприяти довірі та взаємопідтримці у групі та виявити психоемоційний стан без тиску та оцінок – «як є». Зміст вправи: кожному учаснику пропонується завершити фразу «Сьогодні я як.....» (в порівнянні з предметом, явищем, станом тощо)). Після чого відбувається групове обговорення вправи.

Групова дискусія «Що я ціню найбільше зараз?». Мета: посилення уявлення про власні цінності. Зміст вправи: учасникам пропонується поділитися власними усвідомленнями, змінами та відкриттями.

Психоедукація «Екзистенційна реакція на втрату». Мета: створення умов для зменшення екзистенційної тривоги, надання орієнтирів.

Вправа «Дерево життя». Мета: створити атмосферу для безпечного проживання, вивільнення накопичених почуттів, сприяти інтеграції отриманого життєвого досвіду, усвідомлення його цілісності. Зміст вправи: учасникам пропонується намалювати дерево, де: корені - мої джерела сили, стовбур - те, що підтримує зараз, гілки - мрії/цілі на майбутнє. Після чого відбувається групове обговорення проробленої роботи та переживань, які підіймаються всередині.

Робота в трійках «Мої цілі». Мета: сприяти спрямуванню фокусу на майбутнє, відновленню мотивації кожного учасника жити. Зміст вправи: учасникам пропонується сформулювати одну короткострокову, а одну довгострокову ціль, а також можливі способи їх досягнення.

Вправа «Рефлексія». Мета: сприяти усвідомленню отриманого досвіду. Зміст вправи: учасникам пропонується дати відповідь на одне з питань «Що для мене сьогодні було важливим?», «Що для мене сьогодні було новим?», «Що я сьогодні забираю з собою?».

На домашнє завдання дається рекомендація написати лист самому собі в майбутнє.

Заняття №5 - Ресурсування та завершення, провідною метою якого є усвідомлення пройденого шляху, активізація здобутих вмінь та знань, підтримка внутрішніх ресурсів.

Обговорення домашнього завдання.

Вправа «Як я сьогодні». Мета: надати учасникам простір для емоційного вираження та саморефлексії, зміцнити внутрішню стійкість та самоусвідомлення, сприяти довірі та взаємопідтримці у групі та виявити психоемоційний стан без тиску та оцінок – «як є». Зміст вправи: кожному учаснику пропонується завершити фразу «Сьогодні я як.....» (в порівнянні з предметом, явищем, станом тощо)). Після чого відбувається групове обговорення вправи.

Групова дискусія «Три речі, які я взяв із цієї групи». Мета: створити атмосферу для осмислення прогресу та фіксації ресурсів на майбутнє. Зміст вправи: учасникам пропонується сформулювати три важливі здобутки за час тренінгу.

Вправа «Мій внутрішній ресурс». Мета: створити атмосферу для зміцнення уявного образу ресурсу. Зміст вправи: учасникам пропонується створити малюнок, що символізує власну силу, а також підтримку.

Повторна діагностика учасників тренінгу.

Вправа «А що після?». Мета: перенести здобуті вміння та навички у реальне життя. Зміст вправи: учасники обговорюють свої здобутки та перспективи їх втілення в реальне життя.

Вправа «Рефлексія». Мета: сприяти усвідомленню отриманого досвіду. Зміст вправи: учасникам пропонується дати відповідь на одне з питань «Що для мене сьогодні було важливим?», «Що для мене сьогодні було новим?», «Що я сьогодні забираю з собою?».

3.2. Ефективність психокорекційної програми із подолання впливу тривалих бойових дій на психічне здоров'я військовослужбовців

По завершенню формуючого експерименту нами була проведена оцінка ефективності корекційних заходів, яка відбувалася шляхом повторної діагностики опитуваних військовослужбовців із числа контрольної та експериментальної групи.

Так, результати порівняльного аналізу показників до та після програми за методиками дослідження представлено в таблицях 3.1-3.4. Порівняльний аналіз проводився шляхом застосування Т-критерію Вілкоксона.

В таблиці 3.1 представлено результати, отримані в ході повторної діагностики військовослужбовців, які тривалий час перебувають в зоні бойових дій, за допомогою методики «Госпітальна шкала тривоги і депресії Hads» (A.S. Zigmond та R.P. Snaith).

Таблиця 3.1

Порівняльний аналіз показників за методикою «Госпітальна шкала тривоги і депресії Hads» до та після реалізації програми серед опитуваних ЕГ та КГ військовослужбовців (n1 = 20; n2 = 20)

Назва шкали	Експериментальна група		Контрольна група		Z	p
	До програми M(SD)	Після програми M(SD)	До програми M(SD)	Після програми M(SD)		
Тривога	6,00 (4,92)	5,45 (4,32)	5,23 (3,58)	4,90 (3,25)	-2,59	0,01
					-2,64	0,01
Депресія	6,15 (3,03)	5,70 (2,69)	6,55 (3,45)	6,35 (3,24)	-3,00	0,01
					-1,63	0,10

Аналізуючи дані, відмітимо, що середнє значення за шкалою «Тривога» до початку програми серед опитуваних експериментальної групи становить 6,00 балів, а під кінець – 5,45 балів. В контрольній же групі ці дані розподілилися наступним чином: до початку програми – 5,23 бали, а по її

завершенню – 4,90 балів. Не беручи до уваги відсутність значної різниці в середніх показниках варто наголосити на наявності статистично достовірних відмінностей в прояві даного стану. Як ми можемо бачити, статистично достовірні відмінності на високому рівні значущості простежуються не лише в експериментальній ($p \leq 0,01$), а й в контрольній групі ($p \leq 0,01$).

Оскільки умови бойових дій виступають надінтенсивним тригером для розвитку хронічної тривожності, то навіть невелике, але достовірне її зниження є клінічно значущим результатом. Виходячи з отриманих даних, програма є ефективною в аспекті зниження рівня вираженості тривоги. Безумовно, 5-ти днів роботи виявилося мало для суттєвого результату, проте, звертаючи увагу на наявні статистичні відмінності, зазначимо, що усвідомлення власних реакцій на стрес, зниження симптоматики гіперзбудження та освоєння навичок емоційної саморегуляції доволі дієві інструменти. Все це стало можливим шляхом релаксаційних технік, когнітивно-поведінкових інтервенцій та психоедукації.

Проте, доцільно відмітити й той факт, що статистично достовірні відмінності простежуються й в контрольній групі. Ми припускаємо, що надважливе значення має фактор стабільності та часу, адже учасники обох дослідницьких груп під час повторної діагностики вже деякий час перебували в умовно безпечному реабілітаційному просторі, де з ними проводилася не лише медична підтримка, але й психологічна допомога у вигляді звичайної реабілітаційної рутини, а саме фізіотерапія, підтримка медичного персоналу, спілкування з побратимами, які також є чинниками зниження тривожності та напруги, навіть без цільової психокорекційної роботи. Окрім того, сам перехід із зони бойових дій до умов, де не загрожує безпосередня небезпека, може знижувати рівень тривоги.

За шкалою «Депресія» також відмічаються позитивні зрушення, не зважаючи на те, що зменшення виглядає незначним в середньому показнику, проте воно є статистично значущим, що свідчить про поступове покращення настрою, зростання мотивації до діяльності та здатності ідентифікувати

власні емоції. Проте, статистично достовірні зрушення, як ми бачимо з даних, представлених в таблиці, відмічаються лише серед досліджуваних експериментальної групи ($p \leq 0,01$).

На наш погляд, це пояснюється тим, що військовослужбовці, які часто мають обмежений доступ до емоційного розвантаження, можуть навіть через базові інтервенції, спрямовані на нормалізацію сну, підтримку, безпечне середовище для вираження почуттів, відчувати незначне покращення, що і відобразилося в позитивному ефекті програми. В даному аспекті доцільно вказати, що тривожність часто пов'язана з очікуванням загрози, тоді як депресія – із втратою сенсу, порушенням мотивації, емоційним виснаженням. У військових, що пережили втрати, травми, емоційне вигорання, симптоми депресії лише перебуванням в реабілітаційному просторі не знімаються, а тому відсутність статистично достовірних змін серед досліджуваних контрольної групи ми вбачаємо в тому, що опитуваним в такому випадку потрібна цілеспрямована психокорекція. Остання може полягати, як в нашому випадку, когнітивно-поведінкові інтервенції, релаксаційні техніки та психоедукацію, а також в певній мірі опрацювання травматичних переживань, що передбачають підвищення усвідомлення своїх емоцій, переосмисленню досвіду, формуванню адаптивніших стратегій подолання, що в перспективі і допомагає зменшити рівень депресії.

Тож, зазначимо дієвість розробленої програми у зниженні симптоматики тривожності та депресії, які перебувають у тривалому стресовому середовищі бойових дій.

Також нами було проведено повторене вивчення особливостей посттравматичних реакцій серед опитуваних військовослужбовців, які довгий проміжок часу перебувають в зоні бойових дій за допомогою методики «Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)» Т.М. Кіане (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

Порівняльний аналіз показників за методикою «Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)» до та після реалізації програми серед опитуваних ЕГ та КГ військовослужбовців (n1 = 20; n2 = 20)

Назва шкали	Експериментальна група		Контрольна група		Z	p
	До програми M(SD)	Після програми M(SD)	До програми M(SD)	Після програми M(SD)		
Загальна	76,00 (20,45)	75,30 (19,95)	64,90 (15,26)	64,65 (14,95)	-2,45	0,05
					-1,63	0,102

Аналізуючи дані, зазначимо незначне зниження середнього показника серед опитуваних обох груп, оскільки до початку програми серед опитуваних експериментальної групи він становив 76,00 балів, а по її завершенню – 75,30 балів. Маємо відмітити, що таке незначне зрушення в середніх показниках є свідченням того, що програма є дієвою, проте через укорінення симптоматики ПТСР значні зміни є неможливими, а вимагають уваги до себе, поступовості, системності в роботі, а також інтенсивної терапії без повернення при цьому в зону бойових дій. Тобто, часткова стабілізація стану через введені тілесні практики, релаксацію, психоедукацію та формування відчуття безпеки і контролю над власним тілом вже є значним показником дієвості програми. Оскільки відмінності встановлено на достовірному рівні статистичної значущості ($p \leq 0,05$), то можемо наголошувати на доцільності проведення інтервенцій стосовно військовослужбовців.

Серед опитуваних же контрольної групи маємо інші показники: до початку програми він становив 64,90 балів, а по її завершенню – 64,65 балів. Статистично достовірних відмінностей серед опитуваних даної групи не встановлено, хоча показники були першопочатково значно нижчі серед опитуваних зазначеної групи. На наш погляд, це може обумовлюватися тим, що була менше виражена травматична реакція, тобто можливості до її

зниження були обмежені, оскільки симптоми були або субклінічними, або стабільними, тож імовірність значущих змін без втручання була невисокою. Також варто враховувати й той факт, що на відміну від експериментальної групи, контрольна не отримувала психотерапевтичних інтервенцій, спрямованих саме на посттравматичні реакції. Отже, підтримка, яку могли отримувати учасники контрольної групи (наприклад, медичне обслуговування чи спілкування в побуті), не була достатньою для впливу на глибокі травматичні структури, які формують ПТСР.

Наступним етапом нашої дослідницької роботи стало повторне дослідження психофізіологічного стану військовослужбовців, які тривалий час перебувають в зоні бойових дій за методикою «Шкалована самооцінка психофізіологічного стану» О.М. Кокуна (табл. 3.3).

Таблиця 3.3

Порівняльний аналіз показників за методикою «Шкалована самооцінка психофізіологічного стану» до та після реалізації програми серед опитуваних ЕГ та КГ військовослужбовців (n1 = 20; n2 = 20)

Назва шкали	Експериментальна група		Контрольна група		Z	p
	До програми M(SD)	Після програми M(SD)	До програми M(SD)	Після програми M(SD)		
Самопочуття	7,25 (2,78)	7,85 (2,08)	7,65 (2,13)	7,70 (2,07)	-2,20 -1,00	0,05 0,31
Активність	6,90 (3,05)	7,15 (2,66)	6,60 (2,95)	6,95 (2,48)	-1,34 -1,63	0,180 0,102
Настрій	6,90 (2,90)	7,50 (2,06)	7,35 (2,51)	7,60 (1,95)	-2,06 -1,34	0,05 0,18
Працездатність	6,75 (3,02)	6,95 (2,62)	6,80 (2,91)	7,10 (2,42)	-1,41 -1,85	0,157 0,06
Зацікавленість до УБД	3,65 (3,42)	4,40 (2,76)	5,00 (3,86)	5,30 (3,57)	-2,21 -1,34	0,02 0,180
Виконувати завдання Бд	3,60 (3,60)	3,90 (3,41)	4,40 (3,78)	4,85 (3,37)	-1,34 -2,04	0,18 0,04
Впевненість у своїх силах	7,50 (2,92)	7,65 (2,58)	7,25 (2,71)	7,40 (2,45)	-1,00 -1,34	0,31 0,18

Як ми можемо бачити, статистично достовірні відмінності простежуються за переважною більшістю шкал методики, що можуть

свідчити про покращення самопочуття, часткове відновлення життєвого тону та зменшення хронічного емоційного виснаження. При цьому відмічається зменшення внутрішнього напруження і втоми в переважній більшості серед досліджуваних експериментальної групи, оскільки показники на початку програми становили 7,25 балів, а по її закінченню – 7,85 балів. Серед опитуваних контрольної групи ситуація змінилася незначуще: на початку програми середні значення становили 7,65 балів, а по її закінченню – 7,70 балів. Відмінності серед опитуваних експериментальної групи встановлено на достовірному рівні статистичної значущості ($p \leq 0,05$).

За шкалою «Настрій», як слідує із даних таблиці, також відмічаються статистично достовірні відмінності в показниках серед опитуваних саме експериментальної групи, що, на наш погляд, може обумовлюватися реальними покращеннями психоемоційного стану через зниження внутрішньої напруги, зменшення симптомів пригнічення, тривоги, а також появи відчуття внутрішнього контролю за рахунок виконаних вправ з емоційної саморегуляції. Відмінності серед опитуваних експериментальної групи встановлено на достовірному рівні статистичної значущості ($p \leq 0,05$).

До того ж доцільно відмітити підвищення середніх показників на статистично достовірному рівні в зацікавленості до участі в бойових діях та готовності виконувати завдання серед опитуваних експериментальної групи, які, на наш погляд, не слід інтерпретувати в якості посилення агресивності чи мотивації воювати. Хоча, як ми можемо бачити з таблиці представлених результатів, зміни відбулися й в контрольній групі, проте не значні. Ми припускаємо, що ці показники свідчать про відновлення внутрішньої організованості, дисципліни, включеності в структуру завдань, коли людина починає знову усвідомлювати свою роль і значення в контексті служби. Тож, маємо відмітити повернення почуття контролю над ситуацією, зниження апатії та дезорієнтації, активізації ціннісної мотивації. Відмінності встановлено на достовірному рівні статистичної значущості ($p \leq 0,04$).

Статистично достовірних змін у впевненості у своїх силах не відмічається, що може обумовлюватися наявністю глибоких травматичних переживань як серед опитуваних контрольної, так й експериментальної груп, які неможливо усунути за короткий проміжок часу. Окрім того в даному аспекті варто враховувати той факт, що впевненість формується повільніше, потребує тривалої стабілізації та особистого досвіду подолання складнощів. Також доцільно наголосити й на такій можливій причині відсутності значних зрушень, що полягає в наступному: військові можуть зберігати реалістичне бачення своїх меж, що є адекватною оборонною реакцією в умовах хронічного стресу.

Підсумовуючи вищевикладене, зазначимо ефективність психокорекційної програми в контексті стабілізації психофізіологічного стану військовослужбовців експериментальної групи: вона сприяла зменшенню емоційного виснаження, покращенню настрою, активності та загального самопочуття. Зміни в мотивації до участі в бойових завданнях свідчать про поступове відновлення адаптивного ресурсу та функціонального включення в життєвий процес. Незмінність впевненості у своїх силах може вказувати на потребу у довшій, глибшій роботі над внутрішньою стабільністю.

Проте, відмітимо також і той факт, що у контрольній групі зміни не досягли рівня статистичної значущості майже за всіма шкалами, що може свідчити про те, що типова реабілітація без цілеспрямованого психокорекційного впливу має обмежений ефект, особливо в умовах глибокого фізичного та психоемоційного виснаження.

Тобто, цілеспрямоване психокорекційне втручання позитивно вплинуло на психофізіологічний стан учасників експериментальної групи, а саме покращився настрій, зросло самопочуття, частково відновилася життєва активність і з'явилася мотивація, що говорить про ефективність комплексної психотерапевтичної підтримки, особливо в роботі з військовими, які

перебувають на етапі реадаптації після тривалого перебування в зоні бойових дій.

Заключним кроком нашої дослідницької роботи стало повторне вивчення особливостей схильності військовослужбовців, які довгий час перебувають в зоні бойових дій, до суїцидальних реакцій за допомогою одноіменної методики (табл. 3.4).

Таблиця 3.4

Порівняльний аналіз показників за методикою «Оцінка схильності до суїцидальних реакцій» до та після реалізації програми серед опитуваних ЕГ та КГ військовослужбовців (n1 = 20; n2 = 20)

Назва шкали	Експериментальна група		Контрольна група		Z	p
	До програми M(SD)	Після програми M(SD)	До програми M(SD)	Після програми M(SD)		
Суїцидальні реакції	3,85 (0,81)	4,00 (0,72)	4,15(0,87)	4,25 (0,78)	-1,34 -1,41	0,08 0,15

Як ми можемо бачити з даних, представлених в таблиці, відмічається позитивна тенденція в суїцидальних реакціях серед військовослужбовців. Так, середній показник до програми серед досліджуваних експериментальної групи становив 3,85 балів, а по її завершенню – 4,00 балів. Середній показник зріс в достатній мірі і свідчить про відсутність високої варіативності суїцидальних реакцій. Серед досліджуваних контрольної групи середній показник до програми становив 4,15 балів, а по її завершенню – 4,25 балів. Статистично значущих відмінностей серед опитуваних обох дослідницьких груп встановлено не було, проте доцільно враховувати й той факт, що в умовах тривалого перебування в зоні бойових дій, хронічного емоційного виснаження та повторних травматичних подій, ризик суїцидальних реакцій залишається стабільно високим і те, що в експериментальній групі не зафіксовано зростання таких проявів, а навпаки, простежується невеликий,

але позитивний зсув, є ознакою ефективного запобігання їх подальшому розвитку. Програма не тільки втримала учасників у стабільному стані, але й стимулювала внутрішні ресурси, що поступово знижують суїцидальну вразливість. Тож, як ми можемо бачити, серед військовослужбовців, що брали участь в психокорекційній програмі відмічається позитивна тенденція у звільненні від накопичених емоцій, нормалізації свого стану та валідації емоцій. Вони змогли побачити, що не одні такі, отримати підтримку від побратимів, відпустити і відчувати полегшення в процесі групової роботи. Безумовно, 10 годин для повноцінної роботи мало, проте навіть за умов цього відмічається позитивний ефект програми.

Таким чином, підкреслимо дієвість розробленої психокорекційної програми із подолання впливу тривалих бойових дій на психічне здоров'я військовослужбовців, попри її короткотривалість. При цьому ми усвідомлюємо обмеженість в часі, а також важливість врахування ряду зовнішніх та внутрішніх факторів, які в нашій дослідницькій роботі не враховувалися і є перспективою для подальшої роботи, адже зміни відбувалися й в контрольній групі.

Висновки до розділу 3

Проведене емпіричне дослідження дозволяє зробити висновок, що реалізована психокорекційна програма загалом мала позитивний вплив на психоемоційний та психофізіологічний стан військовослужбовців, які перебували в умовах тривалого бойового стресу. Програма, що включала когнітивно-поведінкові інтервенції, техніки релаксації та психоедукацію, сприяла покращенню психоемоційного стану учасників експериментальної групи, що підтверджується статистично достовірними змінами за низкою показників.

Відмітимо значуще зниження рівнів тривожності та депресивності, що свідчить про ефективність програми у зменшенні загального емоційного напруження, нормалізації базових афективних реакцій та відновленні

внутрішньої рівноваги. Однак наголосити варто не лише на зрушення в експериментальній, але й у контрольній групі.

Зокрема, за результатами повторної діагностики за шкалою HADS, в експериментальній групі зафіксовано достовірне зниження рівня тривожності та депресивних проявів, що вказує на зменшення симптомів психоемоційного виснаження та зростання здатності до емоційної саморегуляції. Опитувані контрольної групи також продемонстрували показники, що свідчать про зниження тривоги, однак позитивні зміни в депресивних проявах були статистично незначущими, що дозволяє припустити обмежений ефект реабілітаційної підтримки без цільового психокорекційного впливу.

Аналіз результатів за методикою «Міссісіпська шкала» показав незначні зміни в показниках посттравматичних реакцій серед учасників обох груп, що свідчить про стійкість ПТСР-симптоматики до короткотривалого втручання та необхідність довготривалої, системної терапії з фокусом на опрацювання травматичного досвіду. Проте навіть мінімальні зрушення серед експериментальної групи, зафіксовані на рівні статистичної значущості, вказують на потенціал програми в аспекті стабілізації стану.

Значущі зміни були виявлені також за методикою О. Кокуна, оскільки у військовослужбовців експериментальної групи покращилися показники самопочуття, настрою та загальної життєвої активності, що вказує на відновлення життєвого тону, зниження втоми, підвищення рівня внутрішньої організованості та включеності в завдання. Водночас у контрольній групі спостерігались лише незначущі зміни, що додатково підтверджує ефективність програми саме як психокорекційного втручання.

Окремої уваги заслуговують результати, отримані за шкалою оцінки суїцидальних реакцій. Хоча зміни не досягли статистичної значущості, простежується стабілізація або навіть невеликий позитивний зсув у експериментальній групі. В умовах підвищеної психотравматизації та хронічного стресу така тенденція свідчить про превентивну дію програми у запобіганні суїцидальних станів та зниженні емоційної вразливості.

Слід підкреслити, що навіть обмежена за тривалістю психокорекційна робота (10 годин) виявилася результативною щодо покращення ключових параметрів психофізіологічного стану військових. Учасники програми не лише відчували полегшення, але й здобули базові навички емоційної саморегуляції, змогли ідентифікувати та валідизувати свої переживання, що стало запорукою зниження внутрішнього напруження.

Натомість позитивні зміни в контрольній групі мали обмежений характер і можуть пояснюватися впливом реабілітаційного середовища, медичної підтримки, спілкування з побратимами та зниженням зовнішньої загрози. Однак, як засвідчили результати, відсутність цілеспрямованої психотерапевтичної роботи не дозволила досягти суттєвих змін у глибших рівнях психотравматичних симптомів, зокрема ПТСР чи депресії.

Таким чином, мета та завдання дослідження реалізовані в повній мірі.

ВИСНОВКИ

На основі проведеного теоретичного аналізу наукових джерел з проблематики психічного здоров'я військовослужбовців, а також емпіричного вивчення особливостей їх психофізіологічного стану, прояву посттравматичного розладу, а також тривоги, депресії, адаптивності і ресурсів нами було встановлено наступне.

1. Психічне здоров'я є складним, багатокomпонентним поняттям, яке охоплює не лише відсутність психопатологій, а й здатність особистості до емоційної стабільності, соціальної адаптації, саморегуляції, конструктивної взаємодії та самореалізації. У сучасному науковому дискурсі психічне здоров'я розглядається як динамічний процес, що формується протягом життя під впливом як зовнішніх, так і внутрішніх чинників.

У контексті військової діяльності психічне здоров'я виконує ключову роль для ефективності бойових дій, професійної адаптації, підтримання боєздатності та загального життєвого благополуччя військовослужбовців. Воно забезпечує здатність діяти в умовах стресу, ухвалювати рішення, підтримувати емоційний контроль і працювати в команді. Формування психічного здоров'я військовослужбовців зумовлене сукупністю біологічних (генетика, соматичний стан, гормональні реакції), психологічних (стресостійкість, емоційна регуляція, адаптаційні механізми), соціальних (підтримка родини, колективний мікроклімат, суспільне визнання) та організаційно-службових чинників (характер завдань, тривалість перебування в зоні бойових дій, умови проживання).

2. В ході емпіричного дослідження нами було встановлено, що рівень тривоги та депресії серед військовослужбовців здебільшого знаходиться в межах норми, хоча депресивні симптоми виражені дещо сильніше, ніж тривожні. Помітна частина військових демонструє клінічні ознаки, що свідчить про потребу у фаховій допомозі. Відмічається, що військові найбільш активно використовують когнітивні стратегії подолання стресу, а також творчість, віру та тілесну активність. Найменше задіяні

емоційні та соціальні ресурси. Посттравматичні реакції зафіксовані на межі клінічного рівня, а психофізіологічний стан військових оцінюється загалом на достатньому рівні: високі показники самопочуття, настрою та впевненості, однак зниження активності, працездатності та мотивації вказує на втому й психологічне виснаження. Рівень схильності до суїцидальних реакцій загалом низький, але фіксується тенденція до їх появи в умовах тривалої психотравматизації.

Участь у бойових діях виступає потужним психотравмуючим фактором, який викликає розвиток стресових реакцій, адаптаційних порушень, депресивних станів та ПТСР. Психологічні наслідки залежать від тривалості служби, інтенсивності пережитого, індивідуальних особливостей нервової системи та доступу до психологічної підтримки.

3. Розроблено психокорекційну програму із подолання впливу тривалих бойових дій на психічне здоров'я військовослужбовців, перевірено її ефективність. Встановлено, що вона є дієвим інструментом первинної стабілізації психічного стану військовослужбовців, оскільки сприяла зменшенню вираженості тривожних, депресивних та посттравматичних проявів, а також покращенню психофізіологічного самопочуття. Безумовно, опитувані контрольної групи показали певне покращення, зумовлене перебуванням у безпечному середовищі та рутинною реабілітацією, однак ці зміни не мали тієї глибини й стабільності, що в експериментальній. Таким чином, програма довела свою ефективність у короткостроковій перспективі та має потенціал до подальшого вдосконалення як інструмент відновлення психічного здоров'я військових. Отримані результати підкреслюють необхідність систематичної, довготривалої та цілісної психологічної підтримки військових як у зоні бойових дій, так і після демобілізації.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Білецький О. В. Стресові фактори в умовах бойових дій: сучасні дослідження та рекомендації. *Український журнал військової психології*. 2021. №9 (1). С. 14-23.
2. Блінов О. А. Психологія бойової психічної травми: монографія. Київ: Талком. 2016. С. 246.
3. Гільман А. Ю., Дмиш Л. Я. Дослідження ризиків для здоров'я осіб, що працюють в особливо небезпечних умовах. *Public Health Journal*. 2023. №3. С. 44–53.
4. Гуменюк Ю., Олексіюк О., Гаркавенко Н. Психокорекція посттравматичних стресових розладів: тривожність та її подолання. *Психологія: реальність і перспективи*. 2023. № 20. С. 30–38.
5. Євтушенко І. В. Психологічне здоров'я: поняття, критерії та рівні. *Вісник післядипломної освіти*. Серія: Соціальні та поведінкові науки. Серія: Управління та адміністрування. 2023. Вип. 25. С. 56-69.
6. Жигайло Н., Шолубка Т. Формування психологічної стійкості під час війни. *Вісник Львівського університету*. 2022. Вип. 14. С. 3-14
7. Карамушка Л. М. Психічне здоров'я: сутність, основні детермінанти, стратегії та програми забезпечення. *Psychological journal*. 2021. Т. 7, № 5. С. 26–37.
8. Карамушка Л. М. Психічне здоров'я особистості під час війни: як його зберегти та підтримати: метод. рекомендації. Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 2022. С. 52.
9. Карамушка Л. М. До проблеми розробки технологій забезпечення психологічного здоров'я особистості в умовах війни. *Організаційна психологія. Економічна психологія*. 2024. № 2 (32). С. 41-58.
10. Климчук Л. С. Вплив бойових дій на емоційний стан військовослужбовців: результати останніх досліджень. *Наукові записки кафедри психології*. 2023. №15 (2). С. 45-58.

11. Ковальчук І. М. Посттравматичний стресовий розлад серед військових: аналіз українського досвіду. *Психологічний Вісник України*. 2022. №3 (4). С. 78-91.
12. Козігора М. А. Концептуальні межі понять «стрес», «тривалий травматичний стрес», «посттравматичний стресовий розлад». *Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology*. 2021. № 97. С. 56–58.
13. Кокун О. М., Мороз В. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Теорія і практика управління страхом в умовах бойових дій. *метод. посіб. НДЦ ГП ЗСУ. Фенікс*. Київ. 2022. С. 88. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/730971>.
14. 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*. Київ. НДЦ ГП ЗСУ. 2017. С. 282.
15. Кокун О. М., Ключков В. В., Мороз В. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Забезпечення психологічної стійкості військовослужбовців в умовах бойових дій. *метод. посіб. НДЦ ГП ЗСУ. Фенікс*. Київ-Одеса. 2022. С.128.
16. Кокун О. М., Лозінська Н. С., Пішко І. О., Агаєв Н. А. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій. *Методичний посібник*. Київ: «КНТ». 2023. С. 168. URL: <https://jurkniga.ua/contents/osnovi-psikhologichnoi-dopomogi-viyskovosluzhbovtzyam-v-umovakh-boyovikh-diy.pdf>
17. Костюк Д., Костюк В. Психічне та психологічне здоров'я особистості: поняття, зміст та критерії. *Вісник Національного університету оборони України*. 2018. С. 45–50.
18. Кухарук О., Сириця М. Путівник у сфері ментального здоров'я військовослужбовців в умовах війни. *Центр реадaptaції та реабілітації «ЯРМІЗ»*. Київ. 2023. С. 88.
19. Кушнерьова В. М., Максименко С. Д., Руденко Я. В., Невмержицький В. М. Психічне здоров'я особистості: підручник для вищих навчальних закладів. Київ: «Видавництво Людмила». 2021. С. 438.

20. Лазос Г. Психологи і війна: зміна парадигми надання психологічної/психотерапевтичної допомоги та резильєнтність фахівця. *Організаційна психологія. Економічна психологія*. 2022. №3,4 (27). С. 37–47.

21. Лебєдєва С. Ю., Овсяннікова Я. О., Похілько Д. С. Психологічна допомога та реабілітація учасників збройних конфліктів та фахівців ризиконебезпечних професій: світовий досвід. *Габітус*. 2023. С. 139–144.

22. Максименко С., Кісарчук З., Гребінь Л. Оцінка проявів ПТСР у військовослужбовців та ветеранів на основі психодинамічної моделі психотравми з урахуванням феномену структурної регресії. *Актуальні дослідження в сучасній вітчизняній екстремальній та кризовій психології* (Т. 2. С. 357–384). Вид-во НУЦЗУ. 2022. С. 67.

23. Мельник П. В. Розвиток психологічної стійкості у військовослужбовців: сучасні методи та підходи. *Збірник наукових праць з військової психології*. 2022. №5 (1). С. 34–47.

24. Мещеряков Д. С. Психологічний захист особистості від інформаційного тиску під час війни: аспекти суб'єктності. *Технології розвитку інтелекту*. 2022. №1 (31). URL: <https://doi.org/10.31108/3.2022.6.1.6>.

25. Міров Д. Психічне здоров'я: поняття та структура. *Актуальні проблеми особистісного зростання*. 2019. Вип. 1. С. 90–91.

26. Петровська Т. В., Терещенко Л. А., Психологічний підхід до визначення поняття «психічне здоров'я» суб'єктів взаємодії в освітньому просторі. *Актуальні проблеми психології: збірник наукових праць*. Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Київ-Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І. Франка. 2019. Т. 6. Психологія обдарованості. Вип. 15. С. 340–348.

27. Протоколи надання психологічної допомоги військовослужбовцям ЗСУ в бойових (екстремальних) умовах. Інструкція. ГУ МПЗ ЗСУ з НДЦ ГП ЗСУ. «Центр учбової літератури». Київ. 2023. С.44. URL: <https://jurkniga.ua/contents/protokoli-nadannya-psikhologichnoi-dopomogi-viyskovosluzhbovtsyam-zbroynikh-sil-ukraini-v-boyovikh-ekstremalnikh-umovakh.pdf>

28. Семенюк О. Д. Програми психологічної реабілітації для військових в Україні: оцінка ефективності. *Військова психологія в Україні*. 2021. №10 (2). С. 23-35.

29. Спицька Л. Психічні розлади особистості: сучасний стан постановки проблеми. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія»: серія «Психологія»*. 2023. № 16. С. 84–89.

30. Турецька Х. І., Штольцель Ю. В. Особливості копінг-стратегій учасників бойових дій в зоні АТО. *Психологія і особистість*. 2016. №2 (10). Ч.2. С. 136-145.

31. Уварова С. Сюжети та значення психоаналітичної роботи за часів війни. *Психоаналіз*. 2023. № 1 (25). С. 59-73.

32. Уварова С. Карта Батьківщини. *Психоаналіз*. 2023. № 1 (25). С. 98-110.

33. Фомич М. Теоретичні концепції психічного здоров'я особистості в психологічній науці. *Вісник Національного університету оборони України*. 2018. С. 103-109.

34. Чижевський С., Колесніченко О., Бондаренко О. Актуальні проблеми розвитку системи психологічної реабілітації військовослужбовців – учасників бойових дій. *Честь і закон*. 2022. Т. 81. № 2. С. 139-149.

35. Шемчук В. А., Шемчук О. М. Актуалізація проблеми ментального здоров'я у Збройних Силах України. *Військова освіта і наука: сьогодення та майбутнє*. Збірник тез, доповідей XIX Міжнародної науково-практичної конференції. 2023. С. 202-203.

36. Шемчук В. А., Шемчук О. М., Гаврюшенко В. В. Бойова психічна травма та критерії діагностики. *Військова освіта і наука: сьогодення та майбутнє*. Збірник тез, доповідей XIX Міжнародної науково-практичної конференції. 2023. С. 203-204.

37. Шиделко А. В. Наслідки впливу бойового стресу на психологічний стан особистості військовослужбовця. *Перспективи та інновації науки (Серія*

«Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»). 2022. №1 (6). С. 476-486. URL: <http://dspace.lvduvs.edu.ua/handle/1234567890/4444>

38. Santos J. A., Williams J. P. Chronic Stress and Mental Health in Military Personnel: A Review. *Journal of Military Psychology*. 2020. №12 (3). С. 45-58.

39. Shapiro L. E., Rodriguez M. S. Therapeutic Interventions for Combat-Related PTSD: A Systematic Review. *Journal of Military and Veteran Studies*. 2023. №15 (1). С. 45-63.

40. Smith A. B., Brown C. T. PTSD and Veterans: Recent Advances in Treatment Approaches. *International Journal of Mental Health*. 2021. №25 (2). С. 112-124.

41. Wilson K. E., Green J. A. Risk Factors for Mental Health Disorders in Combat Veterans: A Comprehensive Study. *Journal of Trauma Research*. 2022. №30 (8). С. 212-230.

42. World Health Organization. «Mental disorders». 2022. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>