МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА СПЕЦІАЛЬНОЇ ОСВІТИ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

магістра

на тему **«КОРЕКЦІЯ ПРОЯВІВ ЛОГОНЕВРОЗУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІСЛЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ»**

Виконала: студентка 2 курсу, групи 8.0164-з
спеціальності 016 «Спеціальна освіта»
освітньої програми «Логопедія»
О.О. Хільченко

Керівник: кандидат педагогічних наук;
доцент кафедри соціальної педагогіки
та спеціальної освіти
Н.В. Базима

Рецензент _____
_____

Запоріжжя 2025

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології
Кафедра соціальної педагогіки та спеціальної освіти
Рівень вищої освіти магістерський
Спеціальність 016 «Спеціальна освіта»
Освітньо-професійна програма «Логопедія»

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри _____
«____»_____2025 р.

ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТУ

Хільченко Оксані Олександрівні

1. Тема роботи: «Корекція проявів логоневрозу у військовослужбовців після посттравматичного стресового розладу»
керівник роботи Базима Н. В. канд. пед. н., доцент
затверджена наказом ЗНУ від «02» жовтня 2025 року № 1393-с

2. Строк подання студентом роботи: 11.11.2025

3. Вихідні дані до роботи: матеріали педагогічної практики

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) проаналізувати наукові підходи до вивчення логоневрозу як психолінгвістичного і нейропсихологічного феномену; розкрити сутність і структуру посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців; визначити взаємозв'язок між проявами ПТСР і логоневрозом; систематизувати принципи, методи та прийоми корекції логоневрозу в осіб із психотравматичним досвідом; розробити практичні рекомендації щодо організації логопедичної допомоги військовослужбовцям із логоневрозом.

5. Перелік графічного матеріалу: -

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
Вступ	Базима Н. В.	Базима Н. В.	Хільченко О.О.
Розділ 1	Базима Н. В.	Базима Н. В.	Хільченко О.О.
Розділ 2	Базима Н. В.	Базима Н. В.	Хільченко О.О.
Висновки	Базима Н. В.	Базима Н. В.	Хільченко О.О.

7. Дата видачі завдання: _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ п/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	жовтень	виконано
2	Написання вступу	листопад	виконано
3	Робота над першим розділом	грудень-квітень	виконано
4	Робота над другим розділом	травень-серпень	виконано
5	Написання висновків	жовтень	виконано
7	Оформлення роботи, рецензування	листопад	виконано
8	Захист	грудень	

Студент _____ Хільченко О.О.

Керівник роботи _____ Базима Н. В.

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ Апухтіна В.В.

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота: 70 с., 56 джерел.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати особливості корекції логоневрозу у військовослужбовців із посттравматичним стресовим розладом та визначити основні напрями роботи в межах логопедичної і психокорекційної допомоги.

Об'єкт дослідження: мовленнєва діяльність військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом.

Предмет: особливості корекції логоневрозу у військовослужбовців після ПТСР.

Методи дослідження: аналіз наукової літератури для вивчення та систематизації сучасних підходів до трактування понять «логоневроз», «посттравматичний стресовий розлад» і «психотравматичний досвід», а також до виявлення нейропсихологічних і психолінгвістичних механізмів мовленнєвих порушень у військовослужбовців. Узагальнення використано для визначення ключових тенденцій у вивченні взаємозв’язку між ПТСР та логоневрозом і окреслення ефективних напрямів логопедичної та психокорекційної роботи. Класифікація та систематизація дали змогу впорядкувати форми прояву логоневрозу, принципи та методи корекції. Порівняльний аналіз застосовано для зіставлення різних теоретичних і практичних підходів до роботи з дорослими, які мають порушення плавності мовлення, з метою визначення оптимальних методів підтримки військовослужбовців із ПТСР.

Теоретичне значення дослідження полягає в поглибленні наукового розуміння механізмів взаємодії посттравматичного стресового розладу та логоневрозу у військовослужбовців, що дає змогу розширити уявлення про логоневроз як комплексний психолінгвістичний і нейропсихологічний феномен. Робота уточнює та систематизує наукові підходи до трактування психотравматичного заїкання, визначає його специфічні механізми, принципи та

методологічні основи корекції.

Практичне значення дослідження полягає у розробленні методично обґрунтованих рекомендацій щодо логопедичної та психокорекційної допомоги військовослужбовцям із логоневрозом на тлі ПТСР, які можуть бути безпосередньо впроваджені у роботу логопедів, психологів, реабілітологів і фахівців центрів підтримки ветеранів. Запропоновані принципи, методи й прийоми корекції забезпечують можливість формування індивідуальних програм реабілітації, враховуючи особливості психотравматичного досвіду та нейрофізіологічні зміни.

Галузь використання: заклади та установи системи медико-психологічної та логопедичної реабілітації військовослужбовців і ветеранів, діяльність центрів психосоціальної підтримки, реабілітаційних установ, військових госпіталів, центрів психологічної допомоги, що працюють з дорослими.

ЛОГОНЕВРОЗ; ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД; ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІ; ПСИХОТРАВМАТИЧНИЙ ДОСВІД; ПОРУШЕННЯ ПЛАВНОСТІ МОВЛЕННЯ; КОРЕКЦІЙНО-ЛОГОПЕДИЧНА РОБОТА; СОЦІАЛЬНО-КОМУНІКАТИВНА РЕАБІЛІТАЦІЯ

SUMMARY

Hilchenko O. Correction of Logoneurosis Manifestations in Military Personnel after post-traumatic stress disorder. Zaporizhzhia, 2025. 70 p.

The qualification work consists of an introduction, 2 parts, findings, a list of references (53 items, 4 of them in a foreign language). The qualification work volume is 76 pages long, 69 of them – main text.

The relevance of the research topic is determined by the increasing number of children with speech impairments in inclusive primary school classes and the necessity of their successful adaptation and socialization. The formation of socio-communicative skills is an important condition for the full development, learning, and interaction of such children with peers and adults, especially under martial law, which has exacerbated psycho-emotional and speech difficulties in students.

The aim of the research is to theoretically substantiate the content, forms, and methods of forming socio-communicative skills in children with speech impairments in primary schools with inclusive classes.

The object of the research is the process of forming socio-communicative skills in children with speech impairments.

The subject of the research is the content, forms, and methods of forming socio-communicative skills in children with speech impairments in primary schools with inclusive classes.

The tasks of the qualification work*:*

1) to investigate the essence of the concept and structure of socio-communicative skills in psychological and pedagogical literature;

2) to determine the peculiarities of speech development in primary school children;

3) to identify conditions and factors influencing the formation of socio-communicative competence in an inclusive educational environment;

4) to examine the inclusive educational environment as a space for social interaction and communication development;

5) to determine methodological approaches, tools, and technologies for developing socio-communicative skills in children with speech impairments.

Chapter 1 “Theoretical Foundations of Forming Socio-Communicative Skills in Children with Speech Impairments” presents the results of the analysis of scientific and theoretical approaches to the concept and structure of socio-communicative skills in psychological and pedagogical literature; typical speech impairments in primary school children are identified; conditions and factors influencing the formation of socio-communicative competence in an inclusive educational environment are highlighted.

In Chapter 2 “Pedagogical Conditions for Forming Socio-Communicative Skills in Inclusive Primary School Classes” the inclusive educational environment is analyzed as a space for social interaction and communication development; the role of pedagogical staff and the psychological and pedagogical support team in forming socio-communicative skills is elucidated; methodological approaches, tools, and technologies for developing socio-communicative skills in children with speech impairments are determined.

Keywords: socio-communicative skills, speech development, speech impairments, inclusive education, primary school age, inclusive educational environment, psychological and pedagogical support team.

ЗМІСТ

Вступ…… 9
Розділ 1. Теоретичні засади вивчення логоневрозу та психотравматичних станів у військовослужбовців …….. 12
1.1 Психолінгвістичні та нейропсихологічні аспекти логоневрозу …… 12
1.2 Психологічні наслідки посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців …..……... 20
1.3 Взаємозв'язок між ПТСР та логоневрозом у військовослужбовців …… 34
Розділ 2. Основи корекції логоневрозу у військовослужбовців після ПТСР 50
2.1 Принципи, підходи та напрями логопедичної корекції за умов психотравматичного досвіду …… 50
2.2 Методи і прийоми корекційно-логопедичної роботи з особами, які мають логоневроз ……. 58
2.3 Практичні рекомендації щодо організації логопедичної допомоги військовослужбовцям із логоневрозом у контексті психотравматичного досвіду …… 65
Висновки……. 69
Список використаних джерел …….. 71

ВСТУП

У сучасних умовах масштабного збройного конфлікту в Україні значно зростає кількість військовослужбовців, які зазнають психотравм через бойові дії, під обстрілами, втрату побратимів і постійний стрес. За даними Міністерства оборони України, ПТСР становить близько 29 % усіх невралгічних захворювань, якими страждають військові, і ця частка демонструє тенденцію до зростання.

Згідно з дослідженнями ВООЗ та Європейської асоціації з психотравматології, від 20 % до 30 % осіб, які пережили бойові дії, демонструють мовленнєві й комунікативні порушення, що супроводжують посттравматичні стани. Для військовослужбовців це означає не тільки емоційні чи поведінкові труднощі, а й ускладнення у вербальній взаємодії, самопрезентації, виконанні службових обов’язків і соціальній реінтеграції. Порушення темпу, ритму, плавності мовлення (логоневроз) можуть виступати своєрідним індикатором внутрішньої напруги, тривоги й страху, який продовжує діяти навіть після завершення бойових подій.

У військовослужбовців із ПТСР часто виникають вторинні психофізіологічні порушення, серед яких – логоневроз (заїкання, мовленнєві затримки чи невпевненість у мовленні). Такі мовленнєві порушення можуть значно погіршувати соціальну адаптацію, взаємодію в колективі, самовідчуття військового й ефективність відновлення. Проте в науковій літературі бракує систематизованих теоретичних підходів до корекції логоневрозу саме в контексті ПТСР серед військових. Опрацювання цієї проблеми сприятиме підвищенню якості психолого-логопедичної допомоги для військовослужбовців і стане теоретичною базою для подальших емпіричних досліджень.

Питаннями, пов'язаними з посттравматичним стресовим розладом займалися вітчизняні та зарубіжні науковці, але перш за все, представники психологічної та медичної галузі. Так, проблема реабілітації військових була і залишається предметом досліджень Р. Слухенської, Л. Логуш, О. Зендик,

О. Гуліної; А. Мельніков, А. Гороховський, Я. Костян вивчали сучасні види реабілітації постраждалих від війни військовослужбовців; К. Гутченко, В. Козачук намагалися створити модель системи реабілітації військовослужбовців на основі мережі масового обслуговування; І. Крук та І. Григус вивчали сучасний погляд на психологічну реабілітацію військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом; Н. Бабич у своїх дослідженнях вивчає мовленнєві дисфункції у військових з наслідками черепно-мозкової травми. У зарубіжних наукових джерелах питання ПТСР досліджено ширше – воєнні конфлікти по всьому світу, протягом останніх двадцяти-тридцяти років неодмінно стають причиною посттравматичних стресових розладів у військових та цивільних, і, відповідно, знаходять своє відображення у дослідженнях науковців. Так, M. Letica-Crepulja, A. Stevanovic, M. Protuder, T. Juretic вивчали вплив воєнних подій на учасників Хорватської війни (1991-1995 pp.); T. Greene, S, Sznitman, A. Contractor, K. Prakash та інші досліджували вплив конфлікту між Ізраїлем та Газою на учасників подій; P. Held, G. Owens, J. Schumm, K. Chard, D. Berntsen, D. Rubin вивчали вплив війни в Афганістані та пов'язані з цією війною психічні розлади; T. Greene, W. Vieweg, D. Julius, A. Fernandez, M. Beatty-Brooks та ін. досліджували теоретичні медико-психологічні аспекти та класифікації ПТСР. Втім, незважаючи на численні дослідження даного питання, залишається актуальним саме процеси відновлення та корекції мовленнєвої діяльності українських військовослужбовців, що постраждали при виконанні своїх обов'язків. Тому темою даної роботи обрано: «Корекція проявів логоневрозу у військовослужбовців після ПТСР».

Об’єкт дослідження – мовленнєва діяльність військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом.

Предмет – особливості корекції логоневрозу у військовослужбовців після ПТСР.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати особливості корекції логоневрозу у військовослужбовців із посттравматичним стресовим розладом та визначити основні напрями роботи в межах логопедичної і психокорекційної

допомоги.

Відповідно до мети поставлено такі завдання дослідження:

- проаналізувати наукові підходи до вивчення логоневрозу як психолінгвістичного і нейропсихологічного феномену;
- розкрити сутність і структуру посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців;
- визначити взаємозв'язок між проявами ПТСР і логоневрозом;
- систематизувати принципи, методи та прийоми корекції логоневрозу в осіб із психотравматичним досвідом;
- розробити практичні рекомендації щодо організації логопедичної допомоги військовослужбовцям із логоневрозом.

Методи дослідження: метод аналізу і узагальнення наукових джерел застосовувався для вивчення, систематизації та узагальнення вітчизняних і зарубіжних наукових праць, що висвітлюють проблеми логоневрозу, посттравматичного стресового розладу та особливостей психолінгвістичної реабілітації осіб із наслідками ПТСР; порівняльно-теоретичний аналіз для виявлення спільних та відмінних рис у підходах до трактування логоневрозу в контексті нейропсихології, психолінгвістики, логопедії та клінічної психології, а також визначити перспективні напрями інтеграції цих підходів у реабілітаційній практиці; структурно-функціональний підхід застосовувався для виявлення взаємозв'язків між психічними, мовленнєвими та нейрофізіологічними механізмами формування логоневрозу у військовослужбовців із ПТСР; метод систематизації забезпечив упорядкування теоретичних положень і створення логічної структури моделі корекційно-логопедичної допомоги; контент-аналіз сучасних методичних розробок дозволив узагальнити найефективніші психокорекційні та логопедичні підходи до роботи з особами, які мають мовленнєві порушення внаслідок психотравматичного досвіду.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ЛОГОНЕВРОЗУ ТА ПСИХОТРАВМАТИЧНИХ СТАНІВ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

1.1 Психолінгвістичні та нейропсихологічні аспекти логоневрозу

Дослідження психолінгвістичних і нейропсихологічних аспектів логоневрозу є надзвичайно важливим для розуміння природи цього порушення мовлення, особливо у випадках, коли воно має вторинний характер і пов’язане з посттравматичними стресовими розладами. Логоневроз відображає складну взаємодію психічних, емоційних, моторних і мовленнєвих процесів, а його прояви нерозривно пов’язані з функціонуванням центральної нервової системи та особливостями емоційно-вольової регуляції. Теоретичне осмислення цих механізмів дозволяє не тільки точніше визначити структуру мовленнєвого дефекту, а й обґрунтувати напрями подальшої корекційної роботи з військовослужбовцями, які мають логоневроз унаслідок психотравматичного досвіду.

Для подальшого дослідження необхідним стає визначення сутності поняття «логоневроз» та ознайомлення з різними підходами до розуміння цього явища. Багато дослідників, серед яких Н. Михальчук, Ю. Пелех, Є. Кравченко та ін. розглядають логоневроз як функціональне порушення мовлення, що має характер судомного неврозу [21]. Інші науковці – Л. Онуфрієва, О. Чайковська, О. Кобець – визначають його як психічне страждання, що проявляється у вигляді судомних рухів мовленнєвого апарату, тобто як одну з форм психозу [22]. У працях учених С. Табачнікова, В. Міхеєва, логоневроз описується як раптове порушення безперервності артикуляції, спричинене судомами в одному з відділів мовленнєвого апарату. Прихильники цієї теорії підкреслюють, що в основі логоневрозу лежить вроджена подразливість координаційних механізмів мовлення. Згодом дослідники почали розглядати його з позицій нейротизму – як

судомний спазм, пов’язаний із функціональними порушеннями нервової системи.

Інша група авторів трактує логоневроз як асоціативний психологічний розлад, що виникає на основі психічної травми чи внутрішнього конфлікту людини із зовнішнім середовищем. На думку прихильників цього підходу, заїкання відображає амбівалентну реакцію особистості: з одного боку – прагнення уникнути конфронтації, а з іншого – потребу привернути увагу й співчуття оточення через демонстрацію власних страждань [23].

Логоневроз розглядається як порушення плавності, темпу й ритму мовлення, що виявляється у вигляді повторів звуків чи складів, раптових пауз, судомних рухів артикуляційного або дихального апарату. Такі прояви зумовлюють утруднення вербальної комунікації, формують емоційно-поведінкові бар’єри, невпевненість, страх мовлення та уникання соціальних контактів. За даними різних досліджень, від 1 до 3 % дорослого населення стикаються з проявами логоневрозу різного ступеня вираженості. Хоча цей розлад має стійкий характер, численні спостереження доводять, що комплексна корекційно-терапевтична робота, спрямована на гармонізацію психоемоційного стану, дихальну й мовленнєву координацію, дозволяє суттєво зменшити або повністю усунути симптоматику заїкання.

На думку Н. Михальчук та ін. [15], етіологія логоневрозу є багатофакторною та охоплює поєднання психогенних, нейрофізіологічних і соціально-психологічних чинників. Найбільш значущим серед них виступає стресовий або травматичний вплив, що спричинює порушення у функціонуванні нервових процесів, які регулюють мовлення. Для осіб, які пережили екстремальні ситуації, зокрема військовослужбовців із посттравматичним стресовим розладом, характерне підвищене напруження емоційно-вольової сфери, гіпервозбудливість, дискоординація дихальних і артикуляційних рухів. Відомо, що тривалий психоемоційний стрес знижує стійкість центральної нервової системи до перевантаження, порушує баланс між процесами збудження та гальмування, що створює сприятливі умови для виникнення судомних

мовленнєвих реакцій. Поряд із психогенними чинниками значну роль відіграють індивідуально-типологічні особливості особистості, спадкові фактори, органічна недостатність мовленнєвих зон кори головного мозку та порушення міжпівкульової взаємодії.

З позицій психолінгвістики логоневроз розглядається як порушення мовленнєвої діяльності на різних рівнях її організації – мотиваційному, смисловому, програмному та реалізаційному. Мовлення як цілісний психофізіологічний процес передбачає узгоджену роботу когнітивних, емоційних і моторних компонентів. При логоневрозі ця узгодженість порушується, що зумовлює дезорганізацію мовленнєвого акту.

У психолінгвістичній структурі мовлення ключову роль відіграє етап внутрішнього програмування висловлювання – побудова смислового задуму, його мовного оформлення та моторної реалізації. Порушення саме на цьому етапі призводить до конфлікту між бажанням висловитись і неможливістю здійснити мовленнєву дію. За даними О. Лурії, І. Сінітко, Т. Волкової, Б. Орфінської та інших, логоневроз є результатом невідповідності між мовленнєвим задумом і руховою його реалізацією, коли надмірна емоційна напруга, страх помилки або очікування труднощів спричиняють судомну реакцію мовленнєвих м’язів [14].

Механізм цього розладу полягає у збоях у функціонуванні мовленнєвого програматора – нейропсихологічної системи, що забезпечує послідовність, темп і ритм мовлення. У нормі ця система координує роботу кори головного мозку, підкіркових структур і периферичних мовленнєвих органів. При логоневрозі ж спостерігається дискоординація між сенсомоторною й емоційною системами, внаслідок чого мовлення стає фрагментарним, напруженим, рваним.

У психолінгвістичному плані логоневроз може виявлятися через повтори, подовження або блоки звуків і складів, зміни темпо-ритмічної структури мовлення, а також супровідні рухи (мімічні, жестикуляційні, дихальні). Ці симптоми є і моторними, і психологічними реакціями на ситуацію мовленнєвого напруження. Вони зумовлені внутрішнім конфліктом між мотиваційною установкою на висловлювання та страхом соціальної оцінки чи власної невдачі.

Згідно з концепціями М. Чевельової, логоневроз можна розглядати як порушення регуляції мовленнєвої активності, що формується на основі неадекватного зворотного зв’язку між мовним задумом і його реалізацією. В умовах стресу чи психологічного перевантаження цей механізм втрачає стабільність, що спричинює появу судомних зупинок, запинок і повторів [12].

Отже, психолінгвістичні механізми логоневрозу мають комплексний характер, у їхній основі лежить дезінтеграція між когнітивними, емоційними й моторними процесами мовлення. Саме тому ефективна корекційна робота має бути спрямована на подолання зовнішніх проявів заїкання та на гармонізацію внутрішньої мовленнєвої програми, емоційного стану й саморегуляції мовленнєвого акту.

З позицій нейропсихології логоневроз трактується як порушення нейродинамічної організації мовлення, зумовлене функціональними змінами у взаємодії кори головного мозку, підкіркових структур і системи емоційної регуляції. У нормі мовлення формується за участю складної мережі нервових центрів – кори лобових, тім’яно-скроневих і моторних зон, які забезпечують планування, координацію та реалізацію мовленнєвих дій. При логоневрозі цей збалансований механізм втрачає синхронність, що призводить до судомних скорочень мовленнєвих м’язів і порушення ритму дихання [10].

Однією з провідних нейропсихологічних причин логоневрозу вважають дисфункцію міжпівкульової взаємодії. Ліва півкуля, відповідальна за послідовність, синтаксичну організацію й моторне оформлення мовлення, не забезпечує достатнього контролю над правопівкульовими емоційно-інтонаційними процесами. У результаті емоційне напруження, яке генерується правою півкулею, домінує над мовленнєвими програмами, що створює передумови для виникнення блоків, спазмів і збоїв у мовленнєвій моторіці. Дослідження за допомогою електроенцефалографії показали, що у людей із логоневрозом спостерігається зниження когерентності біоелектричної активності між лобовими відділами обох півкуль, що свідчить про порушення міжцентрової координації.

Нейрофізіологічні доводять, що у таких осіб підвищена збудливість мовленнєво-рухових зон, а також нестабільність вегетативної нервової системи, що виявляється у порушенні дихання, серцевого ритму, тонусу м’язів гортані та артикуляційного апарату. Це свідчить про недостатній контроль кори над підкірковими структурами, які беруть участь у автоматизації мовленнєвих рухів [20].

Важливу роль у патогенезі логоневрозу відіграє також порушення балансу між процесами збудження та гальмування у корі великих півкуль. При підвищеній психоемоційній напрузі (зокрема в осіб із посттравматичними розладами) цей баланс зміщується у бік гіпервозбудливості, що ускладнює довільний контроль мовлення. У таких умовах навіть незначні подразники можуть запускати рефлекторні спазми мовленнєвої мускулатури [21].

Сучасні нейропсихологічні підходи підкреслюють, що логоневроз є не тільки локальним дефектом мовного механізму, а системним порушенням нейрофункціональної регуляції діяльності, у якому поєднуються моторні, емоційні та когнітивні розлади. Для військовослужбовців після бойового досвіду ці зміни часто мають вторинний характер – вони з’являються як наслідок хронічного стресу, порушення сну, тривожних розладів і вегетативної дистонії [19].

Таким чином, нейропсихологічні механізми логоневрозу характеризуються комплексною дезорганізацією взаємодії кори та підкірки, домінуванням емоційно-вегетативних реакцій над мовленнєвою регуляцією, що проявляється у судомах, блоках і нерівномірності мовлення. Розуміння цих механізмів має важливе значення для розроблення комплексних програм логопедичної та психотерапевтичної корекції, спрямованих на відновлення нейрофункціональної рівноваги й мовленнєвої плавності.

Як свідчать психологічні дослідження, логоневроз має не тільки мовленнєві, а й глибокі психологічні наслідки, які впливають на особистісну сферу, соціальну взаємодію та поведінкові реакції людини. Для осіб, що мають заїкання, характерна висока емоційна чутливість, схильність до внутрішньої

напруги, підвищена тривожність та невпевненість у власних мовленнєвих можливостях. Кожна спроба говорити супроводжується страхом мовлення (логофобією) – очікуванням труднощів, судом, зупинок або негативної оцінки з боку співрозмовника [24].

Цей страх поступово набуває узагальненого характеру, поширюючись не тільки на ситуації публічної комунікації, а й на побутові, міжособистісні контакти. У результаті формується поведінка уникання: людина намагається зменшити кількість розмов, скорочує висловлювання, замінює складні слова простішими або взагалі уникає мовленнєвих ситуацій. Такі захисні стратегії, хоча й тимчасово знижують напруження, призводять до соціальної ізоляції, обмеження професійної та комунікативної активності.

Психологічно логоневроз часто супроводжується заниженою самооцінкою, відчуттям провини, соромом і внутрішнім конфліктом між потребою висловитися та страхом осоромитися. У дорослих, зокрема у військовослужбовців після пережитих бойових травм, ці стани посилюються впливом посттравматичних симптомів – гіпервозбудливістю, тривожними спогадами, емоційним виснаженням, труднощами у контролі власних реакцій. У таких осіб мовленнєва тривога часто пов’язана зі спілкуванням, із втратою відчуття безпеки, неможливістю вільно самовиражатися після психологічної травми.

Дослідники також зазначають, що у структурі логоневрозу наявний вторинний особистісний компонент – система установок, переконань і емоційних реакцій, які закріплюють порушення. Людина починає ототожнювати себе з дефектом мовлення, що призводить до формування комплексу неповноцінності. У деяких випадках це супроводжується соматичними реакціями – підвищенням пульсу, потовиділенням, напругою м’язів, гіпервентиляцією.

Військовослужбовці з ПТСР і логоневрозом демонструють специфічну емоційно-захисну поведінку – замкненість, відмову від діалогу, уникання групових ситуацій, підвищену дратівливість або, навпаки, надконтроль над

власними емоціями. Такі прояви свідчать про порушення емоційно-вольової регуляції й потребують комплексного підходу, що поєднує логопедичну, психологічну та психотерапевтичну допомогу [23].

На нашу думку, психологічні й поведінкові прояви логоневрозу – це і наслідок мовленнєвого дефекту, і вторинна психічна реакція на тривалу внутрішню напругу, й страх соціальної оцінки. Вони суттєво впливають на ефективність корекційної роботи, тому в процесі реабілітації важливо приділяти увагу зниженню тривожності, розвитку впевненості у власних можливостях і формуванню позитивного мовленнєвого досвіду.

Узагальнюючи інформацію про наукові підходи до вивчення логоневрозу можна зробити такі висновки.

1) Психолінгвістичний підхід.

Розглядає логоневроз як збій у поетапній організації мовлення – від мотиваційно-смислового задуму й внутрішнього програмування висловлювання – до моторної реалізації. Ключові механізми включають дефіцит внутрішнього планування, порушення темпо-ритмічної організації, конфлікт між наміром говорити та можливістю реалізувати мовленнєву дію; неадекватний зворотний зв’язок, що підсилює повтори/блоки.

2) Нейропсихологічний підхід.

Фокусується на дискоординації між корою (лобово-тім’яно-скроневі зони), підкірковими структурами та вегетативною регуляцією; на порушенні міжпівкульової взаємодії та балансу збудження/гальмування. Для дорослих із ПТСР типові гіпервозбудливість, дизритмія дихання, лабільність тонусу мовленнєвої мускулатури.

3) Когнітивно-поведінковий підхід.

Пояснює підтримання симптомів через ланцюжок: «негативні переконання – тривога/логофобія – уникання – дефіцит позитивного мовленнєвого досвіду – закріплення дефекту».

4) Психодинамічний/психоаналітичний підхід.

Інтерпретує заїкання як прояв внутрішнього конфлікту, захисних

механізмів, амбівалентності щодо самовираження; «симптом» може виконувати функцію вторинної вигоди (уникнення, залучення підтримки).

5) Теорії моторного контролю й навчання.

Розглядають логоневроз як розлад сенсомоторного програмування й автоматизації; підкреслюють роль помилкового сенсорного предиктора та «аварійних» компенсаторних стратегій (over-control).

6) Біопсихосоціальний та системний підходи.

Симптом формується на перетині нейробіології, психології та контексту (сім'я, робота, культура, бойовий досвід). Для військових із ПТСР значущими є статус безпеки, соціальна підтримка, роль/ідентичність, доступ до допомоги. Оптимальна модель допомоги – міждисциплінарна – логопед, психолог/психотерапевт, психіатр/невролог, кейс-менеджер; робота і з особою, і з найближчим оточенням.

7) Травма-інформований (resilience-based) підхід.

Наголос на безпечності інтервенцій, відновленні контролю та прогнозованості, нарощуванні стійкості (coping, соціальні зв'язки, сенс/цілі), взаємності підтримки. Для ветеранів – інтеграція елементів стабілізації, grounding, повернення до рольової ефективності (служба/робота/родина).

8) Екологічний/професійно-орієнтований підхід.

Тренування у реальних комунікативних сценаріях (брифінг, радіопереговори, співбесіда, публічний виступ), моделювання стресорів із поступовою експозицією та супроводом технік саморегуляції; перенесення навичок у повсякдення.

Важливим також є висновок про те, що жоден підхід не є достатнім сам по собі. Найвищий потенціал має інтегративна модель, що поєднує відновлення нейромовленнєвої координації, модифікацію поведінки й переконань, травма-інформовану стабілізацію та соціально-рольову реінтеграцію.

Наступним кроком у нашому дослідженні стало вивчення наслідків посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців.

1.2 Психологічні наслідки посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців

Проблема посттравматичного стресового розладу серед військовослужбовців набуває особливої актуальності в умовах сучасних збройних конфліктів, коли значна частина учасників бойових дій стикається з травматичними подіями, що перевищують адаптаційні можливості психіки людини. Війна змінює соціальні та економічні реалії держави, призводить до глибоких психічних трансформацій у тих, хто безпосередньо бере участь у бойових діях, виконує завдання у зоні ризику чи пережив втрату побратимів.

Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, симптоми ПТСР спостерігаються не менше ніж у 15-30% військовослужбовців, які брали участь у бойових діях. В українському контексті, з огляду на тривалий військовий конфлікт, кількість осіб із проявами посттравматичного стресу постійно зростає, що зумовлює потребу в системній психологічній підтримці, реабілітаційних програмах та фаховому супроводі ветеранів. ПТСР впливає не тільки на емоційний стан військовослужбовця, а й на його когнітивні функції, соціальну поведінку, міжособистісні відносини, професійну діяльність. Травматичний досвід спричиняє зниження рівня довіри, зростання агресивності, емоційне відчуження, труднощі у поверненні до мирного життя. У багатьох випадках це супроводжується розвитком депресії, адиктивної поведінки або суїцидальних тенденцій [25].

Як зазначають науковці і практики, важливість вивчення психологічних наслідків ПТСР полягає в тому, що від своєчасного виявлення симптомів і правильно обраної стратегії психокорекції залежить якість життя конкретної людини, загальний рівень соціальної стабільності, боєздатності армії та ефективності процесу реінтеграції ветеранів у цивільне суспільство [26]. Розглянемо детальніше сутність, зміст та структуру посттравматичного стресового розладу. На думку багатьох науковців, поняття ПТСР нерозривно пов'язане з поняттям соціальної адаптації.

На думку Л. Музичко [34; 35], психічні прояви загального адаптаційного синдрому визначаються як емоційний стрес – сукупність афективних переживань, що супроводжують реакцію організму на стресові впливи й спричиняють несприятливі фізіологічні зміни. Оскільки емоції є невід'ємною складовою будь-якої цілеспрямованої поведінки, саме емоційна система першою реагує на дію екстремальних чи травматичних чинників. Згідно із сучасними уявленнями, емоційний стрес виникає внаслідок невідповідності між вимогами, які ставить ситуація, та можливостями особистості впоратися з ними. Коли людина не володіє достатніми копінг-стратегіями (способами подолання стресу), формується стан напруження, що супроводжується гормональними змінами у внутрішньому середовищі організму й призводить до порушення гомеостазу. Така реакція є природною спробою адаптуватися та нейтралізувати джерело стресу [34].

Як зазначають О. Чабан, О. Хаустова та В. Омелянович [32], механізми подолання стресу охоплюють як психологічні (когнітивні та поведінкові стратегії), так і фізіологічні процеси. Якщо ж ці механізми виявляються неефективними, стресовий стан затягується, що може зумовити виникнення патологічних реакцій і навіть органічних порушень. З психологічного погляду, стрес відображає специфічний спосіб сприйняття людиною екстремальної ситуації та характер її поведінкової відповіді на неї.

Дослідники стверджують, що травматичний досвід виходить за межі звичних для людини моделей поведінки та сприйняття реальності. Йдеться про ситуації, пов'язані з реальною чи потенційною загрозою життю й безпеці, коли порушуються базові інстинкти – самозбереження та продовження роду. У подібних обставинах миттєве усвідомлення й прийняття пережитого може мати руйнівний вплив на психіку. Тому психічна система активує механізм витіснення – одну з найпотужніших форм психологічного захисту, який дозволяє поступово, крок за кроком, проявляти витіснені елементи травми у вигляді окремих симптомів, що нагадують про пережите.

Явище соціальної дезадаптації науковці розглядають як процес, що

виникає внаслідок переходу від одних життєвих умов до інших і потребує вироблення нових форм пристосування [31]. До найтиповіших проявів дезадаптації відносять емоційні порушення, невротичні реакції та стани, а також медико-біологічні, патохарактерологічні й соціопатичні розлади, що ускладнюють процес соціальної інтеграції.

Соціальна адаптація (від лат. adapto – пристосовую, socium – суспільство) трактується як процес і водночас результат пристосування людини до соціального середовища шляхом засвоєння соціально прийнятних норм поведінки та виконання суспільних вимог, які постають перед особистістю в конкретних життєвих ситуаціях [34].

Ми поділяємо думку І. Щирук [30], що соціальна адаптація особистості спрямована на відновлення нормативних, соціально значущих взаємин із різними соціальними суб'єктами – групами та окремими людьми, а також на позитивну трансформацію спілкування, поведінки та діяльності. Психологічна адаптація передбачає засвоєння суспільно прийнятних моделей поведінки, цінностей і норм, узгодження особистісних установок із очікуваннями соціального середовища. Обидва аспекти адаптації – соціальний і психологічний – тісно взаємопов'язані, хоча в окремих випадках їхній перебіг може не збігатися.

Результати наукових розвідок Ю. Асєєвої та ін. [29] підкреслюють, що основою процесу адаптації є прогнозування, що полягає в оцінюванні майбутніх дій на основі інформації про мету, об'єкт та умови середовища, а також у завчасному здійсненні регулюючого впливу на об'єкт управління. У результаті цього досягається оптимізація рівня й стабільності вихідних сигналів системи, які узгоджуються з імовірнісними характеристиками вхідних впливів взаємодіючих систем. Такий механізм забезпечує найефективнішу взаємодію між системами, узгодженість їхніх функцій і структурну гармонізацію для досягнення поставленої мети. Прогнозування, таким чином, виступає фундаментальним принципом управління й базовим механізмом усіх адаптаційних процесів як на рівні організму, так і особистості, визначаючи

результативність будь-якої діяльності [29].

Отже, розуміємо, що поняття адаптації тісно пов’язане з категорією адаптивності. У психологічному розумінні адаптивність розглядається як властивість системи діяти цілеспрямовано, підтримуючи узгодженість між поставленими цілями та досягнутими результатами. Вона відображає здатність особистості чи системи зберігати ефективність функціонування в умовах змін і невизначеності.

Як відмічають науковці психологи, соціальна адаптація має двовекторний характер – з одного боку, під впливом соціального середовища людина змінює себе, пристосовуючись до нових умов, а з іншого – намагається трансформувати навколишнє середовище відповідно до власних потреб, цінностей і можливостей. Основним механізмом цього процесу є засвоєння норм, цінностей і моделей соціальної взаємодії, притаманних новому соціальному середовищу, а також освоєння форм діяльності, що в ньому склалися [26].

Оскільки соціальне середовище постійно змінюється, людина також змушена безперервно адаптуватися, формуючи нові поведінкові стратегії та способи реагування. Це зумовлює поступову трансформацію психіки, установок, інтересів і життєвих орієнтацій. Якщо процес соціальної адаптації проходить успішно, можна говорити про адаптованість особистості, тобто про її здатність ефективно функціонувати в суспільстві. Незважаючи на безперервність цього процесу, найчастіше його активізація спостерігається у періоди суттєвих змін життєвих обставин або соціального оточення людини.

Дослідники Я. Мироненко та С. Калашченко [28], підкреслюють, що рівень успішності соціальної адаптації визначається як особливостями соціального середовища, так і індивідуально-психологічними характеристиками особистості. Показником ефективної адаптованості виступає внутрішня психологічна задоволеність і відчуття гармонії людини з навколишнім середовищем, тоді як її недостатність проявляється у прагненні змінити соціальне оточення або у переживанні психологічного дискомфорту.

Соціальна адаптація може реалізовуватися в різних формах:

- акомодації – повному підпорядкуванні вимогам середовища без їх критичного осмислення;

- конформізмі – вимушеному прийнятті норм і правил середовища під тиском обставин;

- асиміляції – свідомому та добровільному засвоєнні цінностей і норм соціуму, що ґрунтується на внутрішній солідарності з ними [28].

Процес адаптації нерозривно пов'язаний із прийняттям людиною різних соціальних ролей, адекватним усвідомленням власного «Я» у системі соціальних зв'язків і відносин.

Відповідно, у сучасному суспільстві кожна людина стикається з великою кількістю життєвих ситуацій, подолати які буває складно через нестачу інформації, обмеженість часу або фізичне й емоційне виснаження. Дослідники виділяють низку основних причин соціально-психологічної дезадаптації, серед яких надзвичайно високі темпи життя сучасної цивілізації, що супроводжуються інтенсивними нервовими, фізичними та емоційними навантаженнями; наявність патологічних комплексів, психічна незрілість чи недостатній рівень соціалізації; суперечливість вимог соціального середовища, коли очікування різних груп людей виявляються несумісними між собою; міжособистісні конфлікти – непорозуміння з колегами, членами родини чи подружжям, емоційні потрясіння; хронічне професійне перевантаження, зумовлене несприятливим психологічним кліматом у колективі, відсутністю підтримки або довірливих контактів, що могли б виконувати психотерапевтичну функцію; незадовільні умови праці, неефективна організація робочого процесу, низька кваліфікація персоналу, відсутність можливостей професійного зростання та адекватної матеріальної винагороди [35].

Усі ці чинники посилюють психоемоційне напруження людини та можуть призводити до порушень її соціального й психологічного функціонування. В. Чайка визначає основні ознаки дезадаптованості як переживання людиною тривалих внутрішніх і зовнішніх конфліктів без наявності ефективних психологічних механізмів чи моделей поведінки для їх подолання. Серед

наслідків такої дезадаптації науковець називає нервово-психічні розлади, депресивні стани, виснаження нервової системи та серцево-судинні захворювання [26].

Враховуючи сьогоднішню ситуацію в Україні, хронічна соціальна дезадаптація може бути спричинена впливом таких факторів як тривала військова агресія та пов’язані з нею втрати, вимушене переселення, економічна нестабільність, руйнування звичного соціального середовища, порушення міжособистісних зв’язків, зниження рівня безпеки та довіри в суспільстві, емоційне виснаження, інформаційна перенасиченість, а також обмежені можливості для відновлення психологічних ресурсів і соціальної підтримки. І особливу групу ризику складають військовослужбовці, які постраждали внаслідок бойових дій, втрат, поранень тощо.

Більшість осіб, які брали участь у екстремальних або бойових подіях, відзначають труднощі з адаптацією до мирного життя, значне погіршення психічного стану та прояви непсихотичних психічних розладів. В умовах війни посттравматичний стресовий розлад набуває характеру однієї з найпоширеніших форм психологічної патології, особливо серед військовослужбовців, що безпосередньо перебувають у зоні бойових дій [26].

У військових найчастішими пусковими чинниками розвитку ПТСР є втрата побратимів, участь у бойових зіткненнях із летальними наслідками та необхідність застосування зброї проти супротивника. Часто в момент травматичної події військовослужбовці переживають інтенсивний страх і безпорадність, що супроводжується втратою контролю над ситуацією. Зазвичай ПТСР формується приблизно через місяць після психотравми, тоді як у перші 72 години спостерігаються симптоми гострої стресової реакції, які згодом переходять у гострий стресовий розлад [32].

Посттравматичний стресовий розлад – це непсихотична, відстрочена реакція на вплив надзвичайно сильного травматичного стресу, здатного викликати дистрес і призвести до низки психічних і поведінкових порушень. Його виникнення пов’язане з дією стресора, що виходить за межі звичайного

людського досвіду [40].

На сьогодні не існує єдиної теорії, яка б повністю пояснювала патогенез посттравматичних стресових розладів. Це зумовлено не тільки складністю самого феномену ПТСР, а й тим, що за його проявами приховується взаємодія різних адаптивних і дезадаптивних процесів. У зв'язку з цим науковці та клініцисти, спираючись на різні теоретичні підходи, розробили низку моделей, що інтерпретують механізми розвитку ПТСР – психодинамічну, когнітивну, психосоціальну, психобіологічну, умовнорефлекторну, а також сучасну мультифакторну модель, яка поєднує положення кількох напрямів.

Досліджуючи посттравматичний стресовий розлад, Є. Александров пропонує розглядати його як комплексне утворення, що складається з кількох субсиндромів: емоційно-психологічного, вегетативного, когнітивного та соціально-психологічного. На основі поєднання різних наукових підходів він сформулював психосоціальну модель ПТСР, у якій підкреслюється значення впливу зовнішнього середовища на формування та перебіг розладу. Ця модель має багатофакторний характер і враховує відносну вагу кожного чинника у розвитку стресової реакції. Серед соціальних факторів, що визначають ефективність адаптації осіб, які зазнали психічної травми, автор виділяє: відсутність тяжких фізичних наслідків травми, стабільне матеріальне становище, збереження соціального статусу, наявність соціальної підтримки з боку суспільства, а також значущий емоційний вплив і допомогу з боку близьких людей.

Згідно з класифікацією DSM-5, депресивні розлади визначаються переважанням пригніченого, спустошеного або дратівливого настрою, який супроводжується соматичними та когнітивними порушеннями, що істотно знижують якість життя людини [9, с. 155]. Найпоширенішою формою цих розладів є великий депресивний розлад, діагностика якого ґрунтується на наявності щонайменше п'яти із таких симптомів, що зберігаються протягом щонайменше двох тижнів: стійкий пригнічений настрій більшу частину дня; різке зниження інтересу або задоволення від звичних занять; істотні зміни маси

тіла чи апетиту; безсоння або, навпаки, надмірна сонливість; психомоторне збудження чи загальмованість; відчуття виснаження та втрати енергії; почуття провини чи меншовартості; труднощі з концентрацією уваги; нав'язливі думки про смерть, суїцидальні наміри або спроби.

Як зазначає в своєму дисертаційному дослідженні Л. Музичко [34], у сучасній західній психологічній практиці широко застосовується структуроване діагностичне інтерв'ю, яке дозволяє забезпечити повне й системне врахування всіх симптомів посттравматичного стресового розладу. Такий інструмент поєднує чіткі діагностичні критерії з методикою інтерв'ю, що відповідає необхідним психометричним вимогам – надійності та валідності. Використання структурованого інтерв'ю у клінічній роботі сприяє підвищенню точності постановки діагнозу, об'єктивізації оцінки стану пацієнта та більш ефективному плануванню подальшої терапії.

Посттравматичний стресовий розлад – це непсихотична відстрочена реакція на травматичний стрес, здатна викликати ряд психічних і поведінкових порушень. Для виникнення ПТСР необхідно, щоб людина випробувала дію стресора, який виходить за межі звичайного людського досвіду і здатний викликати дистрес [34].

До основних симптомів ПТСР належать порушення сну, нав'язливі патологічні спогади (флешбеки), часткова амнезія окремих епізодів (уникнення травматичних спогадів), підвищена чутливість і настороженість, а також надмірна збудливість, що проявляється у неадекватній мобілізації психофізіологічних ресурсів [27]. Серед вторинних проявів посттравматичного стресового розладу дослідники виділяють депресивні та тривожні стани, імпульсивну або деструктивну поведінку, зловживання алкоголем, соматичні розлади, а також порушення функцій «Я» - зниження самоконтролю, почуття цілісності та стабільності особистості. Окремою проблемою науковці зазначають появу проблем з мовленням – може з'явитися або підсилитися логоневроз, у вигляді заїкання, затримки мовлення тощо.

Соціальний стресовий розлад проявляється як у доклінічній формі

(психологічні реакції), так і у клінічній – у вигляді невротичних, патохарактерологічних чи адиктивних (зокрема алкогольних) порушень. Серед основних клінічних проявів соціального стресового розладу виокремлюють: вегетативні дисфункції, порушення сну, астенічні та істеричні стани, панічні атаки, інші невротичні й психопатичні симптоми. Особливо вираженими ці прояви є у людей, які пережили вимушену міграцію. Дослідження свідчать, що саме в цієї категорії осіб спостерігається підвищений ризик розвитку психогенних розладів, зумовлених впливом соціальної дезадаптації, втрати звичного середовища та тривалого емоційного напруження [38].

А. Красило розглядає психологічну травму як глибоке порушення цілісності особистості, що виникає внаслідок руйнування самооцінки та втрати життєвих орієнтирів, пов’язаних із соціально значущими цінностями. Коли людина втрачає можливість реалізувати ці цінності або відчуває загрозу їх недосяжності, її внутрішня структура зазнає деструктивних змін. Рівень особистісного розвитку в межах так званої «зони травми» визначає, наскільки успішно людина може подолати кризу. Якщо розвиток психіки відбувається нерівномірно, у свідомості закріплюються внутрішні суперечності, які стають перешкодою для досягнення внутрішньої гармонії та цілісності [39].

Дослідники історичних роз'яснень природи ПТСР стверджують, що реалії війни змусили науковців і лікарів 20-го століття переосмислити природу психологічної травми та межі людської психіки в екстремальних умовах. Військові психіатри дійшли висновку, що перитравматичні процеси – тобто психічні реакції, які виникають безпосередньо під час бойового стресу, - мають сильніший вплив на розвиток психічних розладів, ніж чинники, що передують травмі або проявляються після неї.

З часом такі стани почали розглядати як «бойове виснаження» або «бойову втому», що відносили до нервово-психічних, а не до істеричних розладів. Поглиблення досліджень у цій сфері дозволило отримати більш точні статистичні дані щодо масштабів психічних втрат серед військовослужбовців. За епідеміологічними оцінками, від 2% до 30% усіх бойових поранень мали

психіатричний характер [29].

Під час проведення більш систематичних досліджень у США було оприлюднено офіційний звіт щодо феномену «бойового виснаження», у якому зазначалося, що майже всі військовослужбовці, які перебували в умовах тривалих або повторюваних бойових дій, втрачали працездатність. Згідно з даними звіту, солдат досягає найвищого рівня бойової ефективності приблизно протягом перших 90 днів активних боїв, після чого у більшості з них розвивається психічне виснаження, що значно підвищує ризик психологічного зриву. Дослідники дійшли однозначного висновку: звикання до війни не існує – тривалий бойовий стрес неминуче призводить до психічного виснаження навіть у найстійкіших військових.

Науковці А. Адлер, П. Близько досліджували вплив бойового навантаження на ефективність військовослужбовців після завершення воєнних дій. Вони з’ясували, що після приблизно 60 днів безперервних бойових дій 98% солдатів, які залишилися живими, виявляли симптоми різних психічних розладів. Отримані результати стали підґрунтям для перегляду військової доктрини – зокрема, введення системи ротації особового складу, обмеження тривалості перебування на передовій тощо, що було реалізовано під час Корейської та В’єтнамської воєн. Це відкриття зберігає актуальність і сьогодні, особливо в контексті сучасної військової політики, яка передбачає багаторазові розгортання підрозділів, адже повторний вплив бойового стресу істотно підвищує ризик розвитку посттравматичного стресового розладу.

Військові кампанії в Іраку та Афганістані позначилися появою характерних для сучасних конфліктів нейропсихіатричних травм, серед яких провідними є посттравматичний стресовий розлад та черепно-мозкова травма. Остання найчастіше виникає внаслідок вибухових ушкоджень, спричинених потужними саморобними вибуховими пристроями, що широко застосовуються в цих регіонах бойових дій. Завдяки вдосконаленим засобам індивідуального та технічного захисту – бронежилетам, вибухостійким бронетранспортерам тощо – багато військових залишаються живими після інцидентів, які в попередніх війнах

закінчувалися смертельно. Проте виживання часто супроводжується поєднанням психічних і фізичних травм, ступінь яких ще потребує повного вивчення [14; 26].

Нерідко ці порушення виникають одночасно, що зумовило формування поняття «політравми» в медичній практиці. Наявність ЧМТ значно ускладнює перебіг і лікування розладів посттравматичного спектра, які й без того належать до складних у терапії станів.

М. Салюк та М. Меркулов [25], серед провідних психологічних проявів посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців виокремлюють такі:

1. Почуття провини та сорому. Часто ветерани переживають так званий «синдром того, хто вижив» - глибоке почуття провини за те, що залишилися живими, тоді як їхні побратими загинули. Вони також можуть відчувати сором або внутрішній осуд за власні дії під час бойових операцій, навіть якщо ті були продиктовані необхідністю.

2. Соціальна ізоляція. Військові, які пережили бойовий досвід, нерідко мають відчуття, що їх не здатні зрозуміти ті, хто не був у зоні бойових дій. Це призводить до емоційного віддалення, труднощів у спілкуванні з родиною та друзями, а також до уникання соціальних контактів.

3. Розлади настрою. У багатьох спостерігаються депресивні стани, апатія, втрата життєвих орієнтирів і мотивації. Часто виникає схильність до зловживання алкоголем або психоактивними речовинами як способу тимчасово полегшити біль від травматичних спогадів [25].

Дослідники також зазначають, що з огляду на складність і багатовимірність проявів посттравматичного стресового розладу, надзвичайно важливо враховувати індивідуально-психологічні відмінності осіб, які пережили травматичний досвід. Це особливо актуально для отримання більш точної інформації від учасників бойових дій, що дозволяє глибше зрозуміти зв’язок між військовим досвідом, супутніми психічними розладами та особистісними особливостями. За результатами вітчизняних і зарубіжних досліджень, реакція людини на стрес зумовлена низкою чинників:

1. Генетична схильність. Приблизно 30% індивідуальної реакції на стрес визначається спадковими факторами.

2. Ранній дитячий досвід. Психотравмувальні події, пережиті у віці до семи років, підвищують уразливість до стресових розладів у дорослому житті.

3. Тип особистості. Особи з дратівливим, песимістичним темпераментом частіше зазнають стресових реакцій, тоді як відкриті, позитивно налаштовані й доброзичливі люди відзначаються більшою емоційною стійкістю та легше долають наслідки стресу, що позитивно впливає навіть на тривалість життя [25].

4. Рівень самоконтролю та почуття відповідальності. У людей із загостреним почуттям обов'язку, високими вимогами до себе та прагненням контролювати емоції, а також у реалістичних і суворих особистостей частіше спостерігаються соматоформні прояви – тілесні реакції на психічне напруження.

І. Золочевський [24], представив результати власних досліджень проблеми ПТСР. Під час клініко-анамнестичного обстеження автором було встановлено, що у 86% військовослужбовців травматичний досвід мав повторний або множинний характер, тобто в анамнезі цих осіб фіксувалося кілька психотравмувальних подій.

Серед основних психопатологічних проявів ПТСР найчастіше спостерігалися:

- нав'язливі спогади (78,9%), включно з короткочасними, але яскравими епізодами повторного переживання травми (flashback) та нічними кошмарами (pavor nocturnus);
- тривожні сновидіння (81,6%), що супроводжувалися емоційним напруженням і порушенням сну;
- недиференційована тривога (68,4%), яка виникала без чіткої зовнішньої причини;
- відчуття повторного проживання травматичної події (50%), яке потребує диференціації від феноменів типу déjà vu;
- гострий психологічний дискомфорт у ситуаціях, що нагадують або асоціюються з первинною травмою (86,8%);

- психомоторне збудження (18,4%);

- емоційне притуплення (13,2%), іноді настільки виражене, що наближалося до стану anaesthesia dolorosa psychica – втрати здатності до емоційного переживання [24].

За результатами проведеного І. Золочевським дослідження встановлено, що провідні психопатологічні феномени посттравматичного стресового розладу не відрізнялися від традиційного перебігу ПТСР, але дана психопатологічна симптоматика була більш інтенсивною та виразною. 86% військовослужбовців в анамнезі декілька психотравм.

У військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, нав'язливі спогади можна розглядати як симптомокомплекс, що має чіткий причинно-наслідковий зв'язок із пережитою психотравмою високої інтенсивності. До найхарактерніших клінічних проявів належать повторні, мимовільні й болісні за емоційним забарвленням переживання обставин травматичної події. Такі особи неодноразово відтворюють у свідомості травматичний епізод у формі нав'язливих, неконтрольованих спогадів, які викликають сильну емоційну реакцію. Крім того, у значної частини військовослужбовців із ПТСР (63,2%) спостерігався тривожний синдром, у структурі якого переважали фобічні прояви (42,1%), астенічні симптоми (36,8%), стійке відчуття емоційного напруження й дискомфорту (63,2%), а також тривожне сприйняття майбутнього та песимістична оцінка власних перспектив (52,6%) [24].

На нашу думку, розуміння особливостей перебігу посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців має вирішальне значення для створення ефективних програм реабілітації. Професійна допомога в цьому контексті може включати когнітивно-поведінкову терапію, групові форми психотерапії, медикаментозну підтримку та інші підходи, спрямовані на інтеграцію травматичного досвіду, зниження інтенсивності симптомів і поступове повернення ветеранів до повноцінного мирного життя.

Водночас не менш важливу роль відіграє підтримка з боку родини, близького оточення та суспільства в цілому. Атмосфера прийняття, розуміння й

емоційної безпеки значно полегшує процес адаптації колишніх військових. Важливо також розвивати суспільну обізнаність про ПТСР, долати стереотипи й упередження, пов’язані з психічними розладами, а також забезпечити доступ до відповідних ресурсів і послуг для всіх, хто постраждав від наслідків війни.

Таким чином, психологічні наслідки посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців мають багатовимірний і комплексний характер, що зумовлює необхідність системного підходу до їх дослідження та подолання. ПТСР є однією з найпоширеніших психологічних патологій серед військових, які перебували в умовах бойових дій, і суттєво впливає не тільки на емоційний стан, а й на когнітивні процеси, поведінку, міжособистісні взаємини та соціальну адаптацію. Складність цього розладу пояснюється взаємодією численних біологічних, психологічних і соціальних чинників, що зумовлює відсутність єдиної теорії його патогенезу. Посттравматичний стресовий розлад тісно пов’язаний із процесами соціальної та психологічної адаптації, адже саме порушення балансу між вимогами зовнішнього середовища й можливостями особистості впоратися з ними призводить до формування емоційного стресу та стійких дезадаптивних реакцій.

Для військовослужбовців типовими є нав’язливі спогади, флешбеки, нічні кошмари, підвищена тривожність, гіперпильність, уникання нагадувань про травму, емоційне притуплення та надмірне збудження. Вторинними наслідками стають депресія, адиктивна поведінка, соматичні розлади та порушення «Я-функцій» - втрата почуття цілісності, самоконтролю, стабільності. Окрему групу становлять мовленнєві розлади, зокрема логоневрози (заїкання, затримки мовлення, спазми мовного апарату), що виникають як результат психічного напруження та порушення нервово-психічної регуляції. Такі порушення часто поєднуються з тривожними станами, посилюються в умовах емоційного збудження й суттєво ускладнюють соціальну адаптацію ветеранів.

Дослідження показують, що переважна більшість військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, мають множинний травматичний досвід, що корелює з більш інтенсивними і тривалими проявами ПТСР. Пережиті втрати,

загибель побратимів, необхідність застосування зброї, відчуття страху та безпорадності стають потужними тригерами розладу. Перитравматичні процеси, тобто реакції, які виникають безпосередньо під час бойового стресу, виявилися сильнішими предикторами психічних розладів, ніж чинники, що передують або настають після травматичної події. Доведено, що тривале перебування в умовах бою неминуче призводить до бойового виснаження, і навіть найстійкіші військові не здатні до повного «звикання» до війни.

Найчастіше розвиток ПТСР супроводжується поєднанням психічних і фізичних травм – феноменом політравми, що значно ускладнює діагностику та лікування. Важливим є й урахування індивідуально-психологічних відмінностей: генетичної схильності, особливостей раннього дитячого досвіду, типу особистості, рівня самоконтролю та відповідальності. Особи з підвищеною тривожністю, песимістичним мисленням і схильністю до самозвинувачення виявляють більшу вразливість до стресу, тоді як емоційно стійкі та соціально підтримані люди легше долають наслідки травми. Значний вплив на процес реабілітації мають соціальні фактори – рівень підтримки з боку сім'ї та суспільства, стабільність життєвих умов, наявність кола довіри.

Для повноти нашого дослідження, у наступному підрозділі розглянемо детальніше взаємозв'язок між ПТСР та логоневрозом у військовослужбовців.

1.3 Взаємозв'язок між ПТСР та логоневрозом у військовослужбовців

Як вже зазначалося, посттравматичний стресовий розлад є одним із найбільш поширених психічних наслідків участі у бойових діях, що суттєво впливає на емоційний стан, когнітивні процеси та поведінкові реакції військовослужбовців. Одним із можливих проявів психотравматичного досвіду можуть бути порушення мовлення, зокрема логоневроз, заїкання, який нерідко загострюється або виникає під впливом травматичного стресу.

У сучасних умовах війни проблема взаємозв'язку між ПТСР та

логоневрозом набуває особливої актуальності, тому що виявлення механізмів їхнього поєднання дозволяє своєчасно проводити комплексне психолого-логопедичне втручання. Дослідження цього взаємозв'язку є важливим для розроблення ефективних підходів до реабілітації військових, спрямованих на відновлення комунікативної активності, зменшення психоемоційної напруги та підвищення загальної якості життя ветеранів.

У роботах зарубіжних дослідників [8; 10 та ін.] знаходимо наступну інформацію. У структурі посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців значну роль відіграють афективні, когнітивні та поведінкові зміни, які порушують загальний психоемоційний баланс, істотно впливають на функціонування мовленнєвих процесів. Психологічні механізми, що виникають у відповідь на психотравму, формують сприятливий ґрунт для розвитку мовленнєвих порушень, зокрема логоневрозу – розладу, що характеризується судомністю мовлення, блоками, повтореннями звуків, складів або слів.

Як зазначає Л. Музичко [35], один із центральних механізмів – хронічна психоемоційна напруга, яка спричиняє підвищений рівень тривожності та неконтрольоване збудження вегетативної нервової системи. Тривожність, у свою чергу, руйнує автоматизованість мовлення, активізуючи надмірний самоконтроль. У нормі мовленнєва діяльність реалізується на рівні автоматизмів, але під дією ПТСР військовослужбовець починає занадто ретельно стежити за тим, як саме він говорить. Це викликає перенапруження мовленнєвих механізмів і призводить до появи судом, затримок або спазмів артикуляційного апарату.

Ще одним важливим механізмом є нав'язливий страх мовленнєвої невдачі, який виникає на основі негативного досвіду спілкування, пов'язаного з травматичними подіями. Такий страх може проявлятись як передчуття блокування мовлення, що саме по собі вже порушує плавність висловлювання. У багатьох військовослужбовців логоневроз не є первинним розладом, а виникає як реактивне явище – відповідь на сильний або тривалий психотравмуючий вплив, що розгортається в емоційно насичених комунікативних ситуаціях (звіт

перед командуванням, розмова з цивільними, медичне опитування тощо) [22]. Також слід враховувати формування умовно-рефлекторних зв'язків між травматичними спогадами й мовленням. Наприклад, якщо заїкання вперше проявилося в бойових умовах або внаслідок пережитої загрози життю, то будь-які нагадування про подію (схожі звуки, запахи, візуальні образи, форма, розмова на військову тематику) можуть автоматично запускати захисну реакцію організму – мобілізацію, блокування, скорочення м'язів, у тому числі артикуляційних. Такий механізм спрацьовує позасвідомо, але має реальні фізіологічні наслідки для мовленнєвої діяльності.

Деякі дослідники, зокрема J. Bloodstein, C. Van Riper, L. Andrews підкреслюють, що заїкання може виконувати функцію психологічного захисту, особливо у людей із підвищеною чутливістю до соціального осуду. Для військових це може стати формою неусвідомленого уникнення надмірного психологічного тиску або повторного програвання травматичних подій у спілкуванні [13].

Зважаючи на вище сказане, можна стверджувати, що взаємозв'язок між ПТСР та логоневрозом має комплексний психологічний характер: він базується на дії афективних факторів (тривожність, страх, емоційна вразливість), когнітивних переконань («я не зможу висловитися», «я заїкаюся – мене не сприймуть адекватно») і поведінкових шаблонів уникнення мовлення. Розуміння цих механізмів відкриває можливості для більш цілеспрямованої психокорекції та логопедичної підтримки, яка враховує не лише мовленнєві, а й глибші психологічні процеси військовослужбовців.

Вважаємо за необхідне розглянути фізіологічні механізми стресу. Так, В. Горбаченко [36] зауважує, що стрес зазвичай розглядається як багатокомпонентна реакція організму на впливи зовнішнього чи внутрішнього середовища, що характеризується широким спектром фізіологічних і психологічних проявів. Він виникає у відповідь на загрозу або потребу адаптації до змінних умов та залучає низку регуляторних систем, зокрема нервову, ендокринну й імунну. Короткочасний стрес виконує адаптивну функцію,

забезпечуючи швидку мобілізацію ресурсів організму. Натомість тривала або надмірна дія стресових чинників може порушувати функціонування регуляторних механізмів, підвищуючи ризик розвитку хронічних соматичних захворювань, депресивних і тривожних розладів, а також посттравматичного стресового розладу [36].

ПТСР є складним психопатологічним станом, що формується внаслідок впливу травматичних подій, таких як бойові дії, природні чи техногенні катастрофи, насильство та інші ситуації, які загрожують життю або фізичній цілісності. Цей розлад характеризується наявністю таких симптомів, як нав'язливе повторне переживання травми, емоційна притупленість, гіперзбудливість та уникнення стимулів, пов'язаних із травматичним досвідом. Високий рівень соціальної й психологічної дезадаптації осіб із ПТСР зумовлює значущість цього розладу як проблеми громадського здоров'я [23].

Необхідність поглибленого вивчення біологічних механізмів стресу та ПТСР визначається потребою у розумінні ключових фізіологічних процесів, що лежать в основі їх формування. Центральне місце у регуляції стресової відповіді посідають НРА-вісь та основні нейромедіатори – кортизол, адреналін і норадреналін, які відіграють провідну роль у патогенезі ПТСР. Дослідження цих механізмів відкриває перспективи вдосконалення діагностичних і терапевтичних стратегій із урахуванням індивідуальних особливостей нейромедіаторної регуляції та функціонування НРА-осі [37].

НРА-вісь є ключовою регуляторною системою, що забезпечує координацію фізіологічних реакцій організму на стресові впливи. У відповідь на дію стресора гіпоталамус секретує кортикотропін-рилізинг-гормон, який стимулює передню частку гіпофіза до виділення адренокортикотропного гормону. Потрапляючи у системний кровообіг, АСТН досягає кори надниркових залоз і ініціює синтез кортизолу – основного гормону стресової відповіді, що забезпечує мобілізацію фізіологічних ресурсів для адаптації до загрози [37].

Кортизол впливає на ключові метаболічні та регуляторні процеси: він підвищує рівень глюкози в крові, забезпечуючи організм необхідною енергією,

пригнічує активність імунної системи, що тимчасово зменшує ризик запальних реакцій, а також підвищує артеріальний тиск, оптимізуючи кровопостачання життєво важливих органів. У межах нормальної фізіологічної відповіді ці механізми сприяють адаптації організму до стресових впливів. Однак при надмірній або тривалій активації HPA-осі, зумовленій повторюваним чи хронічним стресом, відбувається виснаження адаптаційних можливостей, що може спричиняти розвиток різноманітних функціональних порушень.

Активація HPA-осі зумовлює широкий спектр фізіологічних реакцій, спрямованих на оперативне залучення енергетичних і функціональних резервів організму. Під впливом кортизолу та інших гормонів стресу органи й тканини переходять у стан підвищеної готовності до дії. Зокрема, у печінці активізується глюконеогенез, що забезпечує додаткове надходження глюкози в кров; паралельно відбувається пригнічення імунної відповіді та зростання артеріального тиску, необхідного для оптимізації системного кровообігу [38].

Хоча короткочасне залучення HPA-осі має адаптивний характер, її тривала гіперактивація, що супроводжується підвищеною секрецією кортизолу, може спричиняти негативні наслідки. Хронічний стрес здатен підсилювати запальні процеси та підвищувати ризик формування психічних розладів, зокрема депресії й тривожних станів. Це пов’язано з надмірним навантаженням на регуляторні механізми HPA-осі та дестабілізувальним впливом кортизолу на нейрональні структури – насамперед мигдалину та гіпокамп, які відіграють провідну роль у контролі емоцій і процесів пам’яті.

У осіб із ПТСР нерідко виявляють значні порушення регуляції HPA-осі. Такі зміни можуть проявлятися як у зниженому базальному рівні кортизолу, так і у надмірно посиленій реакції на стресові стимули. Згідно з низкою досліджень, пацієнти з ПТСР часто демонструють знижений рівень кортизолу в умовах спокою, проте у відповідь на новий стресор їхня HPA-вісь активується надмірно, що посилює відчуття тривоги та емоційну вразливість [36].

Дисрегуляція HPA-осі безпосередньо впливає на функціонування структур мозку, відповідальних за переробку емоцій та формування пам’яті, зокрема

мигдалини, гіпокампа й префронтальної кори. Порушення роботи мигдалини та гіпокампа асоціюється з підвищеним рівнем тривожності, схильністю до формування стійких негативних спогадів і появою характерних симптомів ПТСР, що свідчить про дисбаланс у системах зберігання та обробки емоційної інформації. Дослідження змін у функціонуванні НРА-осі та пов'язаних із нею мозкових структур мають важливе значення для вдосконалення підходів до діагностики й терапії ПТСР. Показники кортизолу, так само як і морфофункціональні зміни мигдалини, розглядаються як потенційні біомаркери, здатні вказувати на підвищену вразливість до розвитку цього розладу та ризик формування тривалої когнітивної й емоційної дисфункції.

За даними досліджень В. Горбаченко, В. Оляніна, О. Лук'янець, порушення роботи НРА-осі у пацієнтів із ПТСР може виявлятися у двох протилежних формах – як у напрямі її надмірної активації, так і у вигляді зниженої функціональної активності. Низка досліджень демонструє, що у частини пацієнтів спостерігаються знижені базальні рівні кортизолу, що розглядається як наслідок тривалого або повторюваного стресового впливу. Хронічне навантаження на НРА-вісь може призводити до її функціонального виснаження, унаслідок чого зменшується здатність організму адекватно реагувати на нові стресові стимули [36]. Така гіпоактивність може свідчити про специфічну форму адаптації до тривалого стресу, проте водночас обмежує можливості організму швидко мобілізувати ресурси у разі гострої загрози.

Водночас інші пацієнти демонструють підвищену стресову реактивність, що відображається у надмірному вивільненні кортизолу під дією окремих стимулів. Це вказує на можливу гіперактивність НРА-осі у певних контекстах. Така міжіндивідуальна варіабельність у функціонуванні НРА-осі може бути зумовлена особливостями травматичного досвіду, біологічними факторами та ступенем тяжкості ПТСР.

Важливою складовою патофізіології ПТСР є також зміна нейромедіаторного балансу, що впливає на емоційні, когнітивні та поведінкові прояви розладу. Катехоламіни, зокрема норадреналін та адреналін, відіграють

провідну роль у реалізації реакції «бий або тікай» [36, 102]. Підвищений рівень норадреналіну асоціюється з посиленням тривожності, гіперзбудженості та формуванням когнітивної упередженості до травматичних спогадів, що сприяє появі таких типових симптомів, як нав'язливі спогади та уникнення відповідних стимулів.

Генетичні та епігенетичні чинники відіграють ключову роль у формуванні індивідуальної вразливості до ПТСР. Сучасні дослідження свідчать, що окремі генетичні варіанти, зокрема ті, що регулюють діяльність HPA-осі та синтез кортизолу, здатні підвищувати ймовірність розвитку посттравматичних розладів у відповідь на стресові події. Одним із найбільш вивчених прикладів є ген FKBP5, поліморфізми якого впливають на чутливість глюкокортикоїдних рецепторів, посилюючи стресову реактивність і, відповідно, збільшуючи ризик ПТСР [37]. Важливе значення мають і епігенетичні механізми, такі як метилування ДНК та модифікації гістонів, які здатні змінювати активність генів, пов'язаних із регуляцією стресових відповідей. Хронічна активація HPA-осі може спричиняти тривалі зміни експресії низки генів, що сприяє підвищенню вразливості до ПТСР. Такі зміни, зумовлені епігенетичними модифікаціями, впливають, зокрема, на рівень кортизолу та інші ключові компоненти стресової реакції [38].

Отже, взаємодія генетичних детермінант, епігенетичних перетворень і нейромедіаторних дисбалансів формує біологічне підґрунтя розвитку ПТСР. Порушення у функціонуванні HPA-осі, а також зміни в норадреналінергічній і серотонінергічній системах виступають важливими біомаркерами, що відображають ризик виникнення та перебіг цього розладу.

Нейрофізіологічні механізми взаємозв'язку між посттравматичним стресовим розладом та логоневрозом у військовослужбовців ґрунтуються на комплексних змінах у функціонуванні центральної нервової системи, які виникають під впливом психотравматичного досвіду. Тривалий або раптовий стрес бойових ситуацій активує нейробіологічні процеси, що зачіпають як емоційно-регуляторні структури мозку, так і нейронні мережі, відповідальні за

мовленнєву моторну координацію та темпо-ритмічну організацію мовлення.

Одним із ключових компонентів є гіперактивація лімбічної системи, зокрема мигдалеподібного тіла (амігдали), що відповідає за оброблення сигналів небезпеки. За умов ПТСР амігдала функціонує у стані постійної готовності, реагуючи на широкий спектр стимулів як на загрозливі. Така гіперзбудливість знижує ефективність роботи префронтальної кори, яка у нормі пригнічує надмірні емоційні реакції та забезпечує когнітивний контроль. Дисбаланс між цими структурами спричиняє труднощі у регуляції рухових програм, у тому числі мовленнєвих [34].

Не менш важливим є порушення в роботі мозкових структур, відповідальних за моторне планування мовлення, зокрема премоторної кори, Броківської зони та підкіркових ядер (базальних гангліїв). У нормальних умовах ці центри формують чіткі послідовності моторних імпульсів, які забезпечують плавність і безперервність мовленнєвого потоку. Під дією хронічного стресу відбувається порушення синхронізації та координації між корковими та підкірковими структурами, що проявляється у судомності мовлення, спазмах артикуляційних м’язів та затримках мовленнєвих реакцій. Дослідження нейровізуалізації (fMRI, PET, DTI) демонструють, що у людей з ПТСР спостерігається зниження активності в префронтальних зонах та підвищення активності в ділянках, що відповідають за автоматичні реакції небезпеки. Такий розподіл активації є характерним також і для осіб із заїканням, де недостатня координація між верхніми лобовими відділами та моторною корою призводить до нестабільності виконання мовленнєвих рухів. У військовослужбовців ці два патерни накладаються один на одного, формуючи стійку нейрофізіологічну основу для виникнення коморбідності [37].

Особливе значення має функціонування вегетативної нервової системи, яка у стані ПТСР постійно зміщена у бік симпатичної активації. Підвищена частота серцевих скорочень, напруження м’язів, збільшений рівень кортизолу та адреналіну створюють умови, за яких артикуляційні м’язи стають більш чутливими до судомних реакцій. Вегетативні зміни прямо впливають на

дихальний компонент мовлення: нерівномірність дихальних циклів, недостатня координація дихання і фонації є типовими нейрофізіологічними передумовами для розвитку логоневрозу.

Ще одним аспектом є також порушення міжпівкульної взаємодії. Дослідження показують, що за умов стресу та ПТСР можливе зниження ефективності міжпівкульної передачі інформації через мозолисте тіло. Оскільки мовлення є складним когнітивно-моторним процесом, що потребує злагодженої роботи обох півкуль, порушення такої взаємодії може призводити до збоїв у запуску та підтриманні мовленнєвого циклу, особливо в ситуаціях підвищеного навантаження чи емоційної напруги.

Таким чином, нейрофізіологічні механізми поєднання ПТСР та логоневрозу у військовослужбовців мають багаторівневий характер: від гіперактивації структур, що відповідають за емоційне реагування, до дисфункції моторних систем мовлення та вегетативної регуляції. Це поєднання створює стійку нейробіологічну базу для розвитку й закріплення мовленнєвих судом, а також пояснює, чому логоневроз у військових часто проявляється не як ізольований мовленнєвий розлад, а як невід'ємний компонент складних посттравматичних змін у центральній нервовій системі.

Коморбідність посттравматичного стресового розладу та логоневрозу у військовослужбовців характеризується складною симптоматичною структурою, у якій мовленнєві порушення переплітаються з емоційними, когнітивними та поведінковими проявами психотравматичного досвіду. У клінічній картині таких пацієнтів логоневроз рідко виникає у «чистому» вигляді: зазвичай він формується як вторинний або реактивний розлад на тлі тривалого стресового навантаження, симптомів гіперзбудження чи інтрузивних переживань, характерних для ПТСР [39].

Однією з найхарактерніших рис коморбідного стану є поєднання тривожності та мовленнєвих судом, які взаємно підсилюють одне одного. Підвищена внутрішня напруга, очікування небезпеки, гіперсторожкість та відчуття втрати контролю можуть значно загострювати прояви заїкання. У таких

випадках кожна спроба говорити супроводжується посиленням емоційного напруження, що запускає фізіологічні механізми спазму артикуляційних м’язів. Це створює порочне коло: страх говоріння – судомність мовлення – посилення страху – погіршення мовлення [40].

У низці випадків логоневроз у військових поєднується з інтрузивними спогадами, флешбеками або дисоціативними епізодами, коли мовлення раптово блокується на піку емоційного переживання. Мовленнєві порушення можуть проявлятися як:

- раптове «застигання» мовленнєвого потоку;
- клонічні повтори окремих звуків або складів;
- тонічні мовленнєві блоки;
- різкі зміни темпу та ритму мовлення;
- змішаний тип заїкання (клонічно-тонічний), що характерний для травматичних форм логоневрозу [41].

Такі реакції є результатом одночасної активації системи стресової відповіді та порушення мовленнєво-моторної регуляції.

Специфічним клінічним компонентом є, так званий, «бойовий логоневроз», який відрізняється від типових форм заїкання низкою особливостей [37]. Він не пов’язаний із ранніми етапами мовленнєвого розвитку, а виникає у дорослому віці після переживання сильних психотравмуючих подій. У таких випадках заїкання може мати гострий дебют, інколи – миттєвий, одразу після шокового епізоду (вибух, поранення, смерть побратимів тощо). На відміну від вродженого логоневрозу, бойовий варіант характеризується:

- швидким формуванням симптоматики,
- тісним зв’язком із травматичними тригерами,
- більш вираженим емоційно-соматичним компонентом,
- хвилеподібністю перебігу залежно від рівня стресу,
- високою залежністю плавності мовлення від контексту (спокійна обстановка – майже без симптомів; тригерна ситуація – різке загострення).

Такі особливості вимагають уважного диференційного аналізу при

встановленні діагнозу.

У клінічній практиці також спостерігаються випадки, коли мовленнєві порушення виконують функцію психологічного захисту, допомагаючи військовослужбовцю уникати відтворення важких спогадів або комунікативних ситуацій, що викликають сильну емоційну реакцію. У таких випадках логоневроз може посилюватися у спілкуванні з фахівцями, під час опитування про бойові дії або у соціально значущих комунікативних контекстах (спілкування з офіцерами, медиками, цивільними) [42].

Зауважимо, що клінічні прояви коморбідності ПТСР і логоневрозу характеризуються високою варіативністю, залежністю від індивідуальних психофізіологічних особливостей та динамічним зв’язком із поточним емоційним станом військовослужбовця. Їхній комплексний характер потребує міждисциплінарного підходу до діагностики й реабілітації та врахування мовленнєвих, нейропсихологічних, емоційно-поведінкових та контекстуальних чинників.

Формування логоневрозу в умовах посттравматичного стресового розладу не є випадковим явищем; воно зумовлене комплексом взаємопов’язаних біологічних, психологічних, індивідуально-типологічних та соціальних чинників, які впливають на вразливість центральної нервової системи до стресу та на стабільність мовленнєвої діяльності. Визначення цих факторів ризику є важливим для раннього виявлення груп підвищеної уразливості та розроблення ефективних програм профілактики й реабілітації військовослужбовців [46].

Одним із провідних чинників є інтенсивність та характер психотравмуючих подій, пережитих під час бойових дій. Досвід безпосередньої загрози життю, участь у боях високої інтенсивності, свідчення загибелі побратимів, поранення, тривале перебування в умовах обстрілів чи полону підвищують ризик розвитку як ПТСР, так і вторинних порушень мовлення. Травматичні події, що супроводжуються шоком або гострою дисоціацією, можуть викликати різкі зміни у нейропсихологічних механізмах, відповідальних за регуляцію мовлення, що створює передумови для появи травматичного

логоневрозу. Ще одним фактором ризику є попередня схильність до мовленнєвих або невротичних розладів. Особи, які у дитинстві мали короткочасні епізоди заїкання, затримки мовленнєвого розвитку, порушення плавності мовлення під впливом стресу або тривожні особистісні риси (підвищена ранимість, сензитивність, схильність до соматизації), демонструють вищу вразливість до формування реактивного логоневрозу в дорослому віці. Наявність у минулому невротичних симптомів, таких як панічні атаки чи генералізована тривожність, також корелює з підвищеним ризиком [42].

Суттєве значення має рівень індивідуальної стресостійкості та резильєнтності. Військовослужбовці з низьким рівнем психічної витривалості, недостатнім розвитком стратегій подолання, труднощами в управлінні емоціями частіше демонструють розлади мовлення на тлі ПТСР. Особистісні характеристики, такі як імпульсивність, ригідність, перфекціонізм або висока залежність від зовнішньої оцінки, можуть посилювати схильність до формування страху мовленнєвої невдачі, що виступає каталізатором логоневрозу.

Слід враховувати також соціально-комунікативні фактори, що впливають на адаптацію військових після повернення з фронту. Дефіцит соціальної підтримки, конфліктні взаємини в родині, недостатнє розуміння з боку оточення, високий рівень соціального або професійного тиску можуть сприяти загостренню проявів ПТСР і вторинних мовленнєвих порушень. У деяких військовослужбовців заїкання проявляється переважно у формальних або стресових мовленнєвих ситуаціях – під час звітів, медичних опитувань, соціальних контактів із цивільними, тоді як у невимушеному спілкуванні симптоми можуть бути менш вираженими [43].

До факторів ризику належать і фізіологічні показники виснаження, що виникають унаслідок тривалого перебування в екстремальних умовах: хронічний недосип, порушення циркадних ритмів, виснаження нервової системи, соматичні ускладнення та постійне вегетативне перенапруження. Ці стани призводять до порушення нейронної пластичності, зниження контролю над моторними функціями та підвищення судомної готовності артикуляційної мускулатури.

Зокрема, у групу особливого ризику потрапляють військовослужбовці, які мають накопичувальний ефект травматизації, тобто пережили кілька травмуючих подій або поверталися до зон бойових дій багаторазово. Кожен новий стресовий епізод може поглиблювати вже наявні нейрофізіологічні та мовленнєві порушення, сприяючи хронизації логоневрозу [40].

Взагалі, розвиток логоневрозу на тлі ПТСР зумовлений багатокомпонентною взаємодією зовнішніх (бойових, соціальних) і внутрішніх (психологічних, нейрофізіологічних) факторів. Аналіз цих чинників ризику дозволяє ефективніше планувати комплексну діагностику, попереджати прогресування мовленнєвих розладів та підбирати індивідуалізовані програми реабілітації для військовослужбовців.

Розглянемо також захисні чинники та ресурси подолання у військовослужбовців із ПТСР та логоневрозом.

Незважаючи на значну кількість факторів ризику розвитку логоневрозу в умовах посттравматичного стресового розладу, у військовослужбовців одночасно можуть діяти різноманітні захисні чинники та компенсаторні ресурси, які здатні зменшувати інтенсивність мовленнєвих порушень, підвищувати адаптивність та сприяти ефективній психолого-логопедичній реабілітації. Дослідження ресурсного підходу у вивченні травми підкреслюють, що здатність індивіда до відновлення є не менш важливим аспектом, ніж самі прояви порушень [44].

Одним із провідних захисних механізмів є високий рівень здатності людини зберігати психологічну рівновагу й відновлюватися після впливу стресових подій. Військовослужбовці, які демонструють внутрішню гнучкість, навички саморегуляції та позитивну життєву орієнтацію, значно легше долають мовленнєві труднощі, оскільки здатні контролювати емоційну реактивність і знижувати інтенсивність фізіологічного збудження, що є типовим тригером логоневрозу.

Суттєвим ресурсом є також розвинені навички емоційно-вольової регуляції. Використання технік глибокого дихання, когнітивного

переосмислення, релаксації, майндфулнес-практик та простих прийомів зниження тривожності сприяє стабілізації роботи вегетативної нервової системи та покращує контроль над мовленнєво-моторними програмами. Дані нейропсихологічних досліджень підтверджують, що стабілізація емоційного стану позитивно впливає на корково-підкіркову взаємодію, відповідальну за плавність мовлення. Важливим захисним чинником виступає наявність соціальної підтримки, як з боку сім'ї та близьких, так і з боку побратимів, командування та реабілітаційних фахівців. Позитивна соціальна взаємодія зменшує рівень тривожності, зміцнює відчуття безпеки та сприяє формуванню більшої впевненості у власних комунікативних можливостях. Для військовослужбовців, які пережили втрату або сильну емоційну травму, саме підтримка соціального оточення часто виступає ключовим фактором, що пом'якшує прояви логоневрозу [40; 43].

Окреме значення має якісне професійне втручання, що включає своєчасну психотерапевтичну та логопедичну підтримку. Психотерапевтичні методи (когнітивно-поведінкова терапія, EMDR, тілесно-орієнтована терапія, методи роботи з травмою) спрямовані на зменшення симптомів ПТСР, нормалізацію емоційної реактивності та відновлення відчуття контролю над внутрішніми станами. Логопедичні методики (дихальні вправи, логоритміка, відпрацювання плавності мовлення, моделювання безпечних комунікативних ситуацій) допомагають сформувати нові мовленнєві патерни та зменшити частоту судомних проявів.

До захисних ресурсів слід віднести й позитивний комунікативний досвід, який формується в безпечних умовах: спілкування в групах підтримки, поступове розширення кола комунікативних ситуацій, успішні мовленнєві взаємодії з фахівцями або близькими. Такий досвід сприяє формуванню нових, «незагрозливих» асоціацій між мовленням і внутрішнім станом, що поступово послаблює зв'язок між стресом та мовленнєвими судомами. Фізіологічні ресурси, такі як достатній сон, регулярна фізична активність, відновлення циркадних ритмів і регуляція дихальної системи, також мають захисний ефект.

Вони покращують нейронну пластичність, знижують загальний рівень симпатичної активації та сприяють нормалізації функціонування нервових структур, задіяних у мовленні [44].

Узагальнюючи, захисні чинники та ресурси подолання у військовослужбовців із поєднаними проявами ПТСР і логоневрозу формують важливий фундамент для відновлення. Їхнє цілеспрямоване зміцнення в рамках комплексної реабілітації підвищує шанси на стабілізацію мовленнєвої діяльності, зниження емоційної напруженості та повернення військових до ефективної комунікації в соціальних і професійних ситуаціях.

Таким чином, аналіз психолінгвістичних, нейрофізіологічних та клінічних аспектів дозволяє стверджувати, що взаємозв'язок між посттравматичним стресовим розладом і логоневрозом у військовослужбовців має комплексний, мультифакторний характер. ПТСР зумовлює глибокі зрушення в емоційній сфері, системі стресової реакції та функціонуванні центральної нервової й вегетативної нервової систем, що проявляється в гіперактивації лімбічних структур, дисрегуляції HPA-осі, зміні нейромедіаторного балансу та порушенні міжпівкульної взаємодії. У свою чергу, ці зміни створюють умови для виникнення або загострення логоневрозу, який формується як реактивний розлад на тлі хронічної психоемоційної напруги, тривожності, страху мовленнєвої невдачі, формування патологічних умовно-рефлекторних зв'язків між травматичними спогадами та мовленням. Особливої уваги потребують клінічні прояви «бойового логоневрозу», що відрізняється гострим дебютом, тісним зв'язком із травматичними тригерами та високою залежністю вираженості мовленнєвих порушень від емоційно насиченого контексту.

Виявлено, що розвиток логоневрозу на тлі ПТСР обумовлюється поєднанням біологічних (нейрофізіологічних, генетичних, нейромедіаторних), психологічних (афективних, когнітивних, особистісних), соціально-комунікативних та середовищних чинників, тоді як захисні ресурси (резистентність, навички емоційної саморегуляції, соціальна підтримка, позитивний комунікативний досвід, своєчасне психотерапевтичне й логопедичне

втручання) здатні істотно пом’якшувати мовленнєві прояви і сприяти відновленню. Це підкреслює необхідність міждисциплінарного підходу до діагностики й реабілітації військовослужбовців із поєднаними проявами ПТСР та логоневрозу, а також обґрунтовує доцільність розроблення комплексних психолого-логопедичних програм, спрямованих на корекцію мовленнєвих порушень, на роботу з глибинними психотравматичними механізмами, підвищення адаптаційного потенціалу та якості життя ветеранів.

РОЗДІЛ 2
ОСНОВИ КОРЕКЦІЇ ЛОГОНЕВРОЗУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІСЛЯ ПТСР

2.1 Принципи, підходи та напрями логопедичної корекції за умов психотравматичного досвіду

Узагальнення теоретичних даних про взаємозв'язок ПТСР та логоневрозу у військовослужбовців створює підґрунтя для переходу до розгляду практичних аспектів логопедичної допомоги. За умов психотравматичного досвіду мовленнєва корекція не може обмежуватися традиційними техніками подолання заїкання, оскільки мовленнєві порушення тісно пов'язані з емоційною сферою, нейрофізіологічними змінами та поведінковими реакціями. Це зумовлює необхідність переосмислення цілей і завдань логопедичної роботи, інтеграції психотерапевтичних, нейропсихологічних і реабілітаційних підходів.

У такому контексті особливої ваги набуває визначення принципів, підходів та основних напрямів логопедичної корекції, адекватних умовам психотравми. Йдеться про побудову корекційного процесу на засадах безпечної комунікативної взаємодії, поетапного зниження рівня тривожності, підтримки резильєнтності та активізації особистісних ресурсів військовослужбовця. Подальший виклад буде спрямовано на окреслення ключових принципів організації логопедичної допомоги, характеристику провідних методичних підходів та конкретних напрямів корекційно-реабілітаційної роботи із зазначеною категорією осіб [41].

Нижче подано розгорнуту характеристику ключових принципів, які знайшли своє відображення у роботах науковців [36; 44; 47].

1. Принцип безпечного терапевтичного середовища. Безпечне середовище – фундамент початку будь-якої роботи з військовими, які мають ПТСР. Без нього корекційні методики можуть викликати посилення тривоги, повторну

інтрузивність спогадів та поглиблення мовленнєвих блоків.

Безпечне середовище забезпечує:

- передбачуваність (чітка структура заняття, попередження про зміну діяльності);
- помірний темп і навантаження, уникнення ситуацій з високими вимогами;
- емоційно нейтральні стимули, щоб не провокувати тригери (звуки, теми, контексти, ритмічні подразники);
- повага до меж клієнта, право зупинити завдання, зробити паузу, обрати тему;
- неоцінювальне ставлення, тобто військовослужбовець не має відчувати сорому за мовленнєві труднощі.

Цей принцип узгоджується з концепціями травма-інформованої допомоги та логопедичного супроводу осіб після психотравми [36].

2. Принцип емоційної стабілізації як передумови мовленнєвої роботи. Мовлення, особливо у військових із ПТСР, є тісно пов’язаним із рівнем фізіологічного збудження. Судомність мовлення, тонічні та клонічні блоки найчастіше виникають у стані:

- підвищеної тривожності,
- гіперзбудження,
- вегетативної нестабільності,
- очікування небезпеки.

Тому логопедична робота повинна починатися з регуляції емоційного стану [44]. У межах цього принципу застосовують:

- дихальні техніки (діафрагмальне дихання, 4-6-8);
- вправи на зниження м’язового тонусу (постізометрична релаксація, «сканування тіла»);
- ритмодихальні комплекси (поєднання мовлення та дихання);
- техніки самозаземлення («grounding»), актуальні при флешбеках та дисоціації.

Лише після досягнення емоційної стабільності можна переходити до корекції мовлення – інакше ефект буде мінімальним або нестійким.

3. Принцип міждисциплінарності. У випадку коморбідності ПТСР і логоневрозу логопед працює не ізольовано. Ефективна допомога можлива лише за умов співпраці:

- психолога / психотерапевта (робота з травмою, тривожністю, страхом мовлення);
- невролога (оцінка стану ЦНС, медикаментозна підтримка за потреби);
- психіатра (корекція депресивних, тривожних, постстресових розладів);
- фізичного реабілітолога (нормалізація м’язового тонусу, дихальних патернів);
- соціального працівника (підтримка адаптації).

Міждисциплінарність не лише знижує ризик повторної травматизації, а й забезпечує цілісний вплив на психофізіологічні механізми мовленнєвих порушень.

4. Принцип поступовості та індивідуалізації. Заїкання, спричинене травмою, не є однорідним за проявами. Військовослужбовці можуть демонструвати:

- хвилеподібність симптомів,
- залежність мовленнєвих судом від ситуацій,
- різний рівень тригерності.

Тому принцип передбачає поступове ускладнення вправ – від дихально-ритмічних до діалогічних і стрес-моделюючих; індивідуальний темп при якому деяким клієнтам потрібні довші періоди стабілізації; адаптацію методів, тобто урахування особистісних характеристик, типу ПТСР, коморбідних станів.

Невиправдане прискорення корекційного процесу може активувати захисні реакції, збільшувати судомність і блоки [44].

5. Принцип контекстності та реалістичної комунікації. Психотравматичний логоневроз часто «вмикається» лише у певних комунікативних ситуаціях: під час розмови з керівництвом, у медичних

опитуваннях, у формальних взаємодіях. Тому логопедична корекція повинна включати відпрацювання мовлення у контекстах, наближених до реальних, моделювання типових ситуацій (дзвінки, інструктажі, короткі звіти), поступове введення «стресових стимулів» у контрольованому середовищі, перенесення навичок у повсякденну діяльність [47].

Цей принцип забезпечує генералізацію корекційних навичок, тобто їх перенесення за межі кабінету.

6. Принцип формування адаптивних мовленнєвих стратегій. Оскільки травматичний логоневроз пов’язаний із дисфункцією автоматизованих мовленнєвих схем, важливо навчати клієнта технікам уповільнення мовлення, плавному входженню в мовленнєву фразу, використанню пауз, ритмодихальній підтримці, альтернативним способам вираження думки у складних ситуаціях, самокорекції та самоспостереженню без самокритики.

Мета полягає не лише у зменшенні судомності, а й у відновленні контролю над комунікацією та подоланні страху мовлення.

7. Принцип підтримки особистісних ресурсів. Психологічна стійкість, почуття контролю і внутрішня мотивація прямо впливають на успішність логопедичної терапії. Тому в корекційний процес інтегрують вправи на усвідомлення власних ресурсів, розвиток навичок самопідтримки, позитивний зворотний зв’язок, роботу з комунікативною самооцінкою, фіксацію успіхів, навіть мінімальних. Резистентність допомагає військовослужбовцю не тільки зменшувати мовленнєві труднощі, а й стабілізувати загальний психоемоційний стан.

8. Принцип уникнення ретравматизації. Логопед повинен уникати тем, що провокують флешбеки, різких ритмічних стимулів (нагадують вибухи), імітації «стресових» ситуацій без підготовки, прямого тиску («скажи швидше», «повтори правильно»).

Корекційний процес вибудовується так, щоб жоден етап не активував травматичну пам'ять.

Спираючись на означені принципи роботи, розглянемо детальніше підходи

та напрями логопедичної корекції у військовослужбовців із логоневрозом на фоні психотравматичного досвіду.

Ефективність логопедичної роботи з військовослужбовцями, які пережили психотравму, залежить від правильного вибору методологічного підходу. Корекція не може базуватися виключно на класичних моделях подолання заїкання, оскільки у випадку ПТСР мовленнєва симптоматика є результатом порушення регуляції емоцій, підвищеної тривожності та дисфункції нейрофізіологічних систем. Тому сучасна логопедична практика орієнтується на інтеграцію кількох підходів, які узгоджуються між собою та з психотерапевтичним супроводом [45].

Психолінгвістичний підхід, який ґрунтується на розумінні мовлення як складної системи, у якій психологічні, когнітивні та моторні процеси тісно переплітаються. У випадку ПТСР мовленнєва діяльність зазнає порушень через розрив між внутрішнім емоційним станом, когнітивним контролем і моторною реалізацією мовлення.

Основні корекційні завдання цього підходу:

- відновлення мовленнєвих автоматизмів, що пригнічені або деформовані внаслідок психотравми;
- формування нових стратегій побудови висловлювання у стані зниженого емоційного напруження;
- перебудова зв’язку «емоція - думка - мовлення»;
- навчання усвідомленого керування мовленням без надмірного контролю.

Методи в межах підходу:

- вправи на уповільнення та ритмізацію мовлення;
- метод «м’якого старту» (easy onset);
- вправи на паузинг, фразування, інтонування висловлювань;
- робота з внутрішнім мовленням, що часто є фрагментованим у людей після травми.

Нейропсихологічний підхід. Цей підхід базується на розумінні того, що

травматичний досвід викликає зміни в роботі мозкових структур, які відповідають за моторне планування, емоційну регуляцію та координацію мовленнєвих рухів. Основні напрями корекції:

- нормалізація міжпівкульної взаємодії (пластичні вправи, білатеральна стимуляція);
- відновлення темпо-ритмічної організації мовлення через інтеграцію руху, дихання та голосу;
- стимуляція корково-підкіркових зв'язків, що порушуються у стані хронічного стресу;
- вправи на розвиток виконавчих функцій (уваги, робочої пам'яті), що опосередковано стабілізують мовлення.

Методи в межах підходу:

- логоритміка та ритмодихальні комплекси;
- білатеральні рухові вправи (ліворуч-праворуч, перехресні кроки);
- артикуляційна моторика в поєднанні з сенсомоторною стимуляцією;
- нейропластичні вправи на переключення та синхронність [45; 46].

Психотерапевтично-орієнтований логопедичний підхід не дублює психотерапію, але інтегрує психотерапевтичні механізми в логопедичну роботу. Його цілі – це зниження тривожності, яка безпосередньо провокує судомні прояви; формування безпечного ставлення до власного мовлення; послаблення страху мовленнєвої невдачі; поступове відреагування травматичних комунікативних ситуацій [45].

У межах підходу використовують:

- елементи когнітивно-поведінкової терапії: робота зі «страхами мовлення», дисфункційними переконаннями;
- техніки десенсибілізації (поступове введення стресових стимулів);
- тілесно-орієнтовані практики, grounding-техніки;
- стабілізаційні техніки (двобічна стимуляція для зниження тривоги перед мовленням).

Комунікативно-діяльнісний підхід. Цей підхід спрямований на повернення

військовослужбовця до ефективної практичної комунікації у реальних життєвих і службових ситуаціях. Основні цілі:

- формування нових моделей поведінки у складних комунікативних ситуаціях;
- відпрацювання функціонального мовлення в умовах помірного стресу;
- розвиток впевненості в діалогічній та публічній взаємодії.

Корекційні методи:

- моделювання службових ситуацій (звітність, інструктажі, дзвінки, спілкування з керівництвом);
- рольові ігри з поступовим збільшенням складності;
- тренування мовлення в мікрогрупах;
- вправи на темпоральну організацію діалогу.

5. Інтегрований підхід (міждисциплінарна модель). Це найбільш сучасний напрям, який поєднує логопедію, психологію, нейропсихологію та фізичну реабілітацію. До його складових входять:

- логопедична корекція мовленнєвих автоматизмів;
- психотерапевтична робота з травмою;
- корекція дихальних розладів (наявні у більшості військових з ПТСР);
- відновлення соматичного стану та вегетативної регуляції;
- нейрофізіологічні протоколи стабілізації (ритмічні вправи, сенсомоторна інтеграція);
- соціально-адаптаційна підтримка.

Інтегрований підхід дозволяє досягти стійкого терапевтичного ефекту, оскільки впливає на всі компоненти порушення [44; 46].

Основні напрями логопедичної корекції при психотравматичному логоневрозі.

Незалежно від обраного підходу, корекційний процес включає такі напрями.

1. Стабілізаційний напрям. Спрямований на нормалізацію дихання, м’язового тонусу, вегетативної реактивності, базового рівня тривожності.

2. Відновлення плавності мовлення. Передбачає роботу над ритмом, темпом, інтонацією; паузування, фразування; техніки плавного входження в мовленнєву фразу.

3. Формування адаптивних мовленнєвих стратегій. Включає стратегії подолання «пікової тривоги» під час мовлення, використання опорних жестів і дихальних циклів, навички самозаспокоєння перед говорінням.

4. Комунікативна десенсибілізація. Поетапне зниження тривоги перед певними комунікативними ситуаціями.

5. Генералізація навичок у реальні контексти. Перенесення здобутих навичок у повсякденне життя, службові комунікації, соціальну взаємодію.

Таким чином, аналіз принципів, підходів і напрямів логопедичної корекції за умов психотравматичного досвіду показує, що робота з військовослужбовцями, у яких логоневроз поєднується з проявами ПТСР, потребує спеціально організованого, інтегрованого та обережного підходу. Логопедична допомога має ґрунтуватися на створенні безпечного терапевтичного середовища, забезпеченні емоційної стабілізації, уникненні ретравматизації та тісній міждисциплінарній взаємодії. Важливим є також урахування індивідуальних особливостей перебігу психотравматичного логоневрозу та поступове ускладнення корекційних завдань.

Застосування психолінгвістичного, нейропсихологічного, психотерапевтично-орієнтованого, комунікативно-діяльнісного та інтегрованого підходів дає змогу охопити як мовленнєві, так і емоційно-когнітивні та нейрофізіологічні компоненти порушення. Основні напрями корекції – стабілізація функціональних систем, відновлення плавності мовлення, формування адаптивних стратегій, комунікативна десенсибілізація та перенесення навичок у реальні ситуації забезпечують цілісний вплив на мовленнєву та психоемоційну сферу військовослужбовців. У комплексі ці заходи сприяють підвищенню ефективності реабілітації й відновленню їхньої комунікативної активності.

2.2 Методи і прийоми корекційно-логопедичної роботи з особами, які мають логоневроз

Корекційно-логопедична робота з військовослужбовцями, у яких логоневроз виник або загострився на фоні психотравматичного досвіду, потребує використання методів, спрямованих не лише на відновлення мовленнєво-моторних функцій, а й на регуляцію емоційного стану, нормалізацію дихання, темпо-ритмічної організації мовлення та формування адаптивних комунікативних моделей. Комплексність методів зумовлена багатофакторною природою травматичного логоневрозу і необхідністю впливу на центральні та периферичні механізми мовленнєвої діяльності [49].

По-перше, це дихальні методи. Дихальна регуляція є базовим компонентом корекційної роботи, оскільки порушення дихально-фонаційної координації є типовим симптомом логоневрозу, особливо при підвищеній тривожності та вегетативній нестабільності [43].

Основні групи дихальних технік включають такі.

1. Діафрагмальне дихання, яке сприяє зниженню тонусу м’язів, нормалізації видиху, стабілізації голосоведення; використовується як підготовчий етап перед мовленнєвими вправами.

2. Ритмодихальні вправи – поєднання регульованих циклів «вдих-видих» з короткими фразами або звуками; формують плавність мовленнєвого потоку.

3. Дихання з подовженим видихом – застосовується для зменшення темпу мовлення та зниження м’язового спазму.

4. Метод «дихальної хвилі» забезпечує узгодження дихання, пауз і інтонаційних переходів.

Ці техніки створюють фізіологічну основу для плавного мовлення, знижують рівень збудження та полегшують контроль над фонаційними процесами.

По-друге, це артикуляційні методи. Артикуляційні методи спрямовані на відновлення моторної координації, точності та узгодженості рухів

артикуляційного апарату, які часто порушуються через підвищений м’язовий тонус, судомні реакції або вторинні компенсаторні навички.

Основні групи артикуляційних прийомів:

1. Гімнастика для губ, язика і щелепи з акцентом на плавність, амплітудність і ритмічність рухів.

2. Упорядкування артикуляційних переходів (від простих до складних), що допомагає зменшувати напруження у «вразливих» звукових позиціях.

3. Метод артикуляційного «ковзання» (sliding technique), який пом’якшує різкі мовленнєві входи.

4. Синхронізація артикуляції з диханням та голосом, що відновлює цілісність мовленнєвого циклу.

5. Артикуляційно-резонансні вправи, спрямовані на зняття гіпертонусу і фіксацію уваги на відчуттях голосотворення.

Артикуляційні методи є ключовими для зменшення моторних блоків і відновлення контрольованої плавності мовлення [36].

По-третє, ритміко-мелодичні методи. Темпо-ритмічна організація мовлення суттєво страждає при логоневрозі, а ритмічні та мелодичні вправи допомагають стабілізувати мовленнєвий потік, залучаючи інші нейронні системи, менш схильні до блокування.

Основні напрями:

1. Логоритміка – поєднання рухів, музики й мовлення; ефективна для зняття м’язового напруження та нормалізації темпу.

2. Мелодекламаційні вправи – вимова тексту з використанням мелодичних контурів, що знижує тривожність і активізує правопівкульні структури мозку.

3. Вимова під ритмічний патерн (метроном, пульсація), що забезпечує зовнішню структурованість мовлення.

4. Читання й говоріння у хоровому режимі або з підсиленою ритмізацією, яке мінімізує блоки.

5. Підспівування фраз із поступовим переходом до самостійного

мовлення.

Ритміко-мелодичні методи покращують синхронізацію дихання, голосу й артикуляції та знижують прояви судомності через зміщення уваги на ритм і тональність.

Четверте, це психотерапевтичні та психокорекційні методи в логопедичній практиці. Психотерапевтичні елементи інтегруються в роботу логопеда тоді, коли мовленнєві блоки безпосередньо зумовлені емоційними тригерами, страхами чи високим рівнем внутрішнього напруження. Логопед не замінює психотерапевта, але використовує методи, що сприяють зниженню тривожності та оптимізації комунікативної поведінки. Основні методи:

Когнітивно-поведінкові техніки для подолання страху мовлення, руйнування дисфункційних переконань («я не зможу сказати», «мене не зрозуміють»).

Десенсибілізація та поступове наближення до складних мовленнєвих ситуацій, що зменшує реактивність на тригери.

Grounding-техніки для стабілізації у випадках надмірної тривоги чи початку флешбеку.

Тілесно-орієнтована робота, спрямована на зниження соматичного напруження та регуляцію дихання.

Елементи майндфулнес, які допомагають фіксувати увагу на процесі мовлення без самооцінювання.

Метод «позитивного мовленнєвого досвіду» - поступове створення серії безпечних комунікативних успіхів.

Ці прийоми сприяють зменшенню психогенних факторів, що підтримують логоневроз, та допомагають інтегрувати мовленнєву діяльність у регульований емоційний стан.

По-п’яте, це комплексність і взаємодоповнення методів.

Ефективність корекційної роботи визначається не окремими методами, а їх послідовною комбінованою дією. Дихальні техніки створюють базу для артикуляційних вправ, ритміко-мелодичні методи забезпечують темпо-ритмічну

стабільність, а психотерапевтичні прийоми знижують емоційну реактивність, що дозволяє впроваджувати більш складні мовленнєві завдання. Такий інтегрований підхід забезпечує узгоджений вплив на мовленнєво-моторні, емоційні та когнітивні механізми логоневрозу та сприяє формуванню стійких позитивних змін.

Розглянемо приклади вправ для корекційно-логопедичної роботи [46; 48; 54 та ін.].

Дихальні вправи

Вправа 1. «Діафрагмальна хвиля»

Мета: зниження м'язового та вегетативного напруження; формування правильного дихального патерну для плавного мовлення.

Хід виконання.

Військовослужбовець сідає або стає прямо, долоню кладе на нижні ребра.

На вдиху повільно «піднімає» діафрагму, відчуваючи, як руки рухаються вперед.

На довгому плавному видиху уявляє «хвилю», що опускається вниз.

Після 5–6 циклів додаються голосові видихи на звуки: «м-м-м», «н-н-н», а потім короткі фрази.

Варіації: виконання під метроном або під тиху ритмічну музику.

Вправа 2. «Подовжений видих із мовленнєвою вставкою»

Мета – стабілізація фонації; формування плавного переходу від дихання до мовлення.

Хід виконання.

Глибокий тихий вдих через ніс.

Довгий плавний видих через рот.

На середині видиху – додавання м'якої фрази:

- «так… спокійно»,
- «я говорю плавно»,
- «ось зараз скажу».

Повторити 6-8 разів.

Варіация: використання позитивних афірмацій або нейтральних звуків («аааа», «ууу»).

Артикуляційні вправи.

Вправа 3. «Ковзання голосу» (easy onset sliding)

Мета – зменшення мовленнєвих блоків; формування м'якого входження в артикуляцію.

Хід виконання.

Спочатку плавно вимовляється довгий голосний: «аааа…»

Логопед додає приголосний: «мааа…», «сааа…», «бааа…»

Потім – короткі слова з плавним входом: «мама», «собака», «літак».

Далі – фрази з м'яким стартом:

- «Мені спокійно говорити»,
- «Сьогодні я скажу повільно».

Варіації: виконання під дихальну хвилю.

Вправа 4. «Артикуляційний маятник». Мета – покращення координації рухів язика та губ; зменшення тонічних спазмів.

Хід виконання.

Язик рухається ліворуч-праворуч у повільному темпі.

Потім згори вниз («половинка кола»).

Переходи сполучаються із звукосполуками: «ла-ла-ла», «на-на-на».

Завершення – короткі фрази з ритмічним повтором «Ліна лила лісом воду».

Варіації: робота перед дзеркалом для контролю напруження.

Ритміко-мелодичні вправи.

Вправа 5. «Ходіння з ритмом». Мета – нормалізація темпо-ритмічної організації мовлення; зменшення судомності через залучення моторного компонента.

Хід виконання.

Військовослужбовець ходить у повільному ритмі.

На кожний третій крок вимовляє м'який звук: «та», «ма», «ла».

Потім – короткі фрази, типу «Я йду і говорю спокійно».

Завершення – простий вірш або речення, поділене на ритмічні блоки.

Вправа 6. «Мелодекламація». Мета – активізація правої півкулі; зниження мовленнєвих блоків через мелодичну підтримку.

Хід виконання.

Логопед задає просту мелодичну «доріжку» 3-4 нотами.

Військовослужбовець вимовляє речення в мелодичному контурі.

Поступово мелодія зменшується – лишається лише інтонаційний рисунок.

Завершення – самостійне речення без мелодії, але з плавністю.

Варіації: робота з улюбленими мелодіями (за умови відсутності тригерного потенціалу).

4. Психотерапевтичні / психокорекційні техніки в логопедичному занятті.

Вправа 7. «Сходинки говоріння» (graded exposure). Мета – подолання страху мовлення; зниження реактивності до тригерних ситуацій.

Хід виконання.

Обираються 5-7 ситуацій, ранжованих від «легкої» до «важкої»: сказати слово – коротка фраза – телефонна розмова – короткий звіт.

На занятті опрацьовується лише перша «сходинка», у безпечному режимі.

Військовослужбовець повторює вправу до формування відчуття контролю.

Тільки потім переходить до наступної сходинки.

Варіації: виконання з відеозаписом для позитивного підкріплення.

Вправа 8. «Grounding 5-4-3-2-1 перед говорінням». Мета – стабілізація стану перед мовленнєвим завданням; зниження тривожності й вегетативних реакцій.

Хід виконання.

Назвати 5 предметів, які бачить.

4 звуки, які чує.

3 тактильні відчуття.

2 запахи або спогади про запахи.

1 позитивний факт «тут і тепер».

Після стабілізації – перейти до короткої мовленнєвої фрази.

Вправа 9. «Безпечна фраза». Мета – формування внутрішньої опори перед мовленням; зниження страху мовленнєвої невдачі.

Хід виконання.

Військовослужбовець обирає фразу, що викликає спокій:

- «Я говорю у своєму темпі»,
- «Мені можна робити паузи»,
- «Я контролюю ситуацію».

Промовляє її 3-5 разів у м'якому ритмі. Додає ще одну просту фразу. Потім переходить до основного мовленнєвого завдання.

5. Комплексні вправи.

Вправа 10. «Триєдність: дихання – голос – слово». Мета – синхронізація всіх ключових елементів мовлення.

Хід виконання.

Дихання: 1-2 цикли діафрагмального вдиху та подовженого видиху.

Голос: плавне голосоведення на «ммммм…» або «аааа…».

Слово: додавання коротких фраз, наприклад, «Мені спокійно говорити», «Я почну повільно».

Поступове збільшення довжини фраз.

Варіації – виконання в положенні сидячи, стоячи або в повільному русі.

Таким чином, теоретичний аналіз джерел свідчить про необхідність комплексного впливу на дихальні, мовленнєво-моторні, темпо-ритмічні та емоційно-регуляторні механізми мовлення. Дихальні, артикуляційні та ритміко-мелодичні методи забезпечують фізіологічну основу для формування плавності мовлення, сприяють стабілізації дихально-фонаційної координації, зменшують м'язове напруження та допомагають синхронізувати основні компоненти мовленнєвого акту. Їхнє систематичне застосування формує нові адаптивні навички та знижує вираженість судомних реакцій.

Психотерапевтичні та психокорекційні прийоми, інтегровані у логопедичний процес, дозволяють працювати з емоційними чинниками, які підтримують або загострюють прояви логоневрозу, зменшують страх мовлення

та підвищують рівень внутрішньої стабільності перед комунікативними ситуаціями. Поєднання технік релаксації, десенсибілізації та когнітивного переосмислення створює умови для формування стійкого позитивного мовленнєвого досвіду. Застосування різних методів у комплексі забезпечує багаторівневий вплив на механізми порушення - від фізіологічних до когнітивно-емоційних. Це дозволяє досягти більшої гнучкості мовлення, зменшення частоти і тяжкості блоків, підвищення впевненості у власних комунікативних можливостях та ефективної адаптації військовослужбовців у службових і соціальних умовах. Таким чином, методична різноманітність та їх узгоджене застосування є ключем до результативної логопедичної корекції при травматичному логоневрозі.

2.3 Практичні рекомендації щодо організації логопедичної допомоги військовослужбовцям із логоневрозом у контексті психотравматичного досвіду

Організація логопедичної допомоги військовослужбовцям із логоневрозом, спричиненим або загостреним психотравматичними подіями, потребує врахування специфічних особливостей їхнього психоемоційного стану, комунікативних потреб та умов служби. Практичні рекомендації повинні забезпечувати комплексність, безпечність і цілеспрямованість корекційного впливу, а також сприяти узгодженій роботі всіх фахівців, залучених до реабілітаційного процесу.

1. Організаційні умови логопедичного супроводу.

Створення безпечного, стабільного та передбачуваного середовища. Заняття мають відбуватися в тихому приміщенні з мінімальною кількістю подразників. Важливо встановити чітку структуру заняття, повідомляти про всі переходи між видами діяльності та уникати матеріалу, який може містити потенційні тригери (звукові, тематичні, сенсорні).

Гнучкий розклад занять. Військовослужбовці часто мають змінний графік, перебувають у процесі медичного чи фізичного відновлення. Рекомендовано короткі, але регулярні заняття (20-30 хв), які не перевантажують нервову систему.

Попередня психоемоційна оцінка стану. Перед початком роботи логопед повинен отримати інформацію про рівень тривожності, наявність тригерів, загальне самопочуття, рекомендації психолога / психотерапевта та медичних фахівців.

2. Рекомендації щодо побудови корекційного процесу.

Поступовість і поетапність роботи.

Рекомендовано починати з дихальних та релаксаційних вправ, поступово переходячи до артикуляційних, темпо-ритмічних та комунікативних завдань. Ускладнення має бути мінімальним і опиратися на позитивну динаміку.

Індивідуалізація методів.

Необхідно враховувати характер симптомів логоневрозу, емоційний стан, рівень тригерності, попередній мовленнєвий досвід та комунікативні потреби військовослужбовця. Для одних пріоритетом буде дихально-голосова робота, для інших – десенсибілізація або робота зі страхом мовлення.

Перехід від ізольованих до комунікативно орієнтованих вправ.

Спочатку робота ведеться на рівні звуків, складів, простих фраз. Після стабілізації – перехід до діалогів, рольових ситуацій, функціональних комунікативних завдань (звіт, телефонний діалог, коротка інструкція).

Уникнення завдань із підвищеним темпом або змагальним характером.

Такі ситуації можуть провокувати зростання мовленнєвої судомності та пригнічувати позитивну динаміку.

3. Взаємодія логопеда з іншими фахівцями.

Співпраця з психологом / психотерапевтом. Корекційний процес має узгоджуватися з терапією ПТСР. Логопед повинен знати, які стабілізаційні техніки рекомендує психолог, і інтегрувати їх у логопедичні заняття (дихання, grounding, техніки заспокоєння).

Консультації з неврологом та психіатром. Спеціалісти визначають ступінь нейрофізіологічних змін, призначають медикаментозну підтримку (за потреби), що може зменшувати загальний рівень напруги та сприяти успішності логопедичної роботи.

Співпраця з фізичним реабілітологом. Корекція дихальних порушень, робота з м'язовими зажимами шиї, плечей, діафрагми значно підвищує ефективність мовленнєвих вправ.

4. Практичні рекомендації щодо комунікативної підтримки військовослужбовця.

Навчання використанню пауз та пригальмованого темпу.

Це допомагає уникати блоків у стресових умовах та забезпечує відчуття контролю.

Формування «безпечних фраз».

Короткі формули самопідтримки («я говорю у своєму темпі», «я можу зробити паузу») застосовуються перед мовленнєвими завданнями.

Поетапна десенсибілізація до складних ситуацій.

Рекомендовано створити «ієрархію труднощів» - від найпростіших до найбільш тривожних комунікативних ситуацій та працювати поступово.

Використання альтернативних каналів комунікації.

У періоди високої тривожності можливі тимчасові опори: письмові короткі повідомлення, жести, опорні схеми.

Регулярне відстеження позитивної динаміки.

Фіксація навіть мінімальних успіхів підвищує мотивацію й знижує страх повторення невдач.

5. Рекомендації щодо самостійної роботи військовослужбовця

Щоденні короткі дихальні вправи (3-5 хв). Підтримують стабільність дихального патерну.

Легкі артикуляційні комплекси. Допомагають утримувати моторну плавність без перенавантаження.

Читання вголос у повільному темпі під ритмічний сигнал. Підсилює темпо-

ритмічну координацію.

Ведення «щоденника мовленнєвих ситуацій». Фіксація труднощів та успіхів, аналіз тригерів.

Практика коротких діалогів із довіреною особою. Формує безпечний позитивний комунікативний досвід.

6. Загальні рекомендації щодо підтримки мотивації та психологічного благополуччя.

Нейтральний або позитивний зворотний зв’язок від оточення.

Заборонене висміювання, критика чи вимога «говорити швидше».

Уникнення перевантаження та робота з утомою. Мовлення значно погіршується при виснаженні, тож слід дотримуватися режиму відпочинку.

Підтримка соціального оточення. Активна участь родини, побратимів і фахівців підвищує успішність реабілітації.

Отже, практичні рекомендації щодо організації логопедичної допомоги військовослужбовцям із логоневрозом на тлі психотравматичного досвіду засвідчують необхідність створення безпечних, емоційно стабільних і структурованих умов корекційної роботи. Ефективність терапії визначається індивідуальним підходом, поступовим ускладненням завдань, тісною співпрацею логопеда з психологом, психотерапевтом, неврологом та реабілітологом. Корекційний процес має включати не лише мовленнєві вправи, а й техніки емоційної регуляції, дихальні та ритмічні практики, а також поетапну десенсибілізацію до складних комунікативних ситуацій. Такий комплексний підхід забезпечує стійке зниження мовленнєвих труднощів, підвищує адаптивність військовослужбовця та сприяє відновленню його комунікативної активності.

ВИСНОВКИ

У ході проведеного теоретичного дослідження було виконано мету – обґрунтовано особливості корекції логоневрозу у військовослужбовців із посттравматичним стресовим розладом та визначено ключові напрями логопедичної й психокорекційної допомоги цій категорії осіб.

1. Узагальнення сучасних наукових підходів дало змогу проаналізувати логоневроз як комплексний психолінгвістичний і нейропсихологічний феномен, що формується внаслідок дисфункцій мовленнєво-моторної координації, порушень регуляції афективних процесів та змін у роботі корково-підкіркових структур мозку. Логоневроз військовослужбовців має специфічні ознаки, пов’язані з впливом бойового стресу, підвищеної тривожності, гіперзбудливості та вегетативних зрушень, що підтверджує багаторівневу природу цього розладу.

2. Розкриття сутності та структури посттравматичного стресового розладу засвідчило, що ПТСР супроводжується значними нейрофізіологічними, когнітивними та емоційно-поведінковими змінами, які прямо впливають на мовленнєву діяльність. Хронічний стрес, гіперактивація лімбічної системи, дисрегуляція HPA-осі, порушення міжпівкульної взаємодії та зростання вегетативної напруги створюють умови, за яких мовлення стає нестабільним, фрагментованим і залежним від ситуаційних тригерів. Це дозволило обґрунтувати, що ПТСР не лише посилює наявні мовленнєві труднощі, а може бути безпосереднім чинником формування реактивного логоневрозу.

3. Аналіз взаємозв’язку між проявами ПТСР та логоневрозом виявив, що між цими станами існує складна коморбідна взаємодія. Логоневроз у військовослужбовців часто постає як вторинний розлад, що виникає у відповідь на психотравмувальні події, супроводжується підвищеною тривожністю, страхом говоріння, судомними реакціями артикуляційного апарату та нестабільністю мовленнєвих автоматизмів. Визначено, що психологічні, нейрофізіологічні й поведінкові механізми ПТСР формують умови для стійкості

мовленнєвих порушень, а також спричиняють значну варіативність клінічної картини логоневрозу.

4. Систематизація принципів, методів та прийомів корекції логоневрозу в осіб із психотравматичним досвідом дозволила виокремити комплексний підхід, який ґрунтується на поєднанні психолінгвістичних, нейропсихологічних, ритміко-мелодичних, дихально-голосових та психотерапевтичних технік. З'ясовано, що ефективна корекційна робота має спиратися на принципи безпеки, емоційної стабілізації, поступовості, індивідуалізації, міждисциплінарності та уникнення ретравматизації. Методи корекції мають бути спрямовані на відновлення темпо-ритмічної організації мовлення, зменшення судомності, формування нових адаптивних комунікативних стратегій і підтримку внутрішньої резильєнтності військовослужбовця.

5. Розроблені практичні рекомендації визначають оптимальні умови організації логопедичної допомоги: створення передбачуваного та безпечного терапевтичного середовища, інтеграцію релаксаційних і стабілізаційних технік у структуру заняття, поступове ускладнення мовленнєвих завдань, формування «ієрархії комунікативних труднощів» та поетапну десенсибілізацію до стресових ситуацій. Наголошено на важливості взаємодії логопеда з психологом, психотерапевтом, неврологом і реабілітологом, що забезпечує цілісний і науково обґрунтований супровід військовослужбовця.

Отже, проведене дослідження підтвердило, що корекція логоневрозу у військовослужбовців із ПТСР повинна бути міждисциплінарною, багатовимірною та орієнтованою на індивідуальні потреби особи. Комплексний підхід, який поєднує логопедичні, психотерапевтичні та нейропсихологічні методи, створює оптимальні умови для відновлення мовленнєвої плавності, зниження тривожності та підвищення комунікативної ефективності, а також сприяє загальній психосоціальній реабілітації військовослужбовців.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Соколенко Є. Українці страждають на посттравматичний стресовий розлад. *Інформаційне агентство УНІАН*. 2025. URL: https://surl.li/zsafyh
2. Бабич Н. М. Мовленнєві дисфункції у військових з наслідками ЧМТ : огляд літератури. *Перспективи та інновації науки*. 2024. № 8 (42). С. 46-58.
3. Трачук С. В., Хмара В. В., Підлетейчук Р. В., Сиротюк С. М. Проблеми реабілітації та відновлення військовослужбовців за особливих умов. *Науковий часопис Українського державного університету імені Михайла Драгоманова*. 2024. № 4(177). С. 163-168. URL: https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series15.2024.4(177).34
4. Слухенська Р. В., Логуш Л. Г., Зендик О. В., Гуліна Л. В. Реабілітація як невід'ємний чинник відновлення цивільних та військових. *International scientific journal «Grail of Science»*. 2023. №26. С. 430-435.
5. Мельніков А., Гороховський А., Костян Я. Сучасні види реабілітації для постраждалих від війни військовослужбовців. *Молодий вчений*. 2023. № 11 (123). С. 23-26. URL: https://doi.org/10.32839/2304-5809/2023-11-123-27
6. Гутченко К. С., Козачук В. Л., Гутченко О. А., Чапля М. М. Методичний підхід до побудови моделі системи реабілітації військовослужбовців на основі мережі масового обслуговування. *Сучасні інформаційні технології у сфері безпеки та оборони.* 2025. № 52 (1), С. 63-69. URL: https://doi.org/10.33099/2311-7249/2025-52-1-63-69
7. Крук І. М., Григус І. М. Сучасний погляд на психологічну реабілітацію військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом. *Rehabilitation and Recreation*. 2023. № 15. С. 50-56. URL: https://doi.org/10.32782/2522-1795.2023.15.6
8. Letica-Crepulja M. Stevanovic A. Protuder M. Juretic T. Complex PTSD among treatment-seeking veterans with PTSD. *European Journal Of*

Psychotraumatology. 2020. Vol. 11. URL: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/20008198.2020.1716593#abstract

9. Greene T., Sznitman S., Contractor A., Prakash K. The memory-experience gap for PTSD symptoms: The correspondence between experience sampling and past month retrospective reports of traumatic stress symptoms. *Psychiatry Research*. 2022. Vol. 307. URL: https://surli.cc/jsnxkv
10. Greene T. Blame, PTSD and DSM-5: an urgent need for clarification. *European Journal Of Psychotraumatology*. 2018. Vol. 9. URL: https://surl.lu/itxbqn
11. Held P., Owens G., Schumm J., Chard K. Disengagement coping as a mediator between trauma-related guilt and PTSD severity. *Journal Of Traumatic Stress*. 2011. Vol. 24. URL: https://surl.li/wgqvts
12. Pai A., Suris A. M., North C. S. Posttraumatic Stress Disorder in the DSM-5: Controversy, Change, and Conceptual Considerations. *Behavioral Sciences*. 2017. Vol. 7. URL: https://www.mdpi.com/2076-328X/7/1/7
13. Berntsen D., Rubin D. C. Pretraumatic Stress Reactions in Soldiers Deployed to Afghanistan. *Clinical Psychological Science*. 2015. Vol. 3. URL: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2167702614551766
14. Vieweg W. V. R., Julius D. A., Fernandez A., Beatty-Brooks M. Posttraumatic Stress Disorder: Clinical Features, Pathophysiology, and Treatment. *American Journal Of Medicine*. Vol. 119. P. 383-390.
15. Михальчук Н. О., Харченко Є. М., Івашкевич Е. З., Івашкевич Е. Е. Причини, типи та форми логоневрозу як базові детермінанти фізичної реабілітації. *Health & Education*. 2023. № 3. С. 108-116.
16. Козинець О. В., Кириленко О. В. Психологічні особливості дітей старшого дошкільного віку із заїканням. *Науковий часопис. Спеціальна психологія*. 2011. URL: https://surl.li/pblxpr
17. Літовченко О. В. Заїкання у дітей: профілактика і корекція : навчальний посібник. Одеса : Видавництво ТОВ Лерадрук, 2021. 248 с.

18. Капінус О. С. Методологія, теорія і методика формування професійної суб'єктності майбутніх офіцерів Збройних сил України : монографія. Житомир : Вид. О. О. Євенок, 2020. 600 с.
19. Рібцун Ю. В. Заїкання : підтримка дитини з особливими мовленнєвими потребами в освітньому середовищі : навч.метод. посіб. Київ : ФОП Цибульська В. О., 2023. 272 с.
20. Козинець О. Технології подолання заїкання в науковій спадщині Рудольфа Краєвського. *Distance Education in Ukraine Innovative Normative-Legal Pedagogical Aspects*. 2023. URL: https://surl.lt/egpsez
21. Mykhalchuk N., Pelekh Yu., Kharchenko Ye., Ivashkevych Ed. The empirical research of the professional reliability of 550 doctors during the COVID-19 pandemic in Ukraine (March-June, 2020). *Balneo Research Journal*. 2020. № 11(3). P. 393-404.
22. Onufriieva L., Chaikovska O., Kobets O., Pavelkiv R. Social Intelligence as a Factor of Volunteer Activities by Future Medical Workers. *Journal of History Culture and Art Research*. 2020. № 9(1). P. 84-95. URL: http://dx.doi.org/10.7596/taksad.v9i1.2536.
23. Tabachnikov S., Mishyiev V., Kharchenko Ye., Osukhovskaya E. Early diagnostics of mental and behavioral disorders of children and adolescents who use psychoactive substances. *Psihiatrija, psihoterapija i klinicheskaja psihologija*. 2021. № 12(1), P. 64-76.
24. Золочевський І. О. Особливості адаптації та перебігу посттравматичного стресового розладу військовослужбовців, які перебували у зоні інтенсивних бойових дій. *Актуальні проблеми сучасної медицини*. 2024. Вип. 2 (86). С. 23-26. URL: https://visnyk-umsa.com.ua/index.php/journal/article/view/990/965
25. Салюк М., Меркулов М. Психологічні особливості прояву посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. *Молодий вчений.* 2024. № 4 (128). С. 114-119. URL: https://molodyivchenyi.ua/index.php/journal/article/view/6189/6055

26. Міхеєва Л. В., Олійник М. П. Емпіричне дослідження психологічних особливостей прояву посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. *Психологічні травелоги*. 2023. № 4 (7). С. 123-129.
27. Тімченко О. В. Синдром посттравматичних стресових порушень: концептуалізація, діагностика, корекція та прогнозування : монографія. Харків : Вид-во ун-ту внутр. справ, 2000. 268 с.
28. Мироненко Я., Калашченко С. Оцінка ризиків виникнення посттравматичного стресового розладу серед українських військовослужбовців як складової збереження громадського здоров'я. *One Health Journal*. 2025. № 3 (1). С. 29-39. URL: https://onehealthjournal.org.ua/index.php/main/article/view/2025-I-03
29. Асєєва Ю. О., Аймедов К. В., Яцишина А. М. Вплив воєнних дій на розвиток ПТСР у військовослужбовців. *Психологія особистості*. 2024. Вип. 63. С. 137-141.
30. Щирук І. А. Психологічні особливості негативних наслідків посттравматичного стресового розладу й травмування у військовослужбовців та осіб, постраждалих на бойовий стрес. *Наукові записки. Серія: Психологія*. 2024. № 3. С. 87-93.
31. Пузирьов Є. В., Ізвєков В. В. Бойовий стрес та його наслідки для військовослужбовців. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія*. 2023. Том 34 (73). № 1. URL: https://surl.lu/dxzjzu
32. Чабан О. С., Хаустова О. О., Омелянович В. Ю. Психічні розлади воєнного часу : монографія. Київ : Вид-во «Медкнига», 2023. 232 с.
33. Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Особливості ступеню вияву у військовослужбовців діагностичних індикаторів ПТСР, зумовленого впливом екстремальних чинників бойової діяльності/ *Проблеми екстремальної та кризової психології. Збірник наукових праць*. Вип. 20. Харків : НУЦЗУ, 2016. С. 84-93.
34. Музичко Л. Т. Психокорекційна допомога молоді з посттравматичними порушеннями інтелектуальної та емоційно-вольової сфери : дис. …

кандидата педагогічних наук спеціальністю 19.00.08 «Спецільна психологія». Національний педагогічний університет імені М. П. Драгоманова, МОН України, Київ, 2018. 213 с.

35. Музичко Л. Т. Подолання посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки) : зб. наук. праць*. 2017. Вип. 10. С. 289-299.
36. Горбаченко В. А., Олянін В. В., Лук'янець О. О. Фізіологічні механізми стресу та посттравматичний стресовий розлад. *Фізіологічний журнал*. 2024. Т. 70. № 6. С. 98-109. URL: https://surl.li/cwgfgz
37. Mahan A. L., Ressler K. J. Fear conditioning, synaptic plasticity and the amygdala: implications for posttraumatic stress disorder. *Trends Neurosci*. 2012. № 35(1). P. 24-35.
38. Bremner J. D, Elzinga B., Schmahl C., Vermetten E. Structural and functional plasticity of the human brain in posttraumatic stress disorder. *Progr Brain Res*. 2008. № 167. P. 171-86.
39. Bocchio M., Nabavi S., Capogna M. Synaptic plasticity, engrams, and network oscillations in amygdala circuits for storage and retrieval of emotional memories. *Neuron*. 2017. № 94(4). P. 731-43.
40. Ben-Zion Z., Korem N., Fine N. B., Katz S., Siddhanta M., et al. Structural neuroimaging of hippocampus and amygdala subregions in posttraumatic stress disorder: A scoping review. *Biol Psychiatr Global Open Sci*. 2024. № 4(1). P. 120-34.
41. Марціновська І. П. Корекція посттравматичного стресового розладу у дітей із зони військового конфлікту, які мають психофізичні порушення : дис. … канд. пед. наук. 13.00.03 – корекційна педагогіка. Київ, 2020. 311 с.
42. Луценко І. О., Богуш А. М., Калмикова Л. О., Кузьменко В. У. та ін. Психолого-педагогічний супровід виховання і розвитку дітей дошкільного віку з родин учасників АТО і внутрішньо переміщених осіб: концепція, методика, технології : навчально-методичний посібник. Київ : Видавництво НПУ імені М. П. Драгоманова, 2018. 213 с.

43. Кондратюк І. Емоції. Вміння їх контролювати. *Психолог*. 2013. № 8. С. 14-17.
44. Кісарчук З. Г., Омельченко Я. М., Лазос Г. П. та ін. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій : методичний посібник Київ : ТОВ «Видавництво «Логос», 2015. 166 с.
45. Гусак Н., Чернобровкіна В. Психосоціальна підтримка в умовах надзвичайних ситуацій: підхід резилієнс : навч.-метод. посібник Київ : НаУКМА, 2017. 91 с.
46. Бріер Д., Скотт К. Основи травмофокусованої психотерапії : монографія. Львів : Свічадо, 2015. 432 с.
47. Марціновська І. П. Основні напрямки психокорекції посттравматичного стресу у дітей та підлітків. *Інклюзивна освіта: досвід і перспективи* : матеріали V Міжнародної науково-практичної конференції. Вінниця : Вінницький інститут університету «Україна», 2018. С. 105-108.
48. Марціновська І. П. Резилієнс підхід у психолого-педагогічній корекції травматичних та стресових станів. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки)* : збірник наукових праць / за ред. В. М. Синьова, О. В. Гаврилова. Кам'янець-Подільський : ПП Медобори 2006, 2019. С. 205-219.
49. Марціновська І. П. Тренінг: інтерактивна форма навчання. *Педагогічний вісник. Науково-методичний журнал Хмельницького обласного інституту післядипломної педагогічної освіти*. 2017. Вип.3 (48). С. 43-46.
50. Організація соціально-психологічного супроводу дітей, сімей, які постраждали внаслідок військових конфліктів / авт. кол.: Герило Г. М., Гніда Т. Б., Корнієнко І. О., Луценко Ю. А. ; заг. ред. Ю. А. Луценко. Київ : УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2018. 128 с.
51. Періг І. М. Практикум з психології : психодіагностичні методики для самопізнання. Тернопіль : СМП «Тайп», 2017. 116 с.

52. Романовська Д. Д. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти : методичний посібник. Чернівці : Технодрук, 2014. 133 с.
53. Спеціальна психологія. Тексти. Навчальний посібник / За ред. М. П. Матвєєвої, С. П. Миронової. Кам'янець-Подільський : Кам'янець-Подільський держ. педагогічний університет, інформаційно-видавничий відділ, 2001. Ч. 2. 140 с.
54. Харченко В. Є., Шугай М. А. Психологічна діагностика та корекція посттравматичного стресового розладу особистості : методичний посібник. Острог : Видавництво Національного університету «Острозька академія», 2015. 160 с.
55. Шеремет М. К., Базима Н. В., Мороз О. В. Мовленєва тривожність дітей із тяжкими порушеннями мовлення. *Проблема теорії та практики корекційної освіти. Науковий часопис. Корекційна педагогіка*. 2015. С. 151-159. URL: https://bit.ly/2QMeVii https://bit.ly/2QMeVii
56. Norris F. H., Stevens S. P. Community resilience and the principles of mass trauma intervention. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*. 2007. №70(4). P. 320-328.