МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему: ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО ВІДНОВЛЕННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В УМОВАХ ПОВНОМАСШТАБНОГО РОСІЙСЬКОГО ВТОРГНЕННЯ В УКРАЇНУ

Виконала: студентка ІІ курсу,
групи 8.0534- з-1- дн
спеціальність: 053 Психологія
освітньої програми: 053 Психологія
Неумивака Анна Олександрівна
Керівник: канд. психол. наук, доцент,
кафедри психології Паскевська Ю.А.
Рецензент: PhD, доцент кафедри
психології Гречаник М.І.

Запоріжжя – 2026

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології
Кафедра психології
Рівень вищої освіти магістр
Спеціальність 053 – «Психологія»
Освітня програма Психологія

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри
_____
к.психол.н., доцент. Н.О. Губа
« « _____ 2026 р.

З А В Д А Н Н Я
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ
Неумиваки Анні Олександрівні

1. Тема роботи Особливості психоемоційного відновлення військовослужбовців в умовах російського повномасштатного вторгнення в Україну
керівник роботи Паскевська Юлія Анатоліївна канд. психол. наук, доцент, доцент кафедри психології
затверджені наказом ЗНУ від «02» 10 2025 року № 1393-с
2. Строк подання студентом роботи_____
3. Вихідні дані до роботи аналіз психолого-педагогічної літератури
4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити): 1)проаналізувати наукові підходи до проблеми психологічної травматизації у військовослужбовців в умовах бойових дій; 2) розкрити психологічний зміст, підходи до психоемоційного відновлення військовослужбовців в умовах повномасштабного російського вторгнення в України; обґрунтувати умови, принципи та організаційні засади системи психоемоційного відновлення військовослужбовців.
5. Перелік графічного матеріалу: 1 таблиця.

6.Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання Видав	Завдання Прийняв
Вступ	Паскевська Ю.А., доцент		
Розділ 1	Паскевська Ю.А., доцент		
Розділ 2	Паскевська Ю.А., доцент		
Розділ 3	Паскевська Ю.А., доцент		
Висновки	Паскевська Ю.А., доцент		

7.Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	січень –лютий 2025 р.	Виконано
2	Робота над вступом	березень 2025 р.	Виконано
3	Робота над першим розділом	квітень-травень 2025 р.	Виконано
4	Робота над другим розділом	липень- червень 2025 р.	Виконано
5	Робота над третім розділом	серпень- вересень 2025 р.	Виконано
6	Написання висновків	жовтень- листопад 2025 р.	Виконано
7	Передзахист	грудень 2025 р.	Виконано
8	Нормоконтроль	січень 2026 р.	Виконано

Студент _____ А. О. Неумивака

Керівник _____Ю.А. Паскевська

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____Г. В. Коваль

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 6й сторінка, 1 таблиця, 78 джерел.

Об’єкт дослідження: психоемоційний стан військовослужбовців в умовах повномасштабного російського вторгнення в Україну.

Предмет дослідження: особливості психоемоційного відновлення військовослужбовців в умовах повномасштабного російського вторгнення в Україну.

Мета – теоретично проаналізувати особливості психоемоційного відновлення військовослужбовців в умовах повномасштабного російського вторгнення в Україну, а також визначити психологічні умови й принципи організації ефективної системи їх психоемоційного відновлення.

Гіпотеза дослідження полягає в припущенні, що ефективність психоемоційного відновлення військовослужбовців в умовах повномасштабного російського вторгнення в Україну зумовлюється організацією цілісної, системної та науково обґрунтованої психологічної реабілітації.

Методи дослідження: теоретичнико-методологічні (аналіз, порівняння, узагальнення, систематизація наукових джерел з проблеми психоемоційного стану, психологічної травми та реабілітації військовослужбовців).

Наукова новизна полягає у теоретичному узагальненні та систематизації сучасних підходів до психоемоційного відновлення військовослужбовців в умовах повномасштабної війни, а також в обґрунтуванні психологічних умов і принципів організації системи психоемоційного відновлення з урахуванням специфіки бойового стресу та хронічного психоемоційного виснаження.

Галузь використання: психологічна практика військових психологів.

ПОВНОМАСШТАБНЕ ВТОРГНЕННЯ РОСІЙСЬКИХ ВІЙСЬК В УКРАЇНУ, ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІ, ПСИХОЛОГІЧНА ТРАВМА, ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД, КОПІНГ-КОНЦЕПЦІЇ, ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ, РЕЛАКСАЦІЯ, МЕДИТАЦІЯ, САМОРЕГУЛЯЦІЯ.

SUMMARY

Neumivaka A.O. Features of the psycho-emotional recovery of servicemen in the conditions of a full-scale Russian invasion of Ukraine.

The qualifying work consists of introduction, 3 chapters, conclusion, references (78 items, 37 of foreign origin). The qualifying work volume is 68 pages long, 61 of them – main text. There is 1 ltables.

Object of the study: the psycho-emotional state of military personnel under conditions of the full-scale Russian invasion of Ukraine.

Subject of the study: the features of psycho-emotional recovery of military personnel under conditions of the full-scale Russian invasion of Ukraine.

The purpose of the study is to theoretically analyze the features of psycho-emotional recovery of military personnel under conditions of the full-scale Russian invasion of Ukraine, as well as to identify the psychological conditions and principles for organizing an effective system of their psycho-emotional recovery.

The research tasks are:

1) To analyze scientific approaches to the problem of psychological traumatization and psycho-emotional disorders in military personnel in combat conditions.

2) To reveal the psychological content, specific features, and main approaches to the psycho-emotional recovery of military personnel in the context of the full-scale Russian invasion of Ukraine.

3) To substantiate the conditions, principles, and organizational foundations of the system of psycho-emotional recovery of military personnel in the context of the full-scale Russian invasion of Ukraine.

Chapter 1 «Manifestations of Psychological Trauma in Military Personnel» provides a theoretical analysis of the manifestations of psychological traumatization of military personnel in combat conditions, the nature of combat stress, and its short- and long-term psycho-emotional consequences, including PTSD, emotional dysregulation, and psychological maladaptation.

Chapter 2 «Psychological Foundations of Psycho-Emotional Recovery of Military Personnel» substantiates the psychological foundations of psycho-emotional recovery of military personnel, defines the concept of psycho-emotional recovery, and systematizes modern psychological and psychophysiological methods and approaches used in their rehabilitation.

Chapter 3 «Organization of the System of Psycho-Emotional Recovery of Military Personnel in the Context of the Full-Scale Russian Invasion of Ukraine» presents the organizational framework of a system of psycho-emotional recovery of military personnel in wartime, including indications and contraindications for psychological rehabilitation, as well as conditions and principles for its effective implementation.

Key words: full-scale invasion of Russian troops into Ukraine, military personnel, psychological trauma, post-traumatic stress disorder, coping concepts, psychological rehabilitation, relaxation, meditation, self-regulation.

ЗМІСТ

ВСТУП 8
РОЗДІЛ 1. ПРОЯВИ ПСИХОЛОГІЧНОГО ТРАВМУВАННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ 12
1.1. Аналіз питань психологічної травматизації у військовослужбовців в умовах російського повномасштатного вторгнення в Україну 12
1.2. Основні психоемоційні наслідки бойового стресу та фактори психологічної дезадаптації військовослужбовців 17
РОЗДІЛ 2. ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО ВІДНОВЛЕННЯ ВІСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ 24
2.1. Поняття та наукові підходи до визначення поняття психоемоцінйого відновлення військовослужбовців 24
2.2. Методи і методики психоемоційного та психофізіологічного відновлення військовослужбовців 27
2.3. Роль психологічної реабілітації у подоланні наслідків психологічних травм військовослужбовців 33
РОЗДІЛ 3. ОРГАНІЗАЦІЯ СИСТЕМИ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО ВІДНОВЛЕННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В УМОВАХ ПОВНОМАСШТАБНОГО РОСІЙСЬКОГО ВТОРГНЕННЯ В УКРАЇНУ 47
3.1. Показання та протипоказання до проведення психологічної реабілітації військовослужбовців 47
3.2. Умови та принципи організації системи психоемоційного відновлення військовослужбовців в умовах повномасштабного російського вторгнення в Україну 50
ВИСНОВКИ 59
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 62

ВСТУП

Повномасштабне вторгнення російської федерації в Україну поставило перед українським суспільством безпрецедентні соціальні, гуманітарні та психологічні виклики. Війна стала потужним деструктивним чинником, що охопив усі рівні життєдіяльності населення та суттєво трансформував умови функціонування особистості, зокрема у професійній та соціальній сферах. Найбільш вразливою до впливу екстремальних умов війни групою є військовослужбовці, які тривалий час перебувають у зоні бойових дій, зазнаючи постійної загрози життю, втрат побратимів, фізичного виснаження, сенсорного перевантаження та хронічного психоемоційного напруження.

Повномасштабна війна зумовила безпрецедентне психоемоційне навантаження на військовослужбовців, наслідки якого виходять далеко за межі короткочасних стресових реакцій. Вплив бойових стрес-факторів має пролонгований характер і часто призводить до порушень психоемоційного стану, зниження адаптаційних і регуляторних ресурсів, розвитку психологічних травм, посттравматичних стресових розладів, а також різноманітних дезадаптивних і психосоматичних проявів. Хронічна втома, виснаження, порушення сну, емоційне оніміння та зниження мотиваційної активності стають суттєвими перешкодами для ефективного виконання службово-бойових завдань і подальшої соціальної реінтеграції військовослужбовців.

Проблема медико-психологічного відновлення військовослужбовців із посттравматичними стресовими розладами активно досліджується вітчизняними науковцями. Зокрема, медико-психологічна відновлення військовослужбовців з посттраватичними стресовими розладами досліджувалась В. Бочелюком, М. Пановим, Ю. Сербіним.

Проблему психологічної реабілітації і супроводу ветеранів війни в Ізраїлі висвітлювали О. Вдовіченко, І. Соколова, О. Педченко, С.Степанова,

О. Фролова. Психологічна робота з військовослужбовцями-учасниками АТО на етапі відновлення є темою дослідження О. Кокун, Н. Агаєва, І. Приходько, Я. Мацегора. Науковці О. Колесніченко, І. Приходько, Я. Мацегора видали книгу «Психологічна реабілітація військовослужбовців після виконання службово-бойових завдань в бойових умовах». Особливості проявів бойових стресових розладів у поранених військовослужбовців Збройних Сил України – учасників бойових дій стали предметом дослідження Л. Радецької, І. Лаби, А. Смачило, О. Нечаєвої, М. Баумер. В аналітичній доповіді М. Слюсаревського відображено тему «Соціально-психологічний стан українського суспільства в умовах повномасштабного російського вторгнення: нагальні виклики та відповіді». Особливості організації медико-психологічної реабілітації військовослужбовців у країнах-партнерах і членах НАТО вивчали А. Швець, О. Горішна, А. Кіх, Г. Іванцова, О. Горшков, О. Ричка. Питання гарантованої психологічної допомоги та реабілітації військовослужбовців як складника національної безпеки України висвітлено у працях В. Якимця, В. Печиборща, В. Вороненка та Г. Слабкого.

Водночас аналіз наукових джерел свідчить, що попри значний доробок у сфері військової та кризової психології, проблема психоемоційного відновлення військовослужбовців в умовах повномасштабної війни залишається недостатньо систематизованою та потребує подальшого теоретичного й прикладного осмислення. Особливої уваги потребує вивчення психоемоційного відновлення як цілісного, багаторівневого процесу, спрямованого не лише на зменшення симптоматики психологічної травми, а й на відновлення внутрішніх ресурсів особистості, психологічної рівноваги та функціональної готовності до подальшої професійної діяльності.

У цьому контексті обрана тема магістерської роботи є актуальною з наукової та практичної точок зору та відповідає сучасним запитам психологічної науки й системи психосоціальної підтримки військовослужбовців в умовах повномасштабного російського вторгнення в Україну.

Об’єкт дослідження: психоемоційний стан військовослужбовців в умовах повномасштабного російського вторгнення в Україну.

Предмет дослідження: особливості психоемоційного відновлення військовослужбовців в умовах повномасштабного російського вторгнення в Україну.

Мета дослідження – теоретично проаналізувати особливості психоемоційного відновлення військовослужбовців в умовах повномасштабного російського вторгнення в Україну, а також визначити психологічні умови й принципи організації ефективної системи їх психоемоційного відновлення.

Гіпотеза дослідження полягає в припущенні, що ефективність психоемоційного відновлення військовослужбовців в умовах повномасштабного російського вторгнення в Україну зумовлюється організацією цілісної, системної та науково обґрунтованої психологічної реабілітації.

Завдання дослідження:

1) Проаналізувати наукові підходи до проблеми психологічної травматизації та психоемоційних порушень у військовослужбовців в умовах бойових дій.

2) Розкрити психологічний зміст, особливості та основні підходи до психоемоційного відновлення військовослужбовців в умовах повномасштабного російського вторгнення в Україну .

3) Обґрунтувати умови, принципи та організаційні засади системи психоемоційного відновлення військовослужбовців в умовах повномасштабного російського вторгнення в Україну.

Для розв’язання поставлених завдань застосовувалися наступні методи дослідження: теоретичнико -методологічні (аналіз, порівняння, узагальнення, систематизація наукових джерел з проблеми психоемоційного стану, психологічної травми та реабілітації військовослужбовців).

Наукова новизна та теоретичне значення полягає у теоретичному узагальненні та систематизації сучасних підходів до психоемоційного відновлення військовослужбовців в умовах повномасштабної війни, а також в обґрунтуванні психологічних умов і принципів організації системи психоемоційного відновлення з урахуванням специфіки бойового стресу та хронічного психоемоційного виснаження, розроблено на цій основі структуру програми психологічного тенінгу психоемоційного відновлення військовослужбовців в умовах повномасшатбного російського вторгненняв Україну .

Практична значущість результатів дослідження полягає в можливості їх використання у діяльності військових психологів, фахівців з психологічної реабілітації, соціальних працівників, а також при розробці та впровадженні структури програми психоемоційного відновлення військовослужбовців у реабілітаційних центрах і військових підрозділах.

РОЗДІЛ 1
ПРОЯВИ ПСИХОЛОГІЧНОГО ТРАВМУВАННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

1.1 Аналіз питань психологічної травматизації у військовослужбовців в умовах російського повномасштатного вторгнення в Україну

У міжнародних підходах є термін “якість життя”, який пов’язаний зі станом здоров’я. Його розглядають як інтегральну оцінку і ефективність реабілітації. ВООЗ пропонує оцінювати “якість життя” за такими параметрами [73]:

- фізичні: енергійність, втома, фізичний дискомфорт, сон, відпочинок;
- психологічні: самооцінка, концентрація, позитивні емоції, негативні переживання, мислення;
- ступінь незалежності: повсякденна активність, працездатність, залежність від ліків і лікування;
- життя в суспільстві: повсякденна активність, соціальні

зв’язки, дружні зв’язки, суспільна значимість, професіоналізм;

-довкілля: житло та побут, безпека, дозвілля, доступність інформації, екологія (клімат, забруднення, густозаселеність);

- духовність і особистісні переконання.

М.М. Слюсаревський зазначав, що Всесвітня організація охорони здоров’я (ВООЗ) визначає ментальне (психічне) здоров’я як стан самопочуття, за якого людина може реалізовувати власний потенціал, долати життєві стреси, продуктивно й плідно працювати та робити внесок у життя своєї спільноти. Природно, що усе це значно ускладнює або й зводить нанівець війна, тим більше сьогодні, коли люди ще не встигли оговтатися від пережитого коронавірусу (хоч і кажуть від початку війни із властивим українцям гумором: Україна вже подолала ковід) [35].

За даними М. Слюсаревського, В. Бочелюка, М. Панова, Ю. Сербіна, Л. Радецької, І. Лаби, А. Смачило, О. Нечаєвої, К. Лопатенко, М. Баумер, Пилипчук Я. під час АТО/ООС ризик отримати посттравматичні нервово-психічні розлади мав приблизно кожен п'ятий учасник бойових дій, а серед поранених та інвалідизованих перебуває кожен третій.

Повномасштабна війна багатократно збільшує цю сумну статистику. Участь у збройному конфлікті, отримане поранення є потужним стресовим чинником, що призводить до різнопланових функціональних порушень організму, у тому числі й психологічних.

Фактично кожний військовослужбовець в умовах активних бойових дій переживає стан бойового стресу, який виникає ще до момента появи реальної загрози та триває аж до виходу із зони бойових дій. Внаслідок специфічного механізму реагування військового на бойовий стрес, у нього закріплюється нові емоційно-поведінкові стереотипи та навички, направлені першочергово на збереження власного життя. Стан, який виникає є дестабілізуючим, передпатологічним та значно обмежує функціональний резерв військовослужбовця, збільшуючи ризик виникнення стійких соматовегетативних дисфункцій та дезінтеграції психічної діяльності

Під час вивчення психологічних змін у військовослужбовців, які отримали поранення, встановлено, що в 38,8% обстежених пацієнтів виявлено ознаки посттравматичної стресової реакції. Ця категорія пацієнтів потребує як медичної, так і психологічної реабілітації [27; 39].

На думку О. Кокуна, Н. Агаєва, І. Пішко, Н. Лозінської, В. Остапчук війна в Україні актуалізувала проблему посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Результати міжнародних досліджень у країнах, де відбувалася війна, показують, що поширеність ПТСР серед осіб, які перебували в зоні бойових дій (як військових, так і мирних жителів), зростає вдвічі і сягає 15 - 20%. При цьому, як свідчать дослідження, більшість осіб, які пережили психотравмуючу подію, не матиме жодних проблем із психічним здоров'ям; значна кількість людей із ПТСР одужує спонтанно [14].

Тож важливо не перебільшувати проблему, але водночас і не мінімізувати її. Важливо також усвідомлювати й те, що у значної частини осіб, які пережили психотравмуючу подію, проблеми у сфері психічного здоров'я виникатимуть не одразу, а через певний час. Варто пам'ятати, що ці проблеми можуть проявитися не лише як ПТСР, а й у формі інших розладів, зокрема, зловживання психоактивними речовинами, депресії, тривожні розлади, порушення контролю, спалахи злості.

Психічні властивості військовослужбовця – це найбільш стійкі особливості психіки військового, які постійно виявляються і забезпечують певний рівень його поведінки та бойової діяльності, притаманний для неї.

Психічні властивості є закріпленням в особистості найчастіше повторюваних процесів і станів та відіграють свою роль у особливостях психологічного травмування. Сучасний бій висуває високі вимоги до військового та його психологічного стану. Небезпечну для життя обстановку кожен військовослужбовець сприймає залежно від власного розуміння мети війни (бойових дій), ціннісних установок, ставлення до противника, товаришів по службі, командирів тощо [9].

Стреси можуть допомагати військовому в багатьох життєвих моментах, бойових діях, але все ж таки у своїй більшості, якщо не вміти ними управляти чи їх нейтралізовувати, то вони можуть викликати розлади фізичної, психічної та соціальної складових цілісності військовослужбовця. Виникнення та переживання бойового стресу залежить не стільки від об'єктивних, скільки від суб'єктивних чинників, від особливостей самої людини: оцінки нею ситуації, зіставлення своїх сил і особливостей з тим, що від нього вимагає та чи інша ситуація [25].

Психічні травми, які отримує військовослужбовець під час бойових дій, викликаються бойовим стресом. Який є формою аварійного пристосування військового до психотравмуючих факторів бойових дій і має місце в тому випадку, коли гіперстресор або симптоми деструктивного стресу накопичились до критичного рівня і подолали рівень психічної стійкості (адаптивні можливості) військового [5].

Взаємодія факторів бойового стресу з безперервно мінливим під їх впливом психобіологічним субстратом особистості військового визначає вираженість виявів бойового стресу і динаміку його станів. Наслідки реактивних станів, що розвиваються переважно в період термінової адаптації до бойової обстановки (у перші 3 місяці), мають більш сприятливий характер, ніж ті, що формуються механізмом довготривалої адаптації, які виникають на другому і особливо на третьому півріччі військової служби в зоні активних бойових дій. В цілому сукупність багатьох факторів (умови перебування, режим відпочинку та сну, інтенсивність і тривалість бойових дій, хвороби, травми і поранення, оперативна обстановка, розуміння сенсу війни, згуртованість підрозділу, загибель побратимів, громадська підтримка, підтримка рідних та близьких, ставлення місцевого населення до військових та інше) має модифікуючий вплив на стан особистісного адаптаційного потенціалу військовослужбовця, на темп виснаження його функціональних резервів.

Зауважимо, у військовослужбовців в умовах активних бойових дій та тривалого бойового стресу відбувається значне зниження захисних сил організму та адаптаційних можливостей особистості, опірності стресовому впливу, результатом яких можуть стати розлади психогенного характеру та різноманітні захворювання [4].

У бойових підрозділах, що беруть участь у боях від 7-ми місяців до 1-го року, військових з підвищеною адаптивністю до екстремальних впливів бойової обстановки зменшувалася до 5,8%, та навпаки, “стійка дизадаптація”, - порушення здатності адаптуватися до впливу воєних дій, - була відзначена в 61,1%. Перебування більше року в бойовій обстановці створює таку “особистісну дизадаптацію” у 83,3%; через рік вже ні в кого не зберігається підвищена адаптованість до бойового стресу. “Вірогідність розвитку хронічних наслідків бойової психічної травми безпосередньо залежить від тяжкості перенесеного стресорного впливу та тривалості перебування в умовах театру воєнних дій. Вона збільшується у військовослужбовців з

наявністю акцентуації характеру епілептоїдного, гипертимного, нестійкого і конформного типу" [15].

На сучасному етапі розвитку науки не має єдиної теорії, яка б пояснювала механізми та природу посттравматичних розладів особистості військового. Найбільш відомі та поширені в наукових колах чотири основні моделі: психофізіологічна, психодинамічна, когнітивна, інформаційна та розроблена в останні роки мультифакторна теорія ПТСР [4].

Науковці при вивченні ПТСР змогли установити наявність більш вираженої стійкої симптоматики на трьох основних етапах:

1) Етап невротичних (неврозоподібних) реакцій, який триває від 3 до 12 місяців та характеризується патологічними змінами й виявляється переважно за типом психогенних та аномальних особистісних розладів;

2) Етап невротичних і патохарактерологічних станів, що розвивається через 1–5 років після перенесеного бойового стресу на тлі додаткових астенізуючих чинників (перевтома, соматичне захворювання, психоемоційні навантаження в побуті, на роботі тощо)

3) Завершального етап ПТСР, який характеризується переходом хвороби в хронічний статус (етап невротичного й патологічного розвитку особистості) та спостерігається у найбільш несприятливих випадках динаміки. Для нього властиве тривале (понад 3 роки) формування стійкої патохарактерологічної структури [4].

Проведений аналіз сучасних наукових джерел засвідчує суттєвий негативний вплив умов повномасштабного збройного вторгнення рф в Україну на психологічний стан військовослужбовців. Дослідники відзначають дію широкого спектра як загальних, так і специфічних факторів бойової діяльності, серед яких тривале перебування у зоні підвищеної небезпеки, інтенсивність та непередбачуваність бойових дій, загроза життю, втрати побратимів, порушення режиму відпочинку та сну, а також постійне психоемоційне напруження.

Особливе місце серед зазначених чинників посідає хронічна втома, яка розглядається як один із провідних предикторів зниження психологічної стійкості військовослужбовців. Накопичення фізичного та психоемоційного виснаження істотно обмежує здатність особистості до ефективного опору бойовим стрес-факторам, знижує рівень саморегуляції, когнітивної гнучкості та адаптаційних ресурсів. За таких умов значно зростає ризик розвитку бойових психологічних травм, посттравматичних стресових розладів та інших дезадаптивних психічних станів, що негативно позначається як на професійній ефективності військовослужбовця, так і на його загальному психічному здоров'ї.

1.2 Основні психоемоційні наслідки бойового стресу та фактори психологічної дезадаптації військовослужбовців

Бойовий стрес є специфічним різновидом екстремального стресу, що формується під впливом сукупності інтенсивних та тривалих психотравмувальних чинників, притаманних бойовій діяльності. До таких чинників належать постійна загроза життю, непередбачуваність ситуацій, спостереження насильства й смерті, втрати побратимів, необхідність швидкого прийняття рішень у дефіциті часу, порушення сну та відпочинку, хронічна фізична втома, сенсорне перевантаження, а також морально-етичні дилеми, пов'язані з виконанням бойових завдань. У сучасних дослідженнях підкреслюється, що психоемоційні наслідки бойового стресу не обмежуються гострими реакціями на травматичну подію, а можуть мати пролонгований характер, трансформуючись у стійкі постстресові симптомокомплекси, емоційну дисрегуляцію та дезадаптивні моделі поведінки [60]. У вітчизняній військовій психології також зазначається, що переживання бойового досвіду часто супроводжується порушеннями психоемоційної сфери, зниженням саморегуляції та виснаженням ресурсів, що ускладнює повернення до повсякденного функціонування і вимагає системної психологічної підтримки та реабілітації [14;17;31;33].

Психоемоційні наслідки бойового стресу доцільно розглядати як континуум, що охоплює короткочасні адаптивні реакції, прикордонні стани та клінічно значущі розлади. На ранніх етапах після психотравмувальної події типовими є гострі стресові реакції: підвищена тривожність, емоційна лабільність, вегетативна збудливість, нав'язливі спогади, труднощі концентрації, дратівливість, напруженість, порушення сну. Подібні прояви можуть виконувати сигнальну й мобілізаційну функції, однак за умов повторюваного травматичного впливу та дефіциту відновлення зростає ризик їх хроніфікації та переходу в стійкі постстресові порушення [29]. Особливе місце серед наслідків бойового стресу посідає посттравматичний стресовий розлад, який у сучасних клініко-психологічних моделях описується через кластери повторного переживання, уникнення, негативних змін у когніціях та емоціях, а також гіперзбудження, що зберігаються протягом тривалого часу та суттєво порушують функціонування особистості [32]. Вітчизняні автори, аналізуючи практику медико-психологічної реабілітації військовослужбовців з ПТСР, підкреслюють важливість комплексного підходу, що поєднує психодіагностику, психотерапевтичні інтервенції та відновлення ресурсів [3].

Крім ПТСР, у військовослужбовців часто фіксуються депресивні прояви, генералізована тривога, панічні реакції, соматоформні та психосоматичні скарги, розлади сну, а також поведінкові порушення, включно зі зловживанням психоактивними речовинами як спробою саморегуляції. У масштабних дослідженнях психічного здоров'я військовослужбовців після участі в бойових операціях підкреслюється, що суттєво зростає ризик комплексу психічних проблем, а також наявні бар'єри звернення по допомогу, серед яких провідну роль відіграє стигма та побоювання негативних наслідків для кар'єри [60]. Цей аспект важливий для розуміння психологічної дезадаптації: навіть за наявності симптомів, що потребують втручання, військовослужбовці можуть тривалий час не звертатися по допомогу, що підвищує ризик хроніфікації порушень.

Значущим психоемоційним наслідком бойового стресу є порушення емоційної регуляції, яке може проявлятися у двох протилежних тенденціях: гіперреактивності (спалахи гніву, дратівливість, підвищена настороженість, імпульсивні реакції) або емоційному онімінні (зниження здатності переживати позитивні емоції, відчуття відстороненості, редукція емпатії, труднощі у близьких стосунках). Такі зміни мають не лише суб'єктивний вимір, а й нейропсихологічні та нейробіологічні кореляти: у сучасних оглядах підкреслюється, що тривале травматичне навантаження пов'язане з дисрегуляцією стресових систем організму, зокрема нейроендокринних механізмів, що підтримують стан підвищеної готовності до загрози та сприяють виснаженню адаптаційних ресурсів [65].. Концепт алостатичного навантаження дозволяє пояснити, яким чином хронічний стрес створює кумулятивний «знос» фізіологічних і психічних систем, знижуючи витривалість та опірність до подальших стресорів [65].

Окремим сучасним напрямом у дослідженні бойової психотравматизації є проблема моральної травми. Вона пов'язана не стільки з прямою загрозою життю, скільки з переживанням подій, що суперечать глибинним моральним переконанням особистості: необхідність завдавати шкоди, неможливість запобігти втратам, свідчення жорстокості, відчуття провини, сорому, самозасудження. У моделі моральної травми наголошується, що її наслідки можуть включати депресивні стани, соціальне відсторонення, зниження довіри до себе та інших, суїцидальні думки, а також коморбідність із симптомами ПТСР [64]. Для військовослужбовців в умовах війни це особливо релевантно, оскільки моральні дилеми й втрати стають систематичним елементом досвіду, а психологічна допомога має враховувати не лише симптоми тривоги чи уникнення, а й екзистенційні та ціннісні виміри пережитого.

Ще одним критично важливим наслідком бойового стресу виступає хронічна втома та виснаження. На практичному рівні саме втома часто є «першим симптомом» порушення адаптації: знижується здатність до

концентрації, уповільнюються когнітивні процеси, порушується сон, зростає дратівливість, зменшується толерантність до фрустрації, підвищується конфліктність. З позицій психофізіологічних підходів, виснаження знижує ефективність саморегуляції та погіршує здатність переробляти травматичний досвід, що підвищує ризик формування стійких постстресових розладів [65]. У вітчизняних роботах, присвячених реабілітації військовослужбовців після виконання службово-бойових завдань, підкреслюється, що відновлення має бути організоване як системний процес, у якому поєднуються психологічні, медичні та соціальні компоненти, а ресурсний підхід є базовим для профілактики виснаження і вторинної травматизації [17].

Переходячи до факторів психологічної дезадаптації, слід зазначити, що формування негативних наслідків бойового стресу залежить від взаємодії зовнішніх та внутрішніх детермінант. До зовнішніх (ситуаційних) факторів належать інтенсивність і тривалість бойових навантажень, частота повторних травматичних епізодів, тривале перебування у стані небезпеки, нестача відпочинку, порушення базових потреб, соціальна ізоляція, а також організаційні умови служби. До внутрішніх (особистісних) факторів належать попередній травматичний досвід, рівень психічної витривалості, стратегії подолання, особливості когнітивної оцінки ситуації, рівень самоконтролю, ціннісні орієнтації, а також наявність психологічних ресурсів і підтримувальних зв’язків.

Когнітивно-оцінний підхід у психології стресу наголошує, що інтенсивність переживання стресу визначається не лише об’єктивними характеристиками події, а й тим, як людина оцінює загрозу та власні можливості подолання. Стрес розглядається як результат взаємодії між вимогами середовища та ресурсами особистості, а подолання (копінг) є центральним механізмом адаптації [63]. У контексті бойового досвіду це означає, що одна й та сама подія може мати різні психологічні наслідки залежно від інтерпретації, наявності підтримки, відчуття контролю та доступності ефективних копінг-стратегій. Дезадаптація, у свою чергу,

частіше формується тоді, коли домінують уникнення, емоційне пригнічення, відмова від звернення по допомогу або неадаптивна «саморегуляція» через алкоголь чи ризиковану поведінку.

Ресурсний підхід (теорія збереження ресурсів) дозволяє глибше пояснити механізми психологічної дезадаптації в умовах війни. Стрес, за цією теорією, виникає тоді, коли людина втрачає значущі ресурси, перебуває під загрозою втрат або не може відновити/примножити ресурси після значних витрат [58].Для військовослужбовців такими ресурсами є фізичні сили, сон, безпека, соціальна підтримка, статус, відчуття сенсу, віра у справедливість, довіра до командування та групи. Умови повномасштабної війни часто створюють ситуацію «ланцюга втрат», коли виснаження та втрати накопичуються, а можливості повноцінного відновлення обмежені. Це формує підґрунтя для стійкої дезадаптації, емоційного вигорання, зростання тривоги та депресивної симптоматики.

Не менш важливим фактором дезадаптації є рівень соціальної підтримки та якість взаємодії у підрозділі. Дослідження психічного здоров’я військових після бойових ротацій вказують на те, що труднощі звернення по допомогу та бар’єри лікування можуть посилювати тяжкість наслідків бойового стресу [60]. У практико-орієнтованих вітчизняних роботах наголошується, що системи психологічної роботи й реабілітації мають враховувати особливості групової динаміки, потребу в нормалізації психічних реакцій та зниженні стигматизації психологічної допомоги [17]. Саме підтримка побратимів, довіра в групі, можливість проговорювати пережите в безпечному середовищі та доступність фахової допомоги виступають протективними чинниками, що знижують ризик психологічної дезадаптації.

Важливими предикторами дезадаптації також є порушення сну та хронічне перезбудження. Сон, з погляду сучасної психофізіології, є ключовим механізмом відновлення нервової системи та переробки емоційних переживань. Його дефіцит поглиблює стан виснаження, посилює негативну

афективність і знижує когнітивний контроль, роблячи людину більш вразливою до постстресових розладів. На нейробіологічному рівні хронічна активізація стресових систем за умов тривалого бойового навантаження може закріплювати симптоми гіпернастороженості та емоційної дисрегуляції [65]. У практичному вимірі це означає, що ефективні програми психоемоційного відновлення мають приділяти окрему увагу відновленню сну, зниженню фізіологічного збудження та навчанню навичкам саморегуляції.

Загалом, сучасні наукові уявлення про наслідки бойового стресу вказують на високу варіативність траєкторій адаптації. Поряд із ризиком розвитку стійких постстресових порушень, значна частина осіб демонструє збереження відносно стабільного функціонування або поступове відновлення за наявності підтримки та ресурсів. Дослідження психологічної стійкості після потенційно травматичних подій підкреслюють, що резильєнтність є не «вродженою рисою», а результатом взаємодії множинних чинників, серед яких соціальна підтримка, ефективні стратегії подолання, гнучкість саморегуляції та доступ до допомоги [49]. Це методологічно важливо для аналізу психоемоційного відновлення військовослужбовців: завдання наукового дослідження полягає не лише у фіксації симптомів, а й у виявленні умов, за яких відновлення стає можливим і стійким.

Висновок до підрозділу. Бойовий стрес зумовлює комплекс психоемоційних наслідків у військовослужбовців, які варіюють від гострих стресових реакцій до стійких постстресових розладів, включно з ПТСР, тривожно-депресивною симптоматикою, порушенням сну, емоційною дисрегуляцією, виснаженням та проявами моральної травми. Формування психологічної дезадаптації визначається взаємодією інтенсивності та тривалості бойового впливу з особистісними і ресурсними характеристиками, стратегіями подолання, рівнем соціальної підтримки, організаційними умовами служби та бар’єрами звернення по допомогу. Теоретичні моделі когнітивної оцінки стресу, ресурсний підхід і концепт алостатичного навантаження дозволяють пояснити механізми хроніфікації постстресових

порушень і підкреслюють необхідність системної організації психоемоційного відновлення, орієнтованої на відновлення ресурсів, нормалізацію психофізіологічного стану та зниження ризиків довготривалої дезадаптації.

РОЗДІЛ 2
ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО ВІДНОВЛЕННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

2.1 Поняття та наукові підходи до визначення психоемоційного відновлення військовослужбовців

У науковому дискурсі поняття «психоемоційне відновлення» не має єдиного універсального визначення, що зумовлено міждисциплінарним характером проблеми та різними теоретико-методологічними підходами до розуміння наслідків психологічної травми, стресу та адаптації. Водночас у сучасних дослідженнях простежується спільна тенденція до розгляду психоемоційного відновлення як багаторівневого, динамічного процесу, спрямованого на відновлення внутрішніх психологічних ресурсів особистості, стабілізацію емоційного стану та забезпечення функціональної адаптації.

Психоемоційне відновлення військовослужбовців традиційно розглядається у контексті психологічної реабілітації після виконання службово-бойових завдань. Так, О. Кокун, Н. Агаєва, І. Приходько, Я. Мацегора визначають відновлення як цілеспрямований процес повернення психологічної рівноваги, зниження інтенсивності постстресових проявів і відновлення здатності до ефективної професійної та соціальної діяльності. Автори наголошують, що відновлення не зводиться виключно до редукції симптомів, а передбачає активізацію адаптаційних механізмів, розвиток навичок саморегуляції та опору стресу [14].

Подібну позицію висловлюють О. Колесніченко, І. Приходько та Я. Мацегора, які у своїх працях підкреслюють системний характер психоемоційного відновлення. На їхню думку, цей процес охоплює емоційний, когнітивний, мотиваційний і поведінковий рівні функціонування

особистості та реалізується через поєднання психологічних, медичних і соціальних заходів. Відновлення розглядається як поетапний процес, що включає стабілізацію психоемоційного стану, опрацювання травматичного досвіду та поступове повернення до повноцінного функціонування в мирних або умовно мирних умовах [15].

У працях В. Бочелюка, М. Панова та Ю. Сербіна психоемоційне відновлення військовослужбовців із посттравматичними стресовими розладами описується як інтегративний процес, спрямований на зменшення симптомів ПТСР, відновлення емоційної регуляції та підвищення якості життя. Автори акцентують увагу на необхідності індивідуалізованого підходу до відновлення з урахуванням тяжкості психотравматичного досвіду, особистісних ресурсів і соціального контексту військовослужбовця [3].

Міжнародні наукові підходи до визначення психоемоційного відновлення військовослужбовців сформувалися переважно в межах досліджень психологічної травми, посттравматичного стресового розладу та резильєнтності. У клінічній психології та психіатрії відновлення часто розглядається крізь призму поняття recovery, яке трактується не лише як зникнення симптомів, а як процес відновлення суб’єктивного відчуття контролю над власним життям, здатності до емоційного переживання та соціальної взаємодії. Так, Дж. Ресслер підкреслює, що психоемоційне відновлення після травми передбачає нормалізацію роботи нейробіологічних систем стресу, зниження гіперзбудження та формування більш адаптивних моделей реагування на стресові стимули [67].

З позицій теорії стресу та подолання Р. Лазаруса і С. Фолкман відновлення розглядається як результат ефективної когнітивної оцінки стресових подій і використання адаптивних копінг-стратегій [59]. У цьому підході психоемоційне відновлення пов’язується з відновленням балансу між вимогами середовища та ресурсами особистості, а також зі зростанням суб’єктивного відчуття здатності впливати на ситуацію. Така інтерпретація є особливо релевантною для військовослужбовців, оскільки бойовий досвід часто супроводжується відчуттям втрати контролю та безпорадності.

Важливий внесок у розуміння процесів відновлення зробила теорія збереження ресурсів. У межах цього підходу психоемоційне відновлення розглядається як процес відновлення та накопичення особистісних, соціальних і матеріальних ресурсів, утрачених унаслідок травматичного впливу. Для військовослужбовців такими ресурсами виступають фізичні сили, емоційна стабільність, соціальна підтримка, відчуття сенсу та професійної значущості. Відсутність можливостей для відновлення ресурсів розглядається як ключовий чинник хроніфікації стресових розладів.

У сучасних дослідженнях психологічної стійкості Г. Бонанно наголошує, що психоемоційне відновлення не є лінійним процесом і може мати різні траєкторії [45]. Частина військовослужбовців демонструє відносно швидке відновлення після травматичних подій, інші - затяжні постстресові порушення. Це свідчить про те, що відновлення є результатом складної взаємодії індивідуальних характеристик, соціального контексту та доступності психологічної допомоги, а не лише наслідком інтенсивності травматичного впливу.

Окремий напрям у міжнародних дослідженнях пов’язаний із концепцією посттравматичного зростання, відповідно до якої відновлення може включати не лише повернення до попереднього рівня функціонування, а й формування нових смислів, цінностей та життєвих орієнтацій. Хоча цей підхід не заперечує наявності тяжких психоемоційних наслідків війни, він розширює розуміння відновлення як потенційно трансформаційного процесу, що потребує делікатної психологічної підтримки та безпечних умов.

Узагальнюючи підходи вітчизняних і міжнародних науковців, у межах даного дослідження психоемоційне відновлення військовослужбовців розуміється як системний, поетапний і динамічний процес відновлення психоемоційної рівноваги, регуляції емоційних станів, адаптаційних і ресурсних можливостей особистості після впливу бойового стресу, що забезпечує здатність до ефективного професійного функціонування, соціальної взаємодії та подальшої життєвої адаптації. Це визначення поєднує

симптомоорієнтований, ресурсний і особистісно-орієнтований підходи та дозволяє розглядати психоемоційне відновлення як цілісний психологічний феномен.

Висновок до підрозділу. Аналіз наукових підходів до визначення психоемоційного відновлення військовослужбовців свідчить про відсутність єдиного універсального трактування цього поняття, водночас простежується спільне розуміння його як багаторівневого процесу, що виходить за межі простого зменшення симптомів психологічної травми. Вітчизняні та міжнародні дослідження акцентують увагу на системному характері відновлення, який охоплює емоційні, когнітивні, поведінкові та ресурсні аспекти функціонування особистості. Умовами ефективного психоемоційного відновлення визнаються доступ до психологічної допомоги, відновлення ресурсів, соціальна підтримка та формування адаптивних стратегій подолання. Запропоноване у роботі визначення психоемоційного відновлення створює теоретичне підґрунтя для подальшого аналізу ролі психологічної реабілітації та організаційних умов її реалізації у наступних розділах дослідження.

2.2 Методи і методики психоемоційного та психофізіологічного відновлення військовослужбовців

О.М. Вдовіченко, І.І/ Соколова, О.Р. Педченко, С.С. Степанова зазначають, що в роботі з військовослужбовцями та ветеранами використовують різноманітні методи і методики психологічного відновлення і супроводу, що сприяють поліпшенню їх психологічного стану та забезпеченню психологічного самопочуття [8].

1. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) – психотерапевтичний підхід, який націлений на зміну негативних мисленнєвих шаблонів та поведінки. КПТ допомагає ветеранам впоратися зі стресом, тривогою, депресією та симптомами посттравматичного стресового розладу (ПТСР) шляхом

ідентифікації та зміни непродуктивних думок, переконань, поведінкових патернів. Ця техніка фокусується на ідентифікації й зміні негативних думок і поведінкових зразків, що підтримують стресову реакцію. Наприклад, ветеран може мати переконання про наявність постійної небезпеки, а навколишній світ для нього сприймається як постійна загроза життю. Завдяки КПТ ветерани можуть навчитися розпізнавати та викривати такі дисторсії мислення, замінювати їх на більш реалістичні й оптимістичні. Наведемо кілька прикладів вправ, які можна використовувати в рамках КПТ: розпізнавання та аналіз дисторсійних думок. Клієнт і психолог спільно визначають типові дисторсії мислення, зокрема «чорно-білий» спосіб мислення (схильність сприймати ситуації виключно як абсолютно негативні або абсолютно позитивні). Таке мислення призводить до заниження самооцінювання, перебільшення небезпеки. Використання цієї вправи допомагає ветерану усвідомити й дослідити свої негативні думки. Запис думок, намірів і переконань. Ветеран записує свої негативні або дисторсійні думки на папері. Потім він разом з психологом аналізує ці записи, шукає аргументи, що підтверджують або спростовують його переконання, і розвиває більш оптимістичні альтернативи. Заміна дисторсійних думок і переконань. Психолог допомагає ветерану замінити дисторсійні або негативні думки більш позитивними й корисними. Наприклад, ветеран може перетворити негативне переконання «Я ніколи не зможу пристосуватися до цивільного життя» на більш оптимістичне «Я можу знайти ресурси та підтримку, щоб успішно адаптуватися». Експериментальні вправи. Ветеран може провести експеримент, щоб перевірити достовірність своїх негативних думок. Наприклад, якщо він відчуває тривогу щодо ситуації, психолог може запропонувати провести самоспостереження та записати фактичні дані про те, що відбувається, щоб ветеран міг отримати більш об’єктивну інформацію про власні переживання [8, 112–113].

2. Емоційно-фокусована терапія (ЕФТ) є психотерапевтичним підходом, спрямованим на розуміння та регулювання емоційного досвіду

ветеранів. Основна мета ЕФТ полягає в підтримці ветеранів у вираженні та розумінні їхніх емоцій, сприянні зв'язку зі своїми потребами для покращення психологічного благополуччя. Наведемо кілька прикладів використання ЕФТ з ветеранами: Робота над розширенням усвідомленості емоцій і переживань. Терапевт допомагає ветеранам розпізнавати, виражати та називати їхні емоції. Цей процес може використання емоційних шкал і бланків для ідентифікації та опису емоційних станів. Регулювання емоцій. Терапевт навчає ветеранів стратегій регуляції емоцій, таким як глибоке дихання, медитація або м'яка фізична активність. Ці методи допомагають знижувати тривогу, стрес, а отже, покращувати самопочуття. Усвідомлення емоційної безпеки. Терапевт працює з ветеранами над створенням емоційно безпечного середовища, де вони можуть почуватися комфортно, виражати свої емоції та ділитися думками без страху та осуду.

Емоційне вираження. Терапевт використовує ЕФТ для розуміння та допомоги ветеранам виражати свої емоції, особливо ті, які можуть бути пов'язані з травматичними подіями чи воєнним досвідом. Така терапія може передбачати розроблення розуміння емоцій, їхніх причин і наслідків. Діалог з емоціями. Терапевт спонукає ветерана до взаємодії зі своїми емоціями, діалогізуючи з ними. Це можуть бути питання щодо емоцій, розуміння їх походження та значення. Робота з травматичними спогадами. ЕФТ можна використовувати для допомоги ветеранам у переробці травматичних спогадів та зменшенні їх емоційної сили. Для цього застосовують техніки прийняття, регулювання та переосмислення значущості травматичних подій тощо [8, 113].

3. Експозиційна терапія є одним із методів психотерапії, який широко використовується для лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та інших тривожних розладів. Цей підхід грунтується на принципі систематичного та контрольованого введення пацієнта в контакт з травматичними спогадами, ситуаціями або предметами, що зумовлюють стрес і страх. Процедура експозиційної терапії потребує від пацієнта

згадувати, описувати або переживати травматичний досвід у безпечному та контрольованому середовищі. Експозиційна терапія передбачає розповідь про події, написання докладного опису травматичного досвіду, перегляд фотографій або відеозаписів, пов’язаних з травмою тощо. Пацієнт повторює експозицію до травматичного матеріалу доти, поки страх і стрес, пов’язані з цими спогадами, зменшуються. Експозиційна терапія базується на теорії, яка передбачає, що повторна конфронтація з травматичними спогадами допомагає пацієнтові розібратися зі страхом і тривогою, пов’язаними з тими подіями. Поступово, через систематичну експозицію, пацієнт може навчитися реагувати на травматичні подразники з меншим стресом і знизити психологічний вплив травматичного досвіду на своє життя.

Прикладом експозиційної терапії може бути використання уявних експозицій у лікуванні ПТСР. Ветеран, що страждає від ПТСР після військових дій, може працювати з терапевтом над уявними сценаріями, пов’язаними з його травматичними спогадами, наприклад, змагання по виживанню, вибух тощо. Під час цих сеансів ветеран активно залучається до процесу відтворення подій у своїй уяві з метою поступового зниження реакцій тривоги та стресу. Важливо зазначити, що експозиційна терапія має проводитися під наглядом досвідченого психотерапевта, який надасть необхідну підтримку та допомогу пацієнту під час процесу експозиції до травматичних спогадів, забезпечуючи безпечну та контрольовану обстановку для розроблення копінг-стратегій і подолання страху [8, 113–114].

4. Групова терапія є ефективним психотерапевтичним підходом, який можна широко використовувати в роботі з ветеранами, що страждають від ПТСР та інших психологічних розладів. Цей метод передбачає проведення терапевтичних сесій у груповому форматі, де ветерани мають можливість обмінюватися своїми історіями, досвідом, емоціями та надавати підтримку один одному. Групова терапія має особливі переваги, оскільки вона створює атмосферу взаєморозуміння й співпереживання. Так, наприклад, можна звернутися до роботи «Групи підтримки для ветеранів з ПТСР». У цій групі

ветерани з ПТСР, які мають досвід участі у військових операціях, збираються під керівництвом досвідченого терапевта для того, щоб поділитися своїми історіями, емоціями та взаємодіяти з іншими побратимами, які розуміють їхні переживання. Під час групових сесій ветерани можуть навчатися стратегій копінгу зі стресом, розвивати навички соціальної підтримки, виявляти позитивні аспекти свого досвіду та навчатися взаємодіяти з іншими в конструктивний спосіб. Ветерани також можуть відчувати підтримку та емоційну близькість з тими, хто переживав подібні травматичні події, що сприяє зціленню та покращенню якості життя. Таким чином, групова терапія дає можливість ветеранам відчути, що вони не самотні у своїх переживаннях. Це допомагає їм знайти ресурси та укріпити надію на одужання й ефективну соціалізацію [8, 114].

5. Техніки релаксації та медитації. Використання таких технік, як глибоке дихання, прогресивна м’язова релаксація та медитація, може допомогти ветеранам знизити рівень стресу, тривоги та покращити своє психологічне самопочуття. Наприклад, техніка «глибоке дихання», яка заснована на свідомому й глибокому контролі дихання, сприяє заспокоєнню нервової системи та зниженню рівня стресу. Потрібно зосередитися на своєму диханні, починаючи з повільного та глибокого вдиху, затримати на деякий час подих, а потім повільно видихнути. Таке дихання можна повторювати протягом кількох хвилин або довше, зосереджуючись на ритмі та глибині дихання. Ще одна корисна техніка – «прогресивна м’язова релаксація». Ця техніка забезпечує поетапне розслаблення різних м’язових груп тіла, починаючи з верхньої частини тіла та поступово переходячи до нижньої. Важливо зосередитися на конкретних групах м’язів, напружувати їх на кілька секунд, а потім повільно розслабляти. Це дає змогу відчути фізичне та психологічне розслаблення, знизити напруження та стрес у тілі. Досить корисною для ветеранів також може бути медитація. Під час застосування такої практики увага зосереджується на присутності моменту та свідомого сприйняття думок, емоцій і тілесних відчуттів. Ветерани можуть

використовувати різні техніки медитації, зокрема такі, як уважність (mindfulness) або трансцендентальна медитація, для заспокоєння розуму, концентрації та зниження тривоги. Це допомагає ветеранам зосередитися на моменті та відпустити негативні думки й емоції. Використання цих та інших технік уможливлює зниження стресу, тривоги та сприяє покращенню загального стану психологічного самопочуття. Різні техніки можуть бути використані як самостійні практики або в поєднанні з іншими методами психотерапії та підтримки [8, 114–115].

6. Техніки саморегуляції. Ветерани опановують метод саморегуляції, зокрема техніку дихання, позитивне мислення, використання підтримуючих фраз або афірмацій, які допомагають зберегти емоційну стабільність і покращити загальний стан. Ми вже описували вище особливості використання дихальних вправ. Інша техніка саморегуляції – позитивне мислення. Ветерани навчаються переключати свою увагу на позитивні аспекти життя, можуть активно фокусуватися на приємних спогадах, досягненнях або моментах радості. Вони також можуть використовувати фрази або афірмації, які позитивно впливають на їхній стан і самопочуття. Наприклад, ветеран може повторювати фразу «Я впевнений у собі, я – сильний і здатний подолати будь-які труднощі», щоб зміцнити свою внутрішню віру та впевненість. Такі техніки саморегуляції дають можливість ветеранам зберегти емоційну стабільність, зменшити тривогу та стрес, а також покращити загальний стан самопочуття. Вони можуть бути використані у будь-який момент, коли ветеран почувається напруженим або потребує підтримки [8, 115].

Провівши теоретико-методолгічне дослідження ми дійшли наступних висновків. Внаслідок повномасштабного вторгнення російських військ в Україну значна частина військовослужбовців отримала психологічні травми. Однією з найпоширеніших психологічних травм є посттравматичний стресовий розлад. Ця психологічна травма не потребує госпіталізації вражених осіб, проте потребує реабілітації. Участь у бойових діях є

потужним стресовим чинником. Психокорекційні та психотерапевтичні методи збільшують стійкість до несприятливих психогенних впливів. Медико-психологічна реабілітація учасників має спиратися на основні положення інтегративної копінг-концепції. Ефективними можуть бути такі методи і види психотерапії (когнітивні, біхевіоральні методи, кризове втручання, методики релаксації, групова та сімейна психотерапія), реабілітація, групові підходи. До послуг із надання психологічної відновлення належать: психологічна діагностика, психологічна просвіта та інформування, психологічне консультування, психологічна підтримка і супроводження, психотерапія, групова робота. Безпосереднє виконання завдань психологічної відновлення у військових частинах (підрозділах) покладається на офіцерів з морально-психологічного забезпечення (за їх наявності); офіцерів-психологів (за їх наявності); психологів (за їх наявності); начальників медичної служби; військових священників (капеланів) (за їх наявності). Психологічна реабілітація військовослужбовців передбачає два етапи – декомпресію та реабілітацію в стаціонарних умовах.

Техніки впевненості у собі. Такі техніки саморегуляції дають можливість ветеранам зберегти емоційну стабільність, зменшити тривогу та стрес, а також покращити загальний стан самопочуття. Вони можуть бути використані у будь-який момент, коли ветеран почувається напруженим або потребує підтримки [8,.115].

2.3 Роль психолгічної реабілітації у подоланні наслідків психологічних травм військовослужбовців

Концепція реабілітації, яку розроблено експертами ВООЗ, передбачає систему заходів, спрямованих на швидке й максимально повне відновлення фізичного, психологічного та соціального статусу пацієнта з метою активної інтеграції пацієнта в суспільство з досягненням для нього можливої соціальної та економічної незалежності [73]. Одним із першочергових

завдань Європейського плану дій з охорони психічного здоров'я є впровадження комплексних, інтегрованих, ефективних систем охорони психічного здоров'я, у яких обов'язковими мають бути такі елементи, як зміцнення здоров'я, профілактика, лікування та реабілітація, догляд й відновлення здоров'я. Участь у військових подіях є потужним стресом, що призводить до функціональних порушень організму, розвитку соматичних захворювань і виникнення патологічних реакцій. З огляду на те, що в організації медичної, психологічної, професійної та соціальної реабілітації учасників бойових дій сьогодні немає єдиних методологічних підходів, а визначено тільки окремі напрями теорії й практики з цієї проблеми, існує необхідність розроблення оптимального варіанта проведення медико-психологічних реабілітаційних профілактичних заходів. Медико-психологічна реабілітація спрямована на особистість військовослужбовця, його самооцінювання, комунікативні властивості, потреби, психологічні механізми компенсації та захисту, способи поведінки в родині, у професійному колективі та в інших соціальних групах. Її завданням є найшвидше усунення хворобливих симптомів (невротичних, неврозоподібних), подолання іпохондричних фіксацій тощо. Психокорекційні та психотерапевтичні методи збільшують стійкість до несприятливих психогенних впливів, коригують систему взаємовідносин особистості, пом'якшують соматичні та вегетативні розлади, формують активну позицію хворого щодо подолання недуги, підвищують його роль в процесі отримання допомоги. Медико-психологічна реабілітація учасників має спиратися на основні положення інтегративної копінг-концепції, згідно з якою подолання стресу – це процес, в якому індивід здійснює спроби [11]:

а) змінити або ліквідувати проблему;

б) зменшити її інтенсивність, змінивши свою точку зору на неї;

в) полегшити її вплив, відволікаючись на що-небудь або використовуючи інші способи подолання.

Особливістю системи медико-психологічної реабілітації учасників бойових дій, поряд із виявленням та лікуванням психічних розладів, є спрямованість на відновлення боєздатності під час ведення бойових дій та працездатності після повернення до мирного життя. Реалізація лікувально-діагностичних, психопрофілактичних і реабілітаційних заходів для цього контингенту виходить за межі компетентності лише психіатрів і може бути дієвою за умови об'єднання зусиль різних фахівців. Медико-психологічна реабілітація у Збройних Силах України – це комплекс лікувально-профілактичних, реабілітаційних та оздоровчих заходів медико-психологічного характеру, спрямованих на збереження та відновлення психофізіологічних та психічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності військовослужбовців, які постраждали внаслідок екстремальних психогенних впливів під час виконання завдань у районі ведення бойових дій [15, 4–8].

М. Слюсаревський, В. Бочелюк, М. Панов, Ю. Сербін зазначають, що загальновизнаним є той факт, що посттравматичний стресовий розлад не належать до тієї групи психічної патології, яка обов'язково потребує госпіталізації до психіатричних установ, тим більше до лікарень. Вони не викликають вираженої дисфункції та дезадаптації, як це має місце при психозах, і тому психіатрична клініка не є тією установою, куди слід звертатися за допомогою, особливо зважаючи на ту соціальну стигму, якою наділяється психічна хвороба [35]. Загальновідомо, що будь-якій терапії має передувати профілактика у всіх її формах і напрямах. Крім суто медичних заходів у плані постстресових розладів профілактика передбачає широку просвітницьку роботу як серед професіоналів (наприклад, лікарів, рятувальників, керівників органів охорони здоров'я тощо), так і серед великих груп населення. Профілактика передбачає навчання населення основних знань і навичок у галузі психічного здоров'я. Проведення подібних занять (лекцій, семінарів, тренінгів) серед соціальних працівників і спеціалістів первинної ланки охорони здоров'я дасть можливість направити

потік хворих до спеціалістів відповідної ланки. Сьогодні поряд з профілактичним заходами використовується медико-психологічна реабілітація військовослужбовців, у зв'язку з чим доцільно звернути увагу на трактування цього питання у досвіді розвинених країн. Як зазначає Д. Сомасундарам, лікування хворих з ПТСР слід починати з усебічного обстеження з урахуванням «соціально-культурального та етнічного контексту, значення психічної травми та місцевих визначень дистресу». Автор вважає, що дуже часто психічна травма ховається за ініціальними проявами соматизованого (соматоформного) розладу, тривоги або депресії [32]. Часткова або повна амнезія на психотравмувальну подію може призвести до ігнорування і навіть заперечення психічних порушень. Діагностичне значення може мати виражена підозрілість пацієнтів, особливо тих, хто коли-небудь брав участь у бойових діях. Ступінь виразності клінічної картини ПТСР визначається сукупною взаємодією таких чинників, як загальний стан здоров'я, вік, соціально-економічний статус, профіль симптомів, тривалість переживання травми та ступінь травматизації, особливості особистості пацієнта, вживання алкоголю (або наркотичних засобів). У плані терапії ПТСР слід виходити з того, що посттравматичні розлади мають унікальний біологічний профіль, що полягає в порушеннях симпатичної збудливості, нейроендокринної та імунної систем. З точки зору Д. Сомасундарама, ефективними можуть бути такі методи терапії, як фармакотерапія, різні види психотерапії (когнітивні, біхевіоральні методи, кризове втручання, методики релаксації, групова та сімейна психотерапія), реабілітація, групові підходи. Так, фармакотерапія хворих на ПТСР, навіть застосування непсихотропних засобів, полегшує ті чи інші симптоми посттравматичних розладів. Проте лікарська терапія є переважно неефективною щодо «симптомів уникнення». Нині не існує такого препарату, який би призводив до ремісії посттравматичного розладу в цілому. Трициклічні антидепресанти покращують настрій, знижують збудливість та інтенсивність нав'язливостей. Антидепресанти групи ІМАО підвищують

настрій, нормалізують сон. Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніна зменшують симптоми уникнення, обсесії та збудливість. Антиконвульсанти діють на експлозивність, імпульсивність, сон. Саме пом'якшення симптомів ПТСР створює можливість залучення пацієнтів у психотерапевтичний процес – індивідуальну, біхевіоральну або групову психотерапію [3, 10–14].

В. Якимець, В. Печиборщ, В. Вороненко, В. Якимець, О. Печиборщ, А. Никоненко, Г. Слабкий, О. Колесніченко, І. Приходько, Я. Мацегора зазначають, що соціально-психологічна реабілітація не є пасивною реадаптацією, поверненням людини до колишнього життя, яке було в неї до травматизації [40]. Це радше активізація здатності життєтворення, тобто здатності перепроєктовувати власне життя та втілювати, реалізовувати ці оновлені проєкти в сімейній, особистій, професійній та інших сферах. Адже творче ставлення особистості до власного життя передбачає відновлення бажання до самотрансформації, готовності до несподіванок, змін ціннісних орієнтацій, характеру діяльності, поля спілкування, форм самореалізації. Превентивна реабілітація проводиться медичною і психологічною службами та застосовується для відновлення резервів здоров'я практично здорового військовослужбовця до «безпечного» рівня з використанням немедикаментозних засобів. Головними завданнями психологічного забезпечення щодо запобігання бойовому стресу та здійснення контролю є: формування психологічної стійкості та готовності до впливу психотравмівних чинників бойової обстановки; формування психологічної згуртованості бойових підрозділів; забезпечення необхідного психічного стану під час ведення бойових дій; зниження психогенних втрат та надання психологічної допомоги військовослужбовцям, що отримали бойову психічну травму; проведення психореабілітаційних заходів військовослужбовців після виконання службових обов'язків. Безпосереднє виконання завдань психологічної реабілітації у військових частинах (підрозділах) покладається на офіцерів з морально-психологічного

забезпечення (за їх наявності); офіцерів-психологів (за їх наявності); психологів (за їх наявності); начальників медичної служби; військових священників (капеланів) (за їх наявності). У психологічній реабілітації військовослужбовців виокремлюють такі етапи, як декомпресія та реабілітація в стаціонарних умовах. Основні елементи декомпресії – це психологічне діагностування, психоемоційне та психофізіологічне розвантаження, відновлення психологічної безпеки особистості, соціальна реадаптація. Декомпресія є початковим етапом психологічної реабілітації військовослужбовців, які перебували в екстремальних (бойових) умовах службово-бойової діяльності. Заходи з декомпресії організовує командир (начальник) органу військового управління, у підпорядкуванні якого перебуває військова частина (підрозділ). За 10 діб до початку проведення заходів декомпресії наказом начальника органу військового управління, у підпорядкуванні якого перебуває військова частина (підрозділ), призначається склад робочої групи (далі – робоча група) з офіцерів морально-психологічного забезпечення, офіцерів-психологів, психологів, військових священників (капеланів) та начальника медичної служби для проведення заходів декомпресії. Тривалість проведення заходів декомпресії становить від 3 до 7 діб.

Після виведення з району виконання завдань за призначенням для відновлення бойової готовності (боєздатності) військової частини (підрозділу) розпочинається етап психофізіологічної діагностики військовослужбовців. На цьому етапі особовий склад проходить обов’язкове психодіагностичне обстеження, яке проводять офіцери- психологи, психологи військової частини (підрозділу) та робоча група. Протягом цього етапу з метою проведення з військовослужбовцями реабілітаційних заходів забезпечується перебування їх виключно в розташуванні військової частини (підрозділу). Основними завданнями декомпресії військовослужбовців, що розв’язуються на цьому етапі, є визначення порядку проведення психологічного вивчення і психофізіологічного обстеження відповідно до

Переліку психодіагностичних методик, рекомендованих до застосування, наведених у додатку до цього Положення; виявлення осіб, які потребують психологічної допомоги, та надання їм такої допомоги (за потреби); проведення заходів психоемоційного та психофізіологічного розвантаження; консультування військовослужбовців; проведення консультування керівного складу частин (підрозділів) щодо виконання службових обов'язків військовослужбовців з урахуванням їх психофізіологічних особливостей; проведення заходів психологічної просвіти серед військовослужбовців військових частин (підрозділів). Первинні показники наявності у військовослужбовця БПТ та необхідності направлення його до закладу охорони здоров'я є: неможливість виконання військовослужбовцем службових обов'язків; необ'єктивне оцінювання військовослужбовцем рівня небезпеки; неадекватні поведінкові реакції; деморалізуючий вплив військовослужбовця на особовий склад; створення військовослужбовцем загрози для навколишніх. Підставою для визначення необхідності направлення військовослужбовців до закладу охорони здоров'я також є рекомендації робочих груп, що надаються за результатами проведення психофізіологічної діагностики [45].

Перелік реабілітаційних установ, що надають послуги з психологічної реабілітації, пропонується органом соціального захисту. До послуг із надання психологічної реабілітації належать: психологічна діагностика, психологічна просвіта та інформування, психологічне консультування, психологічна підтримка й супроводження, психотерапія, групова робота. Зазначене питання регулюється відповідно до Закону України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців і членів їх сімей» [31], Постанови Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. No 1057 «Про затвердження Порядку проведення психологічної реабілітації постраждалих учасників Революції Гідності, учасників антитерористичної операції та осіб, які здійснювали заходи із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській

областях», Постанови Кабінету Міністрів України від 12 липня 2017 р. No 497 «Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для здійснення заходів із психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції та постраждалих учасників Революції Гідності» [45, 5–9].

М.М. Слюсаревський зазначає, що серед нинішніх викликів ментальному здоров'ю особистості є поєднання травмівного впливу війни з досвідом переживання пандемії COVID-19 та спричинених нею карантинних заходів [39]. Пандемія коронавірусу з її екстремальним досвідом долання колективного та індивідуального стресу, толерування невизначеності та вимушеної відмови від звичних життєвих практик стали для українських громадян певним щепленням від руйнівної дії надзвичайних ситуацій. Під час пандемії суспільство звикло швидко пристосовуватися, боротися і виживати в несприятливих умовах. Усупереч очікуванням рівень соціальної напруженості, як показали наші дослідження, у 2021 р. виявився помітно нижчим (2,4 бали за 5-бальною шкалою), ніж у доковідному 2018 р. (2,96 балів). Проте затяжний перебіг пандемії призвів до накопичення стресу та психоемоційного виснаження у значної частини суспільства. Повноцінного відновлення громадян після коронакризи так і не відбулося, а її відкладені негативні наслідки у вигляді поширення ірраціональних форм поведінки, упереджень, деструктивних емоційних станів нині накладаються на травмівний досвід війни та ще більше ускладнюють завдання збереження ментального здоров'я; поширення деструктивних емоційних станів.

Фахівці різних служб та інституцій фіксують своєрідну динаміку емоційного реагування людини на війну: після шоку, ступору та цілковитої розгубленості її перших днів зазвичай наступає період гранич ного емоційного піднесення, солідарності та палкої надії на швидку перемогу, який відтак неминуче змінюється депресивною фазою з домінуванням таких станів, як апатія, песимізм, безнадія. Окрім того, постійним емоційним тлом війни для багатьох є важке почуття провини, страх та його деривативи

(панічні атаки, генералізовані тривожні стани), нестерпний гнів та ненависть до ворога. Для людей, що зазнали втрат або травмування, особливу небезпеку становлять гострі стресові реакції, патологічний перебіг горювання. Деструктивний вплив надмірних або патологічних емоційних реакцій на події війни проявляється як у безпосередніх і короткострокових розладах ментального здоров'я, що можуть бути відносно легко ідентифіковані та куповані, так і у формуванні віддалених наслідків, які значно гірше піддаються діагностиці та лікуванню; стресогенні трансформації особистісної картини світу. Напередодні російського вторгнення лише 37% опитаних допускали, що рф може розв'язати повномасштабну війну проти України, 35% не вірили в це, 28% вагалися з відповіддю.

Отже, переважна більшість громадян України виявилася психологічно неготовою до війни як такої, а ще більше – до того рівня жорстокості та варварства, який демонструє ворожа армія. Звичне сприймання світу як надійного й гармонізованого життєвого простору для багатьох перетворилося на повністю зруйноване або принаймні зазнало кардинального перегляду. Руйнування чи трансформація картини світу супроводжується болісними переживаннями, зміною ціннісних пріоритетів, а подеколи й недовірливим або підозріливим ставленням до оточення, знеціненням власного життя, емоційною нестабільністю тощо. Як наслідок послаблюється адаптивний потенціал особистості, що є істотним ризиком для її ментального здоров'я; інтенсифікація та поляризація міжособового спілкування. З одного боку, екстремальні обставини війни сприяють розширенню сфери спілкування з близькими й рідними, зміцненню родинних зв'язків, нівелюванню звичних конфліктів в ім'я більшої згуртованості під час спільної біди. Це фіксують і соціологічні служби, і дослідження окремих психологів. Проте, з іншого боку, загострюються конфронтаційні позиції у просторі соціальних контактів на ціннісно- смисловому рівні (свій-чужий, друг-ворог, перемога-зрада, люди-нелюди, прощення-покарання тощо). Тому в ширших соціальних контекстах часто- густо відбувається поляризація міжособового спілкування,

особливо в соціальних мережах і передусім з родичами та друзями, що мешкають у рф. Це проявляється у викривленні комунікаційної активності (від цілковитої відмови спілкуватися до імпульсивного вираження надмірних емоційних переживань) і теж підриває ментальне здоров'я особистості; ризиковані форми інформаційної поведінки.

Глибоке проникнення інформації, медіа та соціальних мереж у хід ведення сучасної війни перетворює звичайних громадян на потенційні цілі й потенційних співучасників ворожих атак. Одним з ризиків є застосування звичних медіапрактик, зокрема прагнення фіксувати та миттєво поширювати будь-яку інформацію і таким чином несвідомо сприяти ворожим намірам прицільно атакувати об'єкти військової чи критичної цивільної інфраструктури. Іншою небезпекою для психологічного самопочуття вже самої особистості є неконтрольоване споживання медіаконтенту, у тому числі створеного ворожою армією в цілях ведення інформаційної війни; розлади соціальної адаптації та її деструктивні способи. Під впливом воєнних подій у певної частини людей проявляються різноманітні розлади адаптації – у вигляді зниження пристосувальних здібностей, пригнічення пошукової активності тощо [35].

Набувають поширення й більш деструктивні адаптаційні сценарії, що призводять до примноження ризиків і загроз фізичному виживанню й психологічному самопочуттю особистості. Йдеться, зокрема, про свідоме та невмотивоване нехтування безпекою, фаталізм, псевдогероїзм, що фіксують передусім військові психологи. Схильними до таких сценаріїв поведінки значно частіше стають чоловіки, ніж жінки; ризики надмірної трудової зайнятості та незайнятості громадян, волонтерської та приймальної діяльності. З початком війни одні громадяни змушені здійснювати свою трудову діяльність в екстремальних умовах, нерідко наближених до бойових, наприклад під час посівної кампанії. Інші втрачають роботу у зв'язку з неминучим скороченням бюджетної сфери та підприємницької діяльності. Першим загрожує фізичне виснаження та емоційне вигорання, другим –

депресивні стани від вимушеної незайнятості та матеріальної скрути. Хочемо ми це помічати чи ні, умови війни завдають шкоди ментальному здоров'ю також і тих громадян України та зарубіжжя, які залучені до різних форм допомагальної та приймальної волонтерської діяльності через ненормований графік та напружені умови роботи, повсякчасний стрес, численні побутові незручності [39, 10–14].

Належна відповідь на виклики ментальному здоров'ю особистості передбачає: актуалізацію набутого громадянами під час коронакризи конструктивного досвіду долання її негативних психоемоційних та соціальних наслідків; активізацію просвітницьких та психоедукаційних зусиль, спрямованих на формування у громадян психологічних компетентностей щодо безпечної у спричинених війною ситуаціях поведінки, кризової комунікації, культури споживання інформаційної продукції; створення національних центрів спеціалізованої психологічної допомоги, зокрема Національного центру травматерапії за ізраїльським зразком, який має систематизувати та впорядковувати/доопрацьовувати наявні ресурси допомоги населенню (пам'ятки, психоедукаційні продукти, відео/аудіо тощо); перегляд наявних державних програм і проєктів соціального захисту населення з метою обов'язкового включення до них заходів із соціально-психологічної реабілітації; розширення в публічному просторі та індивідуальному психологічному консультуванні когнітивного фрейму війни, тлумачення її як трагічної події, яка водночас оздоровлює людські стосунки, збагачує людей духовно, спонукає їх до посттравматичного особистісного зростання; ухвалення державних стандартів мовлення, що регулюють висвітлення засобами масової інформації чутливих тем військових злочинів, зокрема, тортур, сексуалізованого насильства, масових убивств; охоплення заходами психологічної допомоги не лише тимчасово переміщених та інших осіб, постраждалих від воєнних дій, а й усіх, кому внаслідок надмірного навантаження, порушення звичного укладу життя загрожує емоційне вигорання, зокрема й представників громад, котрі приймають українців, що

рятуються від війни, як в Україні, так і за рубежем; не лише соціальну а й психологічну підтримку людей, які втратили роботу, потерпають від безгрошів'я та вимушеної незайнятості [35, 10–14].

А. Швець, О. Горішна, А. Кіх, Г. Іванцова, О. Горшков, О. Ричка зазначають, що досвід Ізраїлю особливо цікавий для України, адже ця країна веде бойові дії вже кілька десятиліть, і тут чи не найкраща в світі організація психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам і членам їхніх родин [38]. Ще під час війни з Ліваном у 1982 р. військові застосовували принципи надання допомоги постраждалим (BICEPS). Для цього були створені так звані підрозділи відновлення боєздатності (Combat Fitness Retraining Unit), до складу яких входили психіатри, соціальні працівники, клінічні психологи, інструктори зі спорту та бойової підготовки. Важливою умовою є те, що лікар або психолог, які надають допомогу, обов'язково мають бойовий досвід, що дасть змогу встановити більш довірливі стосунки в процесі проведення терапії. Використання принципів BICEPS під час надання допомоги постраждалим із проявами стресових розладів дає змогу повернути до служби майже 85% особового складу, з них близько у 7% можуть бути повторні реакції. В армії Ізраїлю під час війни в Лівані використовували три принципи з шести (наближеність, швидкість, очікуваність). Порівняння підрозділів, в яких дотримували таких принципів, показало, що близько 60 % військових змогли повернутися до виконання професійних обов'язків на противагу 22 % там, де цих принципів не дотримували. Крім того, частина розвитку ПТСР виявилася нижчою на 30%. Показовими щодо зазначеного є порівняльні дані поширеності ПТСР у ветеранів В'єтнамської війни (15,2% після 15 років) і операції в Перській затоці (5% після 2 років). Ізраїльська система психологічної підтримки складається з п'яти великих підрозділів: підрозділ діагностики, профілізації та профорієнтації; служба психологічної підтримки військовослужбовців; підрозділ із реабілітації та роботи з демобілізованими; служба підтримки цивільного населення при кризових ситуаціях; служба роботи з сім'ями

постраждалих. Підрозділ діагностики, профілізації та профорієнтації – найбільший. Його представники відповідають за всебічне медичне обстеження молодих людей, починаючи від 15 років (включно з психологічним тестуванням), і формують медичну карту військового (профіль), що супроводжує його протягом життя. Зміни до карти можна внести лише протягом наступних трьох років після тестування. Первинна психологічна оцінка визначає інтелектуальний рівень розвитку особистості, психологічний і соціальний статус, мотиваційні характеристики та лідерські якості. Усі показники заносять до особової картки, і на їхній основі здійснюється профорієнтація потенційного військовослужбовця в той чи інший рід військ.

З огляду на те, що мотивація до служби в армії в Ізраїлі є досить високою, вступити на військову службу можуть навіть призовники з інвалідністю, а також з психіатричним діагнозом, наприклад, з аутизмом, легкою формою дебільності, шизофренією в тривалій ремісії, синдромом Дауна, афективними розладами тощо. Для таких військовослужбовців розроблено спеціальні методики реабілітації та соціалізації в армійському середовищі. Втім і це важливо розуміти, що армія – не клініка, і медичного супроводу такі військовослужбовці не отримують, але адаптуються вони іноді дуже успішно, і період ремісії в них помітно подовжується. У цьому випадку на армійських психологів і соціальних працівників покладається функція контролю, супроводу й розроблення програм адаптації і м’якої реабілітації таких військовослужбовців. Ізраїльські військові психологи займаються і посткризовим тестуванням, яке проходять всі учасники бойових дій, і діагностикою бойової психічної травми та ПТСР. Підрозділ психологічної підтримки військовослужбовців займається поточною психологічною допомогою, яка спрямована на розвиток стресостійкості особового складу, формування його психологічної готовності до виконання службових і бойових завдань, надання психологічної допомоги військовослужбовцям та членам їхніх сімей, що зазнали впливу

екстремальних чинників службової діяльності. На особливу увагу заслуговує ізраїльська реабілітаційна програма військовослужбовців після демобілізації, спрямована на те, щоб жоден боєць не залишився наодинці навіть із незначною проблемою. Ця програма передбачає підготовку близьких і рідних демобілізованого до його повернення додому. Діяльність підрозділу з реабілітації та роботи з демобілізованими передбачає розроблення реабілітаційних програм, створення та/або підтримку спеціальних центрів анонімної допомоги, супровід військовослужбовців з інвалідністю, супровід бійців із бойовою психічною травмою, надання соціальної допомоги [43, 26–39].

РОЗДІЛ 3
ОРГАНІЗАЦІЯ СИСТЕМИ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО ВІДНОВЛЕННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В УМОВАХ ПОВНОМАСШТАБНОГО РОСІЙСЬКОГО ВТОРГНЕННЯ В УКРАЇНУ

3.1 Показання та протипоказання до проведення психологічної реабілітації військовослужбовців

Аналіз, порівняння, узагальнення, систематизація та інтерпретація отриманих даних дозволили визначити показання та протипоказання до проведення психологічної реабілітації військовослужбовців після виконання завдань в бойових умовах. Різні надзвичайні обставини створюють особливі або екстремальні умови для виконання завдань за призначенням для військовослужбовців, загрозу їх життю, фізичному та психічному здоров'ю [16]. Розрізняють два типи умов, що виникають у професійної діяльності військовослужбовців з високою ймовірністю виникнення психологічного стресу:

- ситуації професійного стресу та професійного вигорання у військовослужбовців пов'язані з тривалою напруженою військово-професійною діяльністю, що супроводжується підвищеними вимогами до психічної витривалості, відповідальності та саморегуляції.

- особливе місце серед психотравмувальних чинників посідають критичні інциденти, під час яких військовослужбовці безпосередньо зіштовхуються з реальною загрозою для власного життя і здоров'я, порушенням власної системи цінностей, а також із небезпекою для життя, здоров'я та благополуччя інших осіб, масовими людськими жертвами та значними матеріальними втратами. Сукупність таких впливів у науковій літературі визначається як бойовий стрес.

Загальним і обов’язковим критерієм для діагностики посттравматичних стресових порушень є факт переживання людиною події, що виходить за межі звичайного людського досвіду та є здатною травмувати психіку практично будь-якої психічно здорової особи. До таких екстремальних стресорів належать стихійні лиха, техногенні та антропогенні катастрофи, а також події, зумовлені цілеспрямованою людською діяльністю, зокрема бойові дії, диверсії, терористичні акти, масове насильство, перебування у місцях незаконного утримання, катувань, концентраційних або таборів смерті. На відміну від цього, під звичайним людським досвідом розуміються життєві події, які, хоча й можуть супроводжуватися значним емоційним напруженням, не мають характеру екстремальної психотравми, зокрема втрата близької людини з природних причин, хронічне тяжке захворювання, втрата роботи або сімейні конфлікти.

У зв’язку з вищевикладеним, основними показаннями до проведення психологічної реабілітації військовослужбовців після виконання завдань в екстремальних (бойових) умовах є встановлений факт переживання подій, що виходили за межі звичайного людського досвіду та мали потенціал психотравмуючого впливу. До таких показань належать, зокрема, безпосереднє переживання моменту загрози для життя та (або) здоров’я військовослужбовця, а також гострі реакції на стрес у вигляді рухової або когнітивної загальмованості, ступору, дезорганізації поведінки чи панічних реакцій, незалежно від подальшого виходу з цих станів. До цієї ж групи належать психічні стани, що потребували надання невідкладної психологічної або медичної допомоги з подальшим амбулаторним чи стаціонарним лікуванням [16].

Важливими показаннями до психологічної реабілітації є також тривалі стани емоційної напруги, що проявляються у формі підвищеної тривожності, постійного занепокоєння, повторюваних нав’язливих переживань психотравмуючих подій, фіксації на них у думках, снах, розмовах із товаришами по службі та родичами. Окремо слід виокремити порушення сну,

які негативно позначаються на самопочутті та працездатності військовослужбовця і потребують медикаментозної корекції.

До показань належить і наростання дратівливості, невмотивованої агресивності, підвищеної конфліктності, а також помірні зміни поведінкових та індивідуально-психологічних характеристик, що призводять до тимчасових порушень соціального функціонування (сімейного, побутового) та (або) ускладнюють службову реадаптацію. Водночас характерною ознакою таких станів є збереження критичного ставлення військовослужбовця до власного психічного стану, а також наявність можливості та бажання контролювати свою поведінку [16].

Показаннями до психологічної реабілітації також є короткочасні вегетативні прояви, що виникають навіть після незначної психоемоційної напруги, зокрема порушення серцевого ритму, коливання артеріального тиску, відчуття ознобу або жару, приступи запаморочення чи головного болю, нудота, відчуття нестачі повітря, непритомні стани, а також різноманітні соматичні відчуття, що супроводжуються підвищеною тривогою за стан власного здоров’я та формуванням іпохондричної фіксації.

Окрему групу показань становлять больові синдроми, які виникають або посилюються після раніше перенесених травм, поранень чи захворювань за відсутності ознак прогресування органічних змін у місцях ушкодження. До них також належить критичне зниження особистісного адаптивного потенціалу, наявність тривожних, песимістичних, депресивних або інших негативних психічних станів, що виявляються під час психодіагностичного обстеження [5].

Вагомими індикаторами потреби у психологічній реабілітації є стійке збереження астенічної симптоматики, зокрема хронічне відчуття втоми, швидка виснажуваність, зниження когнітивних функцій, неуважність, психічна й фізична загальмованість, зниження продуктивності діяльності. Також тривожним сигналом є прогресуюча соціальна ізоляція, прагнення до самоти, обмеження контактів із товаришами по службі та родичами, втрата інтересу до раніше значущих захоплень і видів діяльності.

Таким чином, Вважливим суб’єктивним показником необхідності психологічної реабілітації є оцінка самим військовослужбовцем істотного погіршення психоемоційного та соматичного самопочуття, що супроводжується відчуттям зниження життєвого тонусу, втрати контролю над власним станом та зростанням потреби у психологічній підтримці.

3.2 Умови та принципи організації системи психоемоційного відновлення військовослужбовців в умовах повномасштабного російського вторгнення в Україну

Завершальним етапом наукового дослідження проблеми психоемоційного відновлення військовослужбовців є обґрунтування умов і принципів організації відповідної системи психологічної допомоги, а також представлення авторської програми психоемоційного відновлення, розробленої нами на підставі науково-методологічного аналізу. Саме на цьому рівні теоретичні положення та узагальнені результати аналізу бойового стресу, психологічної травматизації й механізмів відновлення набувають прикладного значення та можуть бути використані в реальній практиці психологічної реабілітації військовослужбовців.

У сучасних умовах повномасштабної війни психологічна реабілітація військовослужбовців потребує системного, структурованого та науково обґрунтованого підходу, орієнтованого не лише на зменшення постстресової симптоматики, а й на відновлення цілісного психоемоційного функціонування особистості. Досвід війни в Україні засвідчує, що фрагментарні або епізодичні психологічні втручання є недостатніми для подолання наслідків хронічного бойового стресу, тривалого виснаження та морально-ціннісних криз. У зв’язку з цим психоемоційне відновлення має організовуватися як цілісна система, інтегрована в загальну модель медико-психологічного забезпечення військовослужбовців.

На початку звернемось до аналізу умов організації систми психоемоційного відновлення вйськовослужбовців.

Організація системи психоемоційного відновлення військовослужбовців в умовах повномасштабного російського вторгнення передбачає дотримання низки ключових умов. Першою з них є системність, що полягає у поєднанні психодіагностики, психокорекції, психологічної реабілітації та подальшого супроводу. Відновлення не може обмежуватися короткотривалими заходами, а має розгортатися як поетапний процес, спрямований на стабілізацію психоемоційного стану, опрацювання травматичного досвіду та відновлення адаптаційного потенціалу.

Другою важливою умовою є доступність психологічної допомоги. Військовослужбовець повинен мати можливість своєчасно отримати підтримку без страху стигматизації або негативних наслідків для професійної діяльності. Це передбачає гнучкі формати роботи, адаптовані до умов воєнного часу, а також формування позитивного ставлення до психологічної допомоги як ресурсу збереження боєздатності та психічного здоров’я [6].

Третьою умовою є створення психологічно безпечного середовища, у межах якого військовослужбовець може відкрито працювати з власними переживаннями, емоціями та внутрішніми конфліктами. Психологічна безпека виступає необхідною передумовою для відновлення емоційної регуляції, довіри та внутрішньої стабільності.

Система психоемоційного відновлення також має ґрунтуватися на низці принципів, серед яких провідне місце посідає принцип індивідуалізації. Він передбачає врахування індивідуального бойового досвіду, рівня психоемоційного виснаження, особистісних ресурсів та актуальних потреб військовослужбовця. Принцип поетапності забезпечує поступовий перехід від стабілізаційних заходів до глибших форм психокорекційної роботи. Принцип ресурсної орієнтації зумовлює фокус не лише на симптомах, а й на відновленні внутрішніх і зовнішніх ресурсів особистості. Принцип інтегративності передбачає поєднання індивідуальної, групової та

тренінгової форм роботи, а принцип безперервності – можливість подальшого психологічного супроводу та профілактики повторної дезадаптації [13].

Відповідно до зазначених умов і принципів, базуючись на розробках українських науковців, інтегруючи їх досвід та напрацювання була розроблена програма психоемоційного відновлення військовослужбовців, спрямована на відновлення психологічної безпеки особистості в умовах підвищеної небезпеки.

Програма побудована на уявленні про психологічну безпеку як інтегративний психоемоційний стан, що поєднує відчуття внутрішньої захищеності з можливістю самореалізації, збереження смислів і цілеспрямованої активності навіть за умов тривалого бойового стресу.

Метою розробленої програми є відновлення психоемоційної рівноваги військовослужбовців, зниження рівня постстресових проявів, підвищення нервово-психічної стійкості та формування внутрішніх ресурсів для подальшого професійного й соціального функціонування.

Програма ґрунтується на поєднанні ресурсного, особистісно-орієнтованого та системного підходів і реалізується у форматі психологічного тренінгу психоемоційного відновлення.

Основними завданнями програми є:

- відновлення емоційної саморегуляції;
- зниження рівня тривожності та психоемоційного напруження;
- нейтралізація агресивних і імпульсивних реакцій;
- формування толерантності у міжособистісній взаємодії;
- зниження ризику психологічної дезадаптації в умовах екстремальної діяльності;
- підвищення усвідомленого контролю поведінки та мотиваційно-вольової активності.

Зміст програми структуровано навколо чотирьох взаємопов’язаних компонентів, робота з якими забезпечує цілісне психоемоційне відновлення.

Першим є компонент внутрішнього комфорту, спрямований на відновлення відчуття психологічної рівноваги та задоволеності актуальним станом власного «Я».

Другим є ціннісно-смисловий компонент, що забезпечує актуалізацію життєвих пріоритетів і дозволяє інтегрувати травматичний досвід у ширший життєвий контекст. Його основне завдання полягає в актуалізації життєвих пріоритетів особистості та інтеграції травматичного досвіду у ширший життєвий і біографічний контекст. Саме ціннісно-смислова сфера виступає внутрішньою опорою, що дозволяє військовослужбовцю зберігати психологічну цілісність і суб'єктивне відчуття сенсу життя навіть в умовах екстремальної загрози та втрат.

Третім є мотиваційно-вольовий компонент, орієнтований на усвідомлення власних цілей, можливостей і ефективний перерозподіл психічної енергії в умовах підвищеного стресового навантаження. Саме мотиваційно-вольова сфера забезпечує здатність особистості до цілеспрямованої діяльності, прийняття рішень і самоконтролю в ситуаціях невизначеності та небезпеки, що є критично важливим для збереження професійної дієздатності військовослужбовців.

У психології мотивація розглядається як система внутрішніх спонукань, що визначає спрямованість, інтенсивність і тривалість діяльності, тоді як воля виступає механізмом свідомого регулювання поведінки, особливо в умовах перешкод і внутрішніх конфліктів. Класичні праці підкреслюють, що вольова регуляція тісно пов'язана зі смисловою структурою діяльності: чітке усвідомлення мети надає діям особистісної значущості й мобілізує психічні ресурси. В умовах бойового стресу руйнування цільової перспективи або відчуття безпорадності призводить до дезорганізації поведінки, зниження самоконтролю та втрати мотиваційної спрямованості.

З позицій теорії саморегуляції, мотиваційно-вольовий компонент відіграє роль внутрішнього механізму, що дозволяє людині підтримувати

активність попри втому, страх і виснаження. А. Бандура наголошує, що ключовим чинником збереження мотивації є самоефективність – переконання особистості у власній здатності впливати на перебіг подій і досягати поставлених цілей. Зниження рівня самоефективності, характерне для осіб з тривалим травматичним досвідом, супроводжується пасивністю, униканням складних завдань і швидким виснаженням. Відповідно, робота з мотиваційно-вольовою сферою спрямована на відновлення відчуття контролю та внутрішньої активності.

Важливим аспектом мотиваційно-вольового компонента є усвідомлення обмеженості психічних ресурсів і необхідності їх раціонального використання. У сучасних концепціях стресу та саморегуляції підкреслюється, що в умовах хронічної небезпеки та перевантаження надмірна мобілізація призводить до швидкого виснаження й зниження ефективності діяльності. З цієї точки зору, ефективний перерозподіл психічної енергії передбачає відмову від неадаптивної гіперконтролюючої поведінки та зосередження зусиль на дійсно значущих і контрольованих аспектах діяльності. Таке розуміння узгоджується з положеннями теорії збереження ресурсів С. Гобфолла, відповідно до якої збереження й відновлення ресурсів є ключовою умовою психологічної стійкості.

У межах розробленої програми психоемоційного відновлення мотиваційно-вольовий компонент реалізується через формування навичок постановки реалістичних цілей, пріоритизації завдань та розвитку здатності до свідомого управління власною активністю. Особливу увагу приділено навчанню військовослужбовців розрізняти сфери, на які вони можуть безпосередньо впливати, та ті, що не піддаються контролю, що дозволяє зменшити рівень фрустрації та знизити емоційне напруження. Такий підхід сприяє формуванню більш адаптивних моделей поведінки та збереженню внутрішньої енергії для вирішення критично важливих завдань. З точки зору сучасних досліджень посттравматичного відновлення, відновлення мотиваційно-вольової регуляції є одним із ключових предикторів успішної

реадаптації. Дослідники відзначають, що здатність зберігати цілеспрямованість, приймати рішення та підтримувати активну життєву позицію навіть за наявності постстресових симптомів істотно знижує ризик хроніфікації психологічних порушень і сприяє поверненню до ефективного функціонування. У цьому контексті мотиваційно-вольовий компонент виконує роль «містка» між внутрішнім психоемоційним станом та реальними діями особистості.

Отже, мотиваційно-вольовий компонент у структурі програми психоемоційного відновлення забезпечує відновлення здатності військовослужбовців до цілеспрямованої, усвідомленої та енергетично збалансованої діяльності. Його актуалізація сприяє зменшенню проявів безпорадності, підвищенню самоефективності, оптимізації використання психічних ресурсів і створює психологічні передумови для стійкого відновлення та подальшого професійного функціонування в умовах тривалої воєнної загрози.

Четвертим є морально-комунікативний компонент, який сприяє відновленню конструктивної взаємодії з оточенням, довіри та соціальної підтримки як одного з провідних ресурсів психологічної стійкості. В умовах бойових дій саме порушення міжособистісних зв’язків, відчуження та зниження рівня довіри часто виступають факторами, що посилюють психоемоційне виснаження і сприяють розвитку дезадаптивних форм поведінки.

У психологічних дослідженнях підкреслюється, що соціальна взаємодія та відчуття приналежності до групи виконують потужну протективну функцію у ситуаціях тривалого стресу. За даними теорії соціальної підтримки, наявність значущих соціальних контактів знижує інтенсивність тривожних і депресивних переживань, сприяє відновленню емоційної рівноваги та підвищує суб’єктивне відчуття безпеки. Для військовослужбовців особливого значення набуває підтримка з боку бойових побратимів, командирів і найближчого соціального оточення, що забезпечує не лише емоційну, а й моральну опору [23].

Морально-комунікативний компонент також пов’язаний із відновленням моральних орієнтирів і нормативної регуляції поведінки, які можуть зазнавати деформації внаслідок тривалого перебування в екстремальних умовах. У науковій літературі зазначається, що бойовий досвід може супроводжуватися феноменами моральної дезорієнтації, зниженням чутливості до соціальних норм або внутрішніми моральними конфліктами. Робота в межах цього компонента спрямована на узгодження особистісних цінностей із соціально прийнятними формами поведінки, що сприяє зниженню внутрішньої напруги та запобіганню міжособистісним конфліктам.

Програма розрахована на середньострокову реалізацію (від 4 до 8 тижнів) з можливістю адаптації тривалості та інтенсивності залежно від стану учасників і умов служби. Представимо структуру програми психологічного тренінгу психоемоційного відновлення військовослужбовців у вигляді таблиці 3.1.

Таблиця 3.1 – Структура психологічного психологічного тренінгу психоемоційного відновлення військовослужбовців

Етап / блок тренінгу	Зміст тренінгової роботи	Основні цілі та завдання
Діагностичний блок	Первинна психодіагностика психоемоційного стану, рівня нервово-психічної стійкості та суб’єктивного відчуття психологічної безпеки	Визначення вихідного рівня психологічної безпеки особистості, виявлення ключових проблемних зон та ресурсів
Блок внутрішнього комфорту	Вправи на усвідомлення емоційних станів, саморегуляцію, релаксацію та відновлення внутрішньої рівноваги	Зниження психоемоційної напруги, стабілізація емоційного стану, формування відчуття внутрішнього комфорту
Ціннісно-смисловий блок	Робота з особистісними цінностями, життєвими пріоритетами та смислами, осмислення травматичного досвіду	Відновлення смислової опори, формування здатності виходити за межі травмуючої ситуації

Продовження таблиці 3.1

Мотиваційно-вольовий блок	Усвідомлення власних цілей, можливостей їх досягнення, розвиток вольових механізмів і самоконтролю	Підвищення мотиваційної активності, ефективний розподіл психічної енергії, розвиток цілеспрямованості
Морально-комунікативний блок	Групові вправи на розвиток комунікативних навичок, довіри, соціальної підтримки та моральної взаємодії	Покращення міжособистісних відносин, зниження конфліктності, відновлення соціальних зв’язків
Підсумковий блок	Рефлексія результатів, обговорення змін психоемоційного стану, формування індивідуальних рекомендацій	Оцінка ефективності тренінгу, закріплення позитивних змін, планування подальшого психоемоційного відновлення

Отже, розроблена програма психоемоційного відновлення є комплексною за змістом і може застосовуватися в умовах реабілітаційних центрів, підрозділів психологічного забезпечення Збройних Сил України, а також у межах післяротаційного або міжротаційного відновлення військовослужбовців. У межах розробленої програми психоемоційного відновлення морально-комунікативний компонент реалізується переважно у груповому форматі, що створює умови для безпечного обміну досвідом, взаємної підтримки та формування відчуття спільності. Такий формат дозволяє військовослужбовцям усвідомити універсальність власних переживань, знизити почуття ізольованості та відновити довіру до соціального середовища. І саме тому морально-комунікативний компонент виконує важливу інтегративну функцію у структурі програми психоемоційного відновлення, поєднуючи внутрішні психологічні процеси з соціальним контекстом життєдіяльності військовослужбовця. Його актуалізація сприяє відновленню соціальних зв’язків, зниженню дезадаптивних проявів, підвищенню рівня психологічної безпеки особистості та створює передумови для стійкого психоемоційного відновлення в умовах

повномасштабної війни. Очікуваними результатами реалізації програми є стабілізація психоемоційного стану військовослужбовців, зниження рівня тривожності та виснаження, підвищення нервово-психічної стійкості, відновлення здатності до саморегуляції, покращення комунікативних навичок і зниження ризику психологічної дезадаптації. Таким чином, запропонована така спеціально організована програма може розглядатися як ефективний інструмент психоемоційного відновлення військовослужбовців в умовах повномасштабної війни, та надавати ресурсів військовослужбовцям із метою їх психоемоційного відновлення.

ВИСНОВКИ

У магістерській роботі здійснено комплексний теоретичний аналіз проблеми психоемоційного відновлення військовослужбовців в умовах повномасштабного російського вторгнення в Україну та обґрунтовано психологічні умови й принципи організації ефективної системи їх психоемоційного відновлення. Актуальність дослідження зумовлена безпрецедентним масштабом і тривалістю бойових дій, що супроводжуються інтенсивним психоемоційним навантаженням, хронічним стресом, виснаженням адаптаційних ресурсів і зростанням ризику психологічної травматизації військовослужбовців.

У межах першого завдання проаналізовано наукові підходи до проблеми психологічної травматизації та психоемоційних порушень у військовослужбовців в умовах бойових дій. Встановлено, що бойовий стрес має комплексний характер і поєднує вплив екстремальних подій, тривалого перебування у ситуації загрози життю, втрат, фізичного та психічного виснаження. Узагальнення результатів вітчизняних і міжнародних досліджень засвідчило, що психоемоційні порушення військовослужбовців проявляються у формі посттравматичних стресових розладів, тривожних і депресивних станів, астенізації, порушень саморегуляції, міжособистісних ускладнень і зниження адаптаційного потенціалу. Особливу роль у розвитку дезадаптації відіграє хронічний характер бойового стресу та недостатність умов для своєчасного психологічного відновлення.

У процесі виконання другого завдання розкрито психологічний зміст і особливості психоемоційного відновлення військовослужбовців. На основі систематизації наукових підходів встановлено, що психоемоційне відновлення не може зводитися лише до редукції симптомів психологічної травми. У даній роботі психоемоційне відновлення визначається як системний, поетапний і динамічний процес відновлення психоемоційної

рівноваги, емоційної саморегуляції, адаптаційних і ресурсних можливостей особистості після впливу бойового стресу, який забезпечує здатність військовослужбовця до ефективного професійного функціонування, соціальної взаємодії та подальшої життєвої адаптації. Таке розуміння поєднує ресурсний, особистісно-орієнтований і системний підходи та відповідає сучасним концепціям психологічної безпеки й резильєнтності.

У межах третього завдання обґрунтовано умови, принципи та організаційні засади системи психоемоційного відновлення військовослужбовців в умовах повномасштабної війни. Обгрунтовано, що ефективність такої системи визначається дотриманням низки ключових умов, зокрема системності, доступності психологічної допомоги, створення психологічно безпечного середовища та інтеграції відновлювальних заходів у загальну структуру медико-психологічного забезпечення. Сформульовано базові принципи організації психоемоційного відновлення, серед яких провідними є принципи індивідуалізації, поетапності, ресурсної орієнтації, інтегративності та безперервності психологічного супроводу.

Відповідно до мети та гіпотези дослідження, у роботі розроблено авторську структуру програми психоемоційного відновлення військовослужбовців, побудовану на концепції психологічної безпеки особистості як інтегративного стану, що поєднує відчуття внутрішньої захищеності з можливістю самореалізації в умовах підвищеної небезпеки. Обґрунтовано, що така програма має комплексний характер і базується на взаємодії чотирьох взаємопов’язаних компонентів.

Першим компонентом є компонент внутрішнього комфорту, спрямований на відновлення емоційної рівноваги, зниження психоемоційної напруги та формування навичок саморегуляції. Другим є ціннісно-смисловий компонент, який забезпечує актуалізацію життєвих пріоритетів, інтеграцію травматичного досвіду у ширший життєвий контекст і збереження смислової цілісності особистості. Третім виступає мотиваційно-вольовий компонент, орієнтований на усвідомлення власних цілей, відновлення самоефективності

та раціональний перерозподіл психічної енергії в умовах хронічного навантаження. Четвертим є морально-комунікативний компонент, спрямований на відновлення довіри, соціальної підтримки, конструктивної взаємодії з оточенням і нормативної регуляції поведінки.

Розроблена структура програми психоемоційного відновлення є комплексною та може застосовуватися в умовах реабілітаційних центрів, підрозділів психологічного забезпечення Збройних Сил України, а також у межах післяротаційного та міжротаційного відновлення військовослужбовців. Програма розрахована на середньострокову реалізацію з можливістю адаптації тривалості та інтенсивності залежно від психоемоційного стану учасників і умов служби. Очікуваними результатами її впровадження є стабілізація психоемоційного стану, зниження рівня тривожності та виснаження, підвищення нервово-психічної стійкості, відновлення адаптаційного потенціалу та зменшення ризику психологічної дезадаптації.

Отже, гіпотеза дослідження підтверджена на теоретико-методологічному рівні. Обгрунтовано, що ефективність психоемоційного відновлення військовослужбовців в умовах повномасштабного російського вторгнення в Україну зумовлюється організацією цілісної, системної та науково обґрунтованої психологічної реабілітації, побудованої на принципах психологічної безпеки, ресурсної орієнтації, поетапності та індивідуалізації. Отримані результати мають теоретичне й практичне значення та можуть бути використані для подальшого розвитку системи психологічного забезпечення військовослужбовців у воєнний та післявоєнний періоди.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаєва Н. А. Психологічні засади реабілітації військовослужбовців після бойових дій. *Проблеми сучасної психології*. 2019. № 44. С. 12–22.

2. Алещенко В., Хміляр О. Психологічна реабілітація військовослужбовців з постстресовими психічними розладами : навчальний посібник. Харків : ХУПС, 2005. 84 с.

3. Бочелюк В. Й., Панов М. С., Сербін Ю.В. Медико-психологічна реабілітація військовослужбовців з посттраватичними стресовими розладами. *Перспективи та іновації науки*. 2022. № 12 (17). С. 270-280.

4. Боярин Л.В. Поняття посттравматичного стресового розладу: історія становлення. *Психологічна допомога особам, які беруть участь в антитерористичній операції*. 2016. С. 135-137. URL : https://surl.lt/tbemmf

5. Блінов О. Психологія бойової психічної травми : монографія. Київ : Талком, 2016. 246 с. URL : https://surl.li/slfpij

6. Богомолець О. В. Поширеність та структура посттравматичних психічних порушень в учасників бойових дій. *Національна программа охорони психічного здоров'я. Важливі кроки на шляху перетворення*. Київ : Нейроньюс, 2017. С. 105–112.

7. Власенко І.А., Фурман В.В., Рева О.М, Канюка І.О. Психологічне здоровя студнтської молоді. Вінниця : Твори, 2022. 224 с.

8. Вдовіченко О. М., Соколова І. В. Психологічна підтримка ветеранів війни: міжнародний досвід. *Соціальна психологія*. 2023. № 1. С. 41–52.

9. Губенко О. В. Психологічна реабілітація як складова системи національної безпеки. *Вісник НАДУ*. 2020. № 3. С. 98–105.

10. Грішин Е.О. Резилієнтність особистості: сутність феномену, психодіагностика та засоби розвитку. *Вісник ХНПУ. імені Г.С. Сковороди. Психологія.* Випуск 64. 2021. С. 62–81

11. Дідик Н. Ф. Вплив сімейних проблем на психологічний стан військовослужбовців під час АТО. *Наукові студії із соціальної та політичної психології*. 2018. Вип. 41 (44). С. 68-80. URL : https://ispp.org.ua/wp-content/uploads/2019/11/Nsspp_2018_4144.pdf

12. Єгоров П. М. Психологія стресу та адаптації. Київ : Академвидав, 2017. 256 с.

13. Кокун О. М. Психологічна стійкість військовослужбовців: теорія і практика. Київ : НУОУ, 2020. 280 с.

14. Кокун О. М., Агаєва Н. А., Приходько І. І., Мацегора Я. В. Психологічна реабілітація військовослужбовців після участі в бойових діях. Київ : Освіта, 2017. 214 с.

15. Колесніченко О. С. Психологічна безпека особистості в екстремальних умовах діяльності. Харків : ХНУВС, 2019. 256 с.

16. Колесніченко О. С., Приходько І. І., Мацегора Я. В. Психологічна реабілітація військовослужбовців після виконання службово-бойових завдань. Київ : НУОУ, 2021. 312 с.

17. Коробка Л.М. Громадське здоров’я та його підтримання як умова адаптації спільноти до наслідків воєнного конфлікту. *Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи*. 2020. С. 70-72.

18. Кострулiна Ю. С. Від «воєнного неврозу» до ПТСР. *Особистість в екстремальних умовах*. 2019. С. 20-24. URL : https://surl.li/loicce

19. Кісарчук З.Г. Психологічна допомога постраждалим унаслідок травмівних подій: досвід, узагальнення, висновки. *Актуальні проблеми психології*. 2015. Вип. 11. С. 7-20.

20. Лабунська В. В. Психологія спілкування і міжособистісних відносин. Київ : Либідь, 2016. 384 с.

21. Лазос Г. П. Резільєнтність: концептуалізація понять, огляд сучасних досліджень. *Актуальні проблеми психології*. Том 3. Серія : Консультативна психологія і психотерапія. 2018. Вип. 14. С. 26–64

22. Наугольник Л. Б. Психологія стресу: підручник. Львів : Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.

23. Основи військової психології: навч. посіб. / Г. В. Бондарев, П. П. Круть. Харків : нац. ун-т внутр. Справ, 2020. 272 с.

24. Максименко С. Д. Загальна психологія. Київ : Центр учбової літератури, 2017. 448 с.

25. Максименко С. Д. Психологія особистості в умовах соціальних криз. Київ : НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2018. 298 с.

26. Мацегора Я. В. Психологічні механізми адаптації військовослужбовців до бойових умов. *Психологія і суспільство*. 2021. № 4. С. 77–88.

27. Матяш М. М. Особливості посттравматичного стресового розладу в учасників антитерористичної операції - український синдром. *Лікарська справа*. 2014. № 12. С. 39-45.

28. Паскевська Ю. А. Резилієнтність як психологічний ресурс персоналу пенітенціарних установ. *Psychological journal*. Вип. 8(1), 2022. С. 110–119

29. Немерофф Ч. Б., Шерін Дж. Є. Нейробіологічні аспекти ПТСР. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2011. Т. 13, № 3. С. 263–278.

30. Приходько І. І. Психологічна допомога в умовах війни. Харків : ФОП Панов, 2022. 240 с.

31. Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту : Закон України від 22.10.1993р. No 3552-XII, *Відомості Верховної Ради України,* 1993, № 45. Ст.425

32. Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація: методичні рекомендації / уклад.: Волошин П.В., Шестопалова Л.Ф., Підкоритов В.С. та ін. Харків, 2002. 375 с.

33. Радецька Л., Лаба І., Смачило А., Нечаєва О. Психологічні наслідки бойової травми. *Медична психологія*. 2020. № 2. С. 33–41.

34. Стрес і людина: медико-психологічна допомога при стресових розладах : метод. посібник / за ред. Пінчук І.Я. та ін. Київ, 2014. 256 с.

35. Слюсаревський М.М. Соціально-психологічний стан українського суспільства в умовах війни. Київ : ІСПП НАПН України, 2022. 112 с.

36. Тедеші Р. Г., Калхун Л. Г. Посттравматичне зростання. *Psychological Inquiry*. 2004. Т. 15. № 1. С. 1–18.

37. Хамініч О.М. Резильєнтність: життєстійкість, життєздатність або Резильєнтність? *Науковий вісник Херсонського державного університету*. 2016. Вип. 6. Т. 2. С. 160-165.

38. Швець А. В., Горішна О. М. Системи психологічної реабілітації військовослужбовців у країнах НАТО. *Український психологічний журнал*. 2021. № 2. С. 56–67.

39. Ягупов В. В. Військова психологія. Київ : Тандем, 2004. 656 с.

40. Якимець В. М., Печиборщ В.П., Вороненко В. П., Якимець В.В., Печиборщ О. В., Никоненко А. В., Слабкий Г. О. Гарантована психологічна допомога та реабілітація військовослужбовців – складова національної безпеки. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України.* 2022. № 3 (93). С. 41–50.

41. Ярема Н.Ю. Психологічне здоров'я особистості. *Юридична психологія*, № 2, 2015. С. 106–113.

42. American Psychiatric Association. DSM-5. Washington, DC : APA, 2013. 947p.

43. Brewin C. R., Andrews B., Valentine J. Meta-analysis of PTSD risk factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000. Vol. 68. P. 748–766.

44. Bandura A. Social foundations of thought and action. Englewood Cliffs : Prentice Hall, 1986. 617 p.

45. Bonanno G.A. Loss, Trauma, and Human Resilience. Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *American Psychologist*, 2004. № 59.1. P. 20–28.

46. Brewin C. R. Posttraumatic stress disorder. *Lancet*. 2019. Vol. 393. P. 228–238.

47. Bryant R. A. Post-traumatic stress disorder: a state-of-the-art review. *The British Journal of Psychiatry*. 2019. Vol. 215. P. 1–7.

48. Cloitre M. Effective psychotherapies for PTSD. New York: Guilford Press, 2015. 322p.

49. Ehlers A., Clark D. M. Cognitive model of PTSD. *Behaviour Research and Therapy*. 2000. Vol. 38. P. 319–345.

50. Figley C. R. Compassion fatigue. New York : Brunner/Mazel, 1995. 268 p.

51. Foa E. B. et al. Effective treatments for PTSD. New York : Guilford Press, 2009. 658p.

52. Janoff-Bulman R. Shattered assumptions. New York : Free Press, 1992. 256 p.

53. Joseph S., Linley P. Trauma, recovery, and growth. Hoboken : Wiley, 2008. 394p.

54. Hobfoll S. E. et al. Five essential elements of immediate intervention. *Psychiatry*. 2007. Vol. 70. P. 283–315.

55. Herman J. L. Trauma and recovery. New York : Basic Books, 1992. 276 p.

56. Hoge C. W. et al. Combat duty and mental health. *New England Journal of Medicine*. 2004. Vol. 351. P. 13–22.

57. Kalisch R. et al. The resilience framework. *Behavioral and Brain Sciences*. 2017. Vol. 40. P. 1–79.

58. Kleim B., Ehlers A. Reduced autobiographical memory specificity. *Journal of Abnormal Psychology*. 2008. Vol. 117. P. 55–67.

59. Lazarus R. S. Emotion and adaptation. New York : Oxford University Press, 1991. 557p.

60. Litz B. T. et al. Moral injury and moral repair. *Clinical Psychology Review*. 2009. Vol. 29. P. 695–706.

61. McEwen B. S. Stress and the brain. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2007. Vol. 1148. P. 1–20.

62. Meichenbaum D. Stress inoculation training. New York: Pergamon Press, 1985. 332 p.

63. Miller L. Spirituality and trauma recovery. *Journal of Loss and Trauma*. 2003. Vol. 8. P. 201–222.

64. Padesky C. A., Mooney K. Strengths-based cognitive therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2012. Vol. 26. P. 1–16.

65. Pargament K. I. Spiritually integrated psychotherapy. New York : Guilford Press, 2007. 402 p.

66. Ruzek J. I. et al. Interventions following mass violence. *Journal of Traumatic Stress*. 2007. Vol. 20. P. 101–112.

67. Shalev A. Y. et al. Prevention of PTSD. *American Journal of Psychiatry*. 2012. Vol. 169. P. 156–165.

68. Southwick S. M., Charney D. S. Resilience. Cambridge: Cambridge University Press, 2012. 384 p.

69. Southwick S. M. et al. Resilience definitions and challenges. *European Journal of Psychotraumatology*. 2014. Vol. 5. P. 1–14.

70. Tedeschi R. G., Moore B. Posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress*. 2020. Vol. 33. P. 1–10.

71. Van der Kolk B. A. Developmental trauma disorder. *Psychiatric Annals*. 2005. Vol. 35. P. 401–408.

72. Weiss D. S. The impact of event scale. *Assessing Psychological Trauma and PTSD*. 2007. P. 168–189.

73. WHO. Guidelines for the management of conditions related to stress. Geneva : World Health Organization, 2013. 103 p.

74. Wilson J. P., Keane T. M. Assessing psychological trauma. New York : Guilford Press, 2004. 552 p.

75. Yalom I. D. Staring at the sun. San Francisco : Jossey-Bass, 2008. 288 p.

76. Yehuda R. Post-traumatic stress disorder. *New England Journal of Medicine*. 2002. Vol. 346. P. 108–114.

77. Zautra A. J. et al. Resilience to chronic stress. *Journal of Personality*. 2010. Vol. 78. P. 1–38.

78. Zohar D., Luria G. Safety climate. *Journal of Applied Psychology*. 2005. Vol. 90. P. 616–628.