МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА БАКАЛАВРА

на тему: ПСИХОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОЯВУ СТРЕСУ СЕРЕД ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Виконала: студентка IV курсу,
групи 6.0531
спеціальності: 053 Психологія
освітньої програми: Психологія
Богдан Юлія Олексіївна
Науковий керівник: Залановська Л.І.,
к..психол.н., доцент кафедри психології
Рецензент: Мосол Н.О., к.психол.н.,
доцент кафедри психології

Запоріжжя
2025

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології
Кафедра психології
Рівень вищої освіти бакалаврський
Спеціальність 053 Психологія
Освітня програма Психологія

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри психології
_____
к.психол.н., доцент. Н.О. Губа
«____»_____2025р.

З А В Д А Н Н Я

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ

Богдан Юлії Олексіївні

Тема роботи Психологічний аналіз прояву стресу серед військовослужбовців
керівник роботи Залановська Л. І. к.психол.н., доцент кафедри психології
затверджені наказом ЗНУ від «27» 01 2025 року № 134—с
2. Строк подання студентом роботи _____
3. Вихідні дані до роботи аналіз психолого-педагогічної літератури.
4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: Зміст розрахунково-пояснювальної записки: розкрити сутність і класифікацію стресу в психологічній науці; охарактеризувати психологічні особливості професійної діяльності військовослужбовців як чинник виникнення стресових станів; проаналізувати механізми психологічної адаптації до стресу в умовах військової служби; емпірично дослідити рівень стресу серед військовослужбовців; визначити вплив професійного досвіду, віку та інших чинників на прояв стресу; розробити шляхи профілактики та подолання стресових станів у військовослужбовців; окреслити перспективи впровадження програм психологічної підтримки у Збройних Силах України.
5. Перелік графічного матеріалу: 8 таблиць, 3 рисунки

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання Видав	Завдання Прийняв
Вступ	Залановська Л.І. доцент		
Розділ 1	Залановська Л.І. доцент		
Розділ 2	Залановська Л.І. доцент		
Висновки	Залановська Л.І. доцент		

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	лютий 2025 р.	Виконано
2	Робота над вступом	березень 2025 р.	Виконано
3	Робота над першим розділом	березень 2025 р.	Виконано
4	Робота над другим розділом	квітень-травень 2025 р.	Виконано
5	Написання висновків	червень 2025 р.	Виконано
6	Передзахист	червень 2025 р.	Виконано
7	Нормоконтроль	червень 2025 р.	Виконано

Студент _____ Ю. О. Богдан

Керівник роботи _____ Л. І. Залановська

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ А.О. Неманежина

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота бакалавра: 61 сторінка, 3 рисунка, 8 таблиць, 25 джерел, 1 додаток.

Об’єкт дослідження – прояви стресових станів у військовослужбовців.

Предмет дослідження – психологічні особливості прояву, динаміки та подолання стресу у військовослужбовців залежно від індивідуальних, соціальних та професійних чинників.

Мета дослідження – здійснити психологічний аналіз проявів стресу серед військовослужбовців та обґрунтувати шляхи його профілактики і подолання з урахуванням специфіки військової діяльності.

Гіпотеза дослідження – рівень стресу у військовослужбовців зменшується зі зростанням бойового досвіду, віку, посадового статусу, наявності психологічної підготовки та рівня соціальної підтримки.

Методи дослідження: теоретичні (аналіз літературних джерел, узагальнення наукових підходів), емпіричні (психодіагностичне тестування за шкалами PCL-5, Mississippi Scale for Combat-Related PTSD, IES-R), кількісний і якісний аналіз, порівняння, узагальнення.

Наукова новизна полягає у виявленні специфіки проявів стресових реакцій серед військовослужбовців, залежно від індивідуальних характеристик та професійного досвіду, з акцентом на використання сучасних психодіагностичних інструментів для комплексної оцінки симптоматики.

Практичне значення дослідження полягає у можливості застосування отриманих результатів у розробці програм психологічної підтримки, системі військової психологічної допомоги, психопрофілактичних заходах та підвищенні рівня психологічної стійкості військових.

СТРЕС, ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІ, ПСИХОЛОГІЧНА АДАПТАЦІЯ, ПТСР, ПСИХОДІАГНОСТИКА, СТРЕСОСТІЙКІСТЬ, СОЦІАЛЬНА ПІДТРИМКА, ПРОФІЛАКТИКА, ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА, ЗБРОЙНІ СИЛИ УКРАЇНИ.

SUMMARY

Bohdan Y. O. Psychological analysis of stress manifestations among military personnel.

Bachelor's qualification work: 61 pages, 3 figures, 8 tables, 25 sources, 1 appendix.

The object of the research is the manifestations of stress states in military personnel.

The subject of the research is the psychological characteristics of the manifestation, dynamics, and coping with stress in military personnel, depending on individual, social, and professional factors.

The purpose of the research is to conduct a psychological analysis of stress manifestations among military personnel and to substantiate methods for its prevention and overcoming, taking into account the specifics of military service.

The research hypothesis: the level of stress in military personnel decreases with increasing combat experience, age, rank, psychological preparedness, and the level of social support.

Research methods: theoretical (analysis and synthesis of scientific literature, generalization, classification) and empirical (testing using PCL-5, Mississippi Scale for Combat-Related PTSD, IES-R); statistical data analysis (quantitative and qualitative methods, comparison, generalization).

Scientific novelty lies in a comprehensive psychological study of stress reactions in military personnel, focusing on the influence of service experience, social support, and individual characteristics, and in the application of modern diagnostic tools for evaluating stress levels and PTSD symptoms. Practical significance. The obtained results can be used in the development of psychological support programs, preventive and corrective strategies for reducing stress levels among military personnel. The findings are valuable for military psychologists, commanders, rehabilitation professionals, and mental health specialists involved in the preparation, adaptation, and post-combat recovery of

service members. The recommendations developed can also be implemented in military units and support centers to improve psychological resilience and operational readiness.

Keywords: stress, military personnel, psychological adaptation, PTSD, psychodiagnostics, stress resilience, coping strategies, social support, psychological assistance, Armed Forces of Ukraine.

ЗМІСТ

ВСТУП……...8
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ СТРЕСУ ТА ЙОГО ПРОЯВІВ……..…11
1.1. Поняття стресу у психологічній науці…..……...11
1.2. Класифікація стресових станів і їх психологічні характеристики……...14
1.3. Психологічні особливості професійної діяльності військовослужбовців...19
1.4. Механізми психологічної адаптації до стресу……..…..22
РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВУ СТРЕСУ СЕРЕД ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ……...26
2.1. Організація та методики дослідження……..……..26
2.2. Аналіз рівня стресу серед військовослужбовців за результатами дослідження……...33
2.3. Вплив професійного досвіду, віку та інших чинників на прояв стресу…...39
РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ ЗНИЖЕННЯ РІВНЯ СТРЕСУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ……...44
3.1. Психологічні методи профілактики та подолання стресу…….....44
3.2. Рекомендації для психологічної підтримки військовослужбовців……...49
3.3. Перспективи розвитку психологічних програм підтримки у ЗСУ……...53
ВИСНОВКИ…….…….56
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ…….……....69
ДОДАТКИ……..62

ВСТУП

Сучасна військово-політична ситуація в Україні, зумовлена повномасштабною агресією російської федерації, значно підсилила питання збереження психологічного здоров’я військових. Служба у Збройних силах України передбачає постійну готовність до дій в умовах надвисокого ризику, що супроводжується фізичними перевантаженнями, психологічною напругою, тривалим перебуванням у стані загрози життю та постійною відповідальністю за життя побратимів. Усе це спричиняє інтенсивний вплив стресових чинників, які суттєво порушують адаптивні можливості особистості та можуть призводити до формування стійких деструктивних психоемоційних станів.

Актуальність теми дослідження обумовлена необхідністю глибшого розуміння психологічної природи стресу в контексті військової служби, своєчасного виявлення ознак хронічного стресу у військовослужбовців та впровадження ефективних психопрофілактичних і психокорекційних заходів. З огляду на зростання кількості бойових завдань, мобілізацію великої кількості цивільного населення та необхідність підтримки високого рівня боєздатності, проблема психологічної стійкості, адаптації та подолання стресових реакцій у Збройних силах України стає стратегічно важливою.

Об'єктом дослідження є процеси прояву та розвитку стресових станів у військовослужбовців в умовах професійної діяльності.

Предметом дослідження є психологічні особливості прояву, динаміки та подолання стресу у військовослужбовців залежно від індивідуальних, соціальних та професійних чинників.

Метою дослідження є здійснення психологічного аналізу проявів стресу серед військовослужбовців та обґрунтування шляхів його профілактики і подолання з урахуванням специфіки військової діяльності.

Гіпотеза дослідження полягає в тому, що рівень стресу у військовослужбовців зменшується зі зростанням бойового досвіду, віку,

посадового статусу, наявності психологічної підготовки та рівня соціальної підтримки.

Для досягнення мети, завдання дослідження було сформовано таким чином:

- Охарактеризувати поняття стресу та класифікувати стресові стани з точки зору психологічної науки.

- Визначити психологічні особливості професійної діяльності військовослужбовців та чинники, які зумовлюють виникнення стресових станів.

- Проаналізувати головні механізми психологічної адаптації до стресу.

- Провести емпіричне дослідження рівня стресу серед військовослужбовців з використанням відповідних психодіагностичних методик.

- Дослідити вплив професійного досвіду, віку, посади, терміну служби та інших соціально-психологічних чинників на прояв стресу.

- Розробити практичні рекомендації щодо зменшення рівня стресу у військовослужбовців та підвищення їх психологічної стійкості.

У процесі дослідження було застосовано комплекс методів:

- теоретичний аналіз наукових джерел (для узагальнення підходів до вивчення стресу);

- психодіагностичні методики (PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5), Mississippi Scale for Combat-Related PTSD, IES-R (The Impact of Event Scale – Revised).

Наукова новизна полягає у виявленні специфіки проявів стресових реакцій серед військовослужбовців, залежно від індивідуальних характеристик та професійного досвіду, з акцентом на використання сучасних психодіагностичних інструментів для комплексної оцінки симптоматики.

Практичне значення роботи полягає у можливості застосування результатів дослідження задля розробки й втілення ефективних програм психологічної підтримки військових, профілактики стресових розладів,

організації психологічного супроводу у ЗСУ. Запропоновані методичні рекомендації можуть бути застосовані як військовими психологами, так і керівниками підрозділів для підвищення адаптаційного потенціалу особового складу.

РОЗДІЛ 1.
ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ СТРЕСУ ТА ЙОГО ПРОЯВІВ

1.1 Поняття стресу у психологічній науці

У психології поняття стресу належить до базових категорій, які описують механізми адаптації особистості до зовнішніх і внутрішніх змін. Уперше термін stress у контексті біології використав канадський фізіолог Ганс Сельє у 1936 році для позначення неспецифічної реакції організму на будь-який чинник, що порушує його гомеостаз. Проте у психологічній науці стрес набув глибшого розуміння, яке включає когнітивну оцінку подій, емоційні реакції, механізми регуляції та поведінкові прояви [5].

Психологічно стрес визначається як особливий стан психіки та організму, що виникає у відповідь на дію зовнішніх або внутрішніх подразників, які особа сприймає як загрозливі або такі, що перевищують її ресурси для подолання труднощів. Водночас стрес не є однозначно негативним феноменом — він може виконувати як дезорганізуючу, так і стимулюючу функцію залежно від інтенсивності, тривалості та суб’єктивного сприйняття ситуації.

Одним із найавторитетніших психологічних підходів до вивчення стресу є транзакційна модель стресу, запропонована Р.С. Лазарусом і С. Фолкман (Lazarus & Folkman, 1984). Відповідно до цієї моделі, стрес розглядається як процес взаємодії між індивідом і середовищем, у якому центральну роль відіграє когнітивна оцінка. Людина постійно інтерпретує події навколо себе, і саме ці інтерпретації, а не самі події, визначають, чи будуть вони сприйняті як стресові. Якщо ситуація розцінюється як така, що несе загрозу благополуччю або цінностям особистості, і водночас оцінюється як така, з якою важко або неможливо впоратись — виникає стресова реакція [1].

У контексті цієї теорії Лазарус виокремив три типи первинної когнітивної оцінки:

- подія трактується як нейтральна або позитивна — стресу не виникає;

- подія сприймається як загрозлива (можлива шкода);

- подія інтерпретується як шкода, що вже настала або виклик, який потребує мобілізації ресурсів [3].

Окрім первинної оцінки, важливу роль відіграє вторинна оцінка — аналіз наявних ресурсів для подолання труднощів. Саме невідповідність між вимогами ситуації та наявними ресурсами створює передумови для дистресу, тобто руйнівної форми стресу. Залежно від тривалості та характеру впливу виділяють гострий стрес (виникає раптово, триває короткий час і викликає різку реакцію організму) та хронічний стрес, який виникає внаслідок тривалого емоційного напруження, пов’язаного з постійними труднощами, перевантаженням або відсутністю контролю над ситуацією. Саме хронічний стрес визнано основним психогенним чинником виникнення емоційного виснаження, депресії, посттравматичного стресового розладу (ПТСР) і психосоматичних порушень [2].

У професійному середовищі, особливо в армії, стрес стає невід’ємним супутником діяльності, оскільки військова служба пов’язана з ризиком для життя, високим рівнем відповідальності, обмеженням особистого простору та ресурсів для відновлення. Дослідження, проведені за участю військовослужбовців країн-членів НАТО (Science for Peace and Security Series, 2022), свідчать, що понад 30% військових після виконання бойових завдань демонструють стійкі симптоми психологічної дезадаптації — підвищену тривожність, дратівливість, порушення сну, емоційне оніміння [18].

Ч.Д. Спілбергер у контексті вивчення стресу розробив шкалу ситуативної та особистісної тривожності (STAI), яка дозволяє оцінити рівень емоційного напруження як реактивну (на конкретну ситуацію), так і стабільну (особистісну) характеристику. Такий підхід дозволяє ідентифікувати осіб із підвищеною психологічною вразливістю до стресу незалежно від зовнішніх обставин [4].

У сучасній психології також активно досліджується поняття копінгу — тобто стратегій подолання стресових ситуацій. N.S. Endler та J.D.A. Parker (1990) у рамках методики CISS розрізняють:

- проблемно-орієнтований копінг (активні дії щодо усунення джерела стресу),

- емоційно-орієнтований копінг (спроби знизити внутрішнє напруження),

копінг уникнення (втеча від ситуації через соціальну активність або фантазії) [6].

Здатність особи ефективно використовувати різні копінг-стратегії вважається важливою умовою стресостійкості. У випадку військовослужбовців особливо ефективним виявляється поєднання проблемно-орієнтованого копінгу із підтримкою з боку побратимів і наявністю відпрацьованих механізмів емоційної саморегуляції (вправи дихання, ментальні образи, техніки заземлення тощо). Також у психологічній науці розрізняють:

- еустрес – адаптивну форму стресу, що супроводжується мобілізацією ресурсів і підвищенням мотивації;

- дистрес – стан, при якому стрес перевищує адаптаційні можливості особи й призводить до руйнування нормального функціонування [7].

У професійному контексті еустрес може бути присутній на початкових етапах військової служби або у бойових умовах, коли напруження активізує ресурси організму та допомагає діяти ефективно. Але у випадку тривалого емоційного навантаження без достатнього відновлення цей стан легко перетворюється на дистрес із ризиками розвитку вигорання, депресії та ПТСР.

Іншими важливими аспектами у вивченні стресу є індивідуальні чинники, що визначають його інтенсивність і наслідки. До них належать:

- рівень емоційної стабільності;

- особистісна тривожність;

- досвід попереднього переживання складних ситуацій;
- рівень самоконтролю;
- ступінь соціальної підтримки [5].

Індивіди з високим рівнем самооцінки, наявністю чітких цілей та соціальних зв'язків мають вищу стійкість до дії стресових факторів. Навпаки, ізольованість, невизначеність життєвих орієнтирів та неефективні копінг-стратегії підвищують ризик формування хронічного дистресу.

Отже, у психологічній науці стрес не розглядається як одномірне поняття. Його визначення охоплює комплекс когнітивних, емоційних, поведінкових і фізіологічних процесів, які активізуються у відповідь на сприйняття надмірного навантаження чи загрози. Особливої актуальності ці процеси набувають у сфері військової діяльності, де ефективна адаптація до стресу є умовою збереження боєздатності, психічного здоров'я та функціонування в умовах ризику.

1.2. Класифікація стресових станів і їх психологічні характеристики

Стресові стани становлять широкий спектр психофізіологічних реакцій, які виникають у відповідь на надмірні або тривалі впливи зовнішніх чи внутрішніх факторів. У психологічній науці їх класифікація здійснюється з урахуванням різних критеріїв: тривалості впливу, джерела, характеру переживання, особливостей перебігу, глибини порушення психічної рівноваги та результатів впливу на індивіда (табл. 1.1.).

Таблиця 1.1.

Класифікація стресових станів та їх психологічні характеристики

Критерій класифікації	**Тип стресу / Стан**	**Характеристика**	**Психологічні прояви**
За тривалістю	**Гострий стрес**	Короткочасна реакція на сильний подразник	Напруження, тривожність, гіперзбудження, порушення уваги, агресивні імпульси

Продовження таблиці 1.1

	Хронічний стрес	Тривалий, постійний вплив стресора, виснаження адаптаційних ресурсів	Втома, апатія, депресивність, зниження мотивації, психосоматичні розлади
За результативністю	**Еустрес**	Стан позитивної мобілізації при помірному навантаженні	Зосередженість, підвищена активність, позитивне збудження, рішучість
	Дистрес	Стан перевантаження ресурсів, що призводить до дестабілізації	Тривога, страх, фрустрація, дезорганізація мислення, агресія або безпорадність
За джерелом	**Фізіологічний стрес**	Виникає внаслідок тілесного дискомфорту, перевтоми, хвороби	Дратівливість, зниження працездатності, агресивність, порушення сну
	Психологічний стрес	Реакція на інтерпретацію ситуації як загрозливої	Внутрішній конфлікт, тривожність, сумніви, когнітивні перекручення
	Соціальний стрес	Зумовлений взаємодією в соціальному середовищі, міжособистісними конфліктами	Замкненість, недовіра, емоційна нестабільність, ізоляція
За симптоматикою	**Тривожний тип**	Переважає страх, передчуття небезпеки	Внутрішня напруга, очікування загрози, порушення концентрації, соматичні симптоми
	Депресивний тип	Домінують ознаки психоемоційного виснаження	Пригніченість, втрата інтересу, апатія, безсоння, песимістичні думки
	Агресивний тип	Зовнішній прояв дратівливості, емоційних вибухів	Нетерпимість, імпульсивність, конфліктність, порушення норм спілкування

Продовження таблиці 1.1

	Дезорганізаційний тип	Порушення когнітивних функцій, дезадаптація	Сплутаність думок, втрата орієнтації, неможливість прийняти рішення, емоційна нестійкість
	Психосоматичний тип	Стрес виявляється через фізичні симптоми	Проблеми з травленням, головний біль, , біль у серці, м'язове напруження
За інтенсивністю	**Низький (адаптивний)**	Контрольований стрес, що стимулює активність	Зосередженість, впевненість, активізація розумової діяльності
	Помірний (пограничний)	Часткове порушення саморегуляції	Зниження уваги, зростання тривожності, дратівливість
	Високий (дистресовий)	Втрата контролю, глибоке психоемоційне порушення	Істерика, ступор, паніка, агресія, афективні спалахи, втрата здатності до ефективних дій

Джерело: складено автором на основі [20, 21]

Така багаторівнева систематизація дає змогу ефективно виявляти, діагностувати та прогнозувати стани особистості, що виникають у відповідь на стресові подразники, особливо у специфічних контекстах, як-от військова служба.

Одним з базових підходів до класифікації є поділ на гострий та хронічний стрес:

- Гострий стрес (acute stress) виникає як безпосередня реакція на раптову, несподівану або надзвичайну ситуацію. Це короткочасний, але інтенсивний стан, який супроводжується активацією симпатичної нервової системи, прискореним серцебиттям, підвищенням кров'яного тиску, концентрації уваги, тривожністю та мобілізацією всіх ресурсів організму. На психологічному рівні гострий стрес проявляється підвищеною збудливістю, емоційною нестабільністю, імпульсивністю, гіперреактивністю [20].

- Хронічний стрес (chronic stress) формується під впливом тривалого або повторюваного впливу негативних чинників, які не зникають у короткостроковій перспективі. Характеризується поступовим виснаженням адаптаційних механізмів, зниженням психоемоційного тонусу, порушенням когнітивних функцій, погіршенням сну, апатією, відчуттям безсилля. Для військовослужбовців це можуть бути постійне перебування в зоні бойових дій, тривала розлука з родиною, втрата побратимів [20].

За ступенем адаптивності розрізняють еустрес та дистрес. Еустрес (eustress) — це адаптивна форма стресу, яка виникає у відповідь на позитивні подразники (наприклад, підвищення по службі, відповідальна місія), які вимагають зосередження й мобілізації, але не перевищують ресурсів особистості. Еустрес супроводжується помірним емоційним напруженням, почуттям виклику, зростанням продуктивності.

Дистрес (distress) — патологічна форма стресу, що перевищує адаптаційні можливості людини та порушує функціонування психіки. Стан дистресу проявляється вираженою тривожністю, депресивністю, розладами сну, зниженням самооцінки, утрудненням прийняття рішень, втратою сенсу дій. При тривалому перебігу дистрес веде до розвитку психосоматичних захворювань і психічних розладів (зокрема, посттравматичного стресового розладу — ПТСР) [21].

У психологічній практиці стресові стани також класифікують за їх походженням:

- Фізіологічний стрес — зумовлений дією тілесних факторів: біль, втома, травма, перевантаження, виснаження, голод, порушення сну. Типовий для бойових умов, де наявне постійне фізичне навантаження.

- Психологічний стрес — виникає як реакція на ситуації, що сприймаються як загрозливі або складні для осмислення. Такий стрес особливо часто пов’язаний із внутрішніми конфліктами, відповідальністю, соціальним тиском, страхом втрати контролю, відчуттям безпорадності.

- Соціальний стрес — пов’язаний із впливом соціального середовища: непорозуміння в колективі, ізоляція, конфлікти з командуванням або побратимами, порушення групової згуртованості. Для військових він часто поєднується з психологічним стресом [21].

Залежно від домінантних проявів, стресові стани умовно поділяють на кілька типів за психологічними характеристиками:

- Тривожний тип — характеризується підвищеним рівнем емоційного напруження, відчуттям загрози, неусвідомленим страхом, очікуванням небезпеки. Часто супроводжується соматичними проявами: пітливість, тахікардія, головний біль, спазми.

- Депресивний тип — проявляється пригніченістю, зниженням енергетичного потенціалу, апатією, втратою мотивації, порушенням апетиту та сну. Цей тип часто спостерігається у військових після важких втрат або у період демобілізації.

- Агресивний тип — виражається у зниженні толерантності до стресу, вибухових емоційних реакціях, конфліктності, схильності до імпульсивних дій. Особливо небезпечний у бойових умовах, де контроль над емоціями є критично важливим.

- Дезорганізаційний тип — супроводжується порушенням когнітивної діяльності: погіршенням пам’яті, уваги, здатності до концентрації, ухвалення рішень. Виявляється у станах гострої дезадаптації, втрати контролю, «ступору».

Психосоматичний тип — при якому домінують соматичні скарги: біль у серці, шлункові розлади, дихальні порушення, м’язова напруга. Є наслідком тривалого внутрішнього конфлікту або пригніченої тривоги [21].

У діагностичній практиці прийнято розрізняти три рівні стресових станів:

- Помірний рівень – супроводжується помірною напругою, мобілізацією ресурсів, збереженням самоконтролю, критичності мислення, адекватних рішень.

- Середній рівень – характеризується нестабільністю емоційної сфери, труднощами з концентрацією, підвищеною чутливістю до зовнішніх подразників.

- Високий рівень (дистрес) – проявляється повною дезорганізацією поведінки, втратою ефективності, розладом сну, афективними спалахами, високою ймовірністю розвитку ПТСР [21].

Вищезазначені типи й форми стресових станів можуть проявлятись із різною інтенсивністю залежно від особистісних рис, віку, досвіду, умов служби та соціальної підтримки. У військовому середовищі часто спостерігається комбінація кількох типів одночасно, що ускладнює діагностику і вимагає комплексного підходу до психологічної допомоги.

1.3. Психологічні особливості професійної діяльності військовослужбовців

Професійна діяльність військовослужбовців вирізняється надзвичайно високим рівнем відповідальності, нормативної регламентованості, фізичної й емоційної напруги, що вимагає мобілізації всіх психічних ресурсів особистості. Це одна з найстресогенніших професійних сфер, у якій життєдіяльність постійно супроводжується ризиком для життя, необхідністю швидкого прийняття рішень у невизначених умовах, а також жорсткою структурою організаційної взаємодії. Психологічна специфіка військової служби обумовлюється, насамперед, умовами бойової та підготовчої діяльності, дисциплінарною субординацією, соціальною ізоляцією, впливом військового середовища на особистість. Військова професія від самого початку формує в особи необхідність до постійного внутрішнього контролю, регуляції емоцій, готовності до підпорядкування, а також високої мотивації до служіння державі та колективній меті [23].

Однією з центральних особливостей цієї професії є готовність до дії в екстремальних ситуаціях. Це передбачає здатність до збереження

самовладання, контролю за емоціями, адекватної оцінки обстановки навіть у ситуаціях раптової загрози, високої динаміки подій або безпосереднього контакту з небезпекою. Згідно з даними досліджень, опублікованих у виданнях Military Psychology (APA Division 19), саме здатність діяти у стані високого фізичного та психічного навантаження без втрати ефективності є однією з базових умов професійної придатності військовослужбовця. Інша важлива характеристика – високий ступінь міжособистісної залежності. У військовому підрозділі особистість функціонує не ізольовано, а як частина цілісної структури з чітким розподілом ролей, повноважень і відповідальності. Ефективність діяльності безпосередньо залежить від рівня згуртованості, довіри, комунікаційної узгодженості. У зв'язку з цим військова діяльність формує специфічні механізми групової взаємодії, такі як бойове братство, нормативна лояльність, внутрішня етика взаємної підтримки [24].

До психологічних передумов професійної ефективності військовослужбовців належать:

- високий рівень стресостійкості, тобто здатність до адаптації у складних, нестабільних, загрозливих ситуаціях без порушення психоемоційної рівноваги;

- емоційна регуляція — уміння стримувати страх, гнів, відчай у момент загрози, приймати виважені рішення під впливом сильних емоцій;

- швидкість прийняття рішень в умовах невизначеності, особливо під час бойових завдань;

- фізична витривалість, що тісно пов'язана з психічною стабільністю в умовах тривалого навантаження;

- мотивація до служби, зокрема, внутрішня установка на обов'язок, честь, захист держави й товаришів;

- когнітивна гнучкість, яка забезпечує здатність до оцінки ризиків, варіативності дій, нестандартного мислення у складних тактичних ситуаціях [25].

Особливістю військової служби є також висока нормативність поведінки. Психологічний простір діяльності військовослужбовця суттєво обмежений внутрішніми статутами, наказами, ієрархічною субординацією, що вимагає від особистості здатності до самодисципліни, прийняття зовнішньої системи правил, готовності до обмеження власної автономії в ім'я колективної мети. Небезпека, ризик, травмування, необхідність миттєвого реагування на зміну бойової ситуації — усе це формує підвищений рівень емоційного напруження, який за відсутності адекватної психологічної допомоги може трансформуватись у тривожні, депресивні, афективні або психосоматичні розлади. Найбільш поширеними серед військовослужбовців порушеннями є:

- синдром емоційного вигорання;
- посттравматичний стресовий розлад (ПТСР);
- реактивні депресії;
- порушення адаптації до мирного середовища після повернення з фронту.

Окремої уваги потребує проблема відновлення психологічного стану військовослужбовців у мирний час, зокрема після бойових дій. Демобілізація часто супроводжується глибокими внутрішніми змінами: порушенням самоідентифікації, втратою сенсу діяльності, складнощами у взаємодії з родиною та соціумом, стигматизацією психологічної допомоги. Це вимагає формування системи професійної психологічної підтримки в армії, що охоплює як превентивні заходи (тренінги стресостійкості, підготовка до бойових дій), так і реабілітаційні програми (індивідуальне консультування, групова терапія, психоосвітні заходи) [8].

Сучасні дослідження також акцентують увагу на гендерних особливостях психологічної адаптації у військовій службі. Жінки-військовослужбовиці стикаються з подвійним навантаженням – виконанням бойових завдань і водночас соціальним тиском щодо традиційної гендерної ролі. Це вимагає врахування факторів індивідуального стилю подолання

труднощів (coping), соціальної підтримки, внутрішньої мотивації та професійного самоствердження [10].

Таким чином, професійна діяльність військовослужбовця має виражену психологічну специфіку, що вимагає розвинених механізмів саморегуляції, високого рівня адаптивності, психологічної підготовленості до надзвичайних ситуацій та підтримки внутрішньої мотивації до служби. Неврахування цих аспектів у практиці військового управління та підготовки персоналу може призводити до порушення боєздатності, зниження морально-психологічного стану підрозділів та загального виснаження ресурсів особового складу. У зв'язку з цим психологічний супровід військової діяльності має розглядатись не як допоміжний елемент, а як інтегрована складова підтримки ефективності сучасного війська.

1.4. Механізми психологічної адаптації до стресу

Адаптація до стресу є складним і динамічним психологічним процесом, що забезпечує підтримання функціональної рівноваги особистості в умовах дії надмірних, загрозливих або непередбачуваних факторів. У системі психологічних знань адаптація до стресу розглядається як сукупність внутрішніх психічних процесів, поведінкових стратегій та емоційно-когнітивних механізмів, які спрямовані на збереження цілісності, стабільності та ефективного функціонування особистості в умовах підвищеного напруження.

Згідно з науковими підходами (Lazarus & Folkman, 1984; Endler & Parker, 1990; Taylor, 2011), психологічна адаптація до стресу має багаторівневу структуру, що охоплює біологічні, емоційні, когнітивні та поведінкові компоненти. Цей процес включає як негайну мобілізацію захисних ресурсів організму у відповідь на загрозу, так і тривалі зміни у способі мислення, сприйняття та реагування, спрямовані на відновлення внутрішньої рівноваги [17].

На фізіологічному рівні адаптація до стресу реалізується через активацію гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової системи, що спричиняє викид гормонів (зокрема, кортизолу й адреналіну), які забезпечують мобілізацію організму до дії — підвищення тиску, частоти серцевих скорочень, напруження м’язів, загострення уваги. У короткостроковій перспективі ці зміни підвищують шанси на ефективне реагування, проте при тривалій дії стресора така активація призводить до виснаження й порушення адаптивних функцій [12].

Центральне місце в адаптації займає когнітивна оцінка ситуації, яка визначає, чи буде подія сприйнята як стресова, та які ресурси особа мобілізує для її подолання. Відповідно до транзакційної моделі стресу (Lazarus & Folkman), людина проходить дві послідовні оцінки:

- первинну оцінку – визначення значущості ситуації (загроза, втрата, виклик, байдужість);

- вторинну оцінку – аналіз наявних ресурсів, здатності впоратись із ситуацією [14].

Цей процес тісно пов’язаний із самоусвідомленням, рівнем тривожності, стійкістю Я-концепції та уявленням про контроль над життєвими подіями. Чим більше людина переконана у власній здатності впливати на ситуацію, тим ефективнішим є процес її адаптації.

Серед основних психологічних механізмів адаптації до стресу виділяють:

- емоційну регуляцію — свідоме чи автоматичне управління емоційним станом з метою підтримки внутрішнього балансу. До таких механізмів належать: відтермінування реакції, переосмислення ситуації, дихальні практики, фокусування на позитивному, техніки зниження тривожності (наприклад, метод "заземлення", візуалізація безпечного місця).

- психологічні захисти — несвідомі механізми, що спрямовані на зменшення внутрішнього конфлікту. До найпоширеніших захисних реакцій належать витіснення, раціоналізація, проєкція, компенсація. Вони не завжди є

патологічними: у короткостроковій перспективі можуть допомогти зберегти стабільність особистості, однак у разі тривалого домінування — ускладнюють конструктивне реагування [11].

Згідно з концепцією coping behavior (поведінка подолання), розробленою N.S. Endler і J.D.A. Parker, стратегії адаптації поділяються на три основні типи:

- Проблемно-орієнтовані — активні дії, спрямовані на зміну або усунення джерела стресу. Цей підхід вимагає високого рівня контролю над ситуацією та характеризується практичними зусиллями: планування, пошук підтримки, аналіз помилок.

- Емоційно-орієнтовані — спрямовані на зниження емоційного напруження шляхом переживання, самозаспокоєння, звернення до релігійних чи духовних практик. Часто спостерігається в умовах, де зміна ситуації неможлива.

- Уникнення — поведінка, що полягає у відстороненні від проблеми: фізичному (сон, втеча, ізоляція) чи психічному (ігнорування, фантазії, заперечення). Ця стратегія є ефективною лише у короткостроковій перспективі [13].

У реальних ситуаціях адаптація відбувається не через одну стратегію, а через комбінацію кількох механізмів, які активуються залежно від особистісних якостей, соціального контексту та тривалості стресового впливу.

Значну роль у подоланні стресу відіграє соціальна підтримка. Дослідження засвідчують, що особи, які мають надійну мережу міжособистісних зв’язків, демонструють вищу стресостійкість, меншу схильність до емоційного виснаження та швидше відновлюють рівновагу після критичних подій. Для військовослужбовців особливо важливими є підтримка побратимів, командирів, родини, а також доступ до кваліфікованої психологічної допомоги. Не менш значущим є рівень професійної підготовки до дій у стресових умовах. У військовій практиці використовуються методи

психотренінгу, моделювання бойових ситуацій, навчання методам саморегуляції, які підвищують рівень готовності до впливу стресу. Формування так званого бойового імунітету до стресу базується на повторному переживанні напружених ситуацій у контрольованих умовах із наступним етапом аналізу й корекції реакцій [15].

Серед особистісних якостей, що сприяють ефективній адаптації до стресу, наукові джерела виділяють:

- високий рівень емоційної стабільності;

- самоефективність — переконаність у власній здатності впоратись із труднощами (Bandura, 1997);

- реалістичне мислення, здатність до переоцінки ситуації та уникнення катастрофізації;

- гнучкість поведінки, тобто готовність змінювати стратегії залежно від обставин;

- внутрішній локус контролю — відчуття, що події залежать від особистих дій, а не зовнішніх обставин [16].

Таким чином, механізми психологічної адаптації до стресу є багатокомпонентною системою, що охоплює нейрофізіологічні, емоційні, когнітивні, поведінкові та соціальні елементи. Ефективність адаптації визначається не лише інтенсивністю стресового впливу, а й якістю внутрішніх ресурсів особистості, доступом до підтримки, мотиваційною установкою, характером попереднього досвіду. Для військовослужбовців розвиток і зміцнення адаптивних механізмів є не просто бажаним, а життєво необхідним компонентом професійної підготовки та збереження психічного здоров’я в умовах тривалої дії стресогенних чинників.

РОЗДІЛ 2.
ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВУ СТРЕСУ СЕРЕД ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

2.1. Організація та методики дослідження

Організація емпіричного дослідження, спрямованого на вивчення проявів стресу серед військовослужбовців, вимагала ретельного планування, дотримання наукових принципів психодіагностики, а також врахування специфіки військового середовища. Підготовка і реалізація дослідження передбачали кілька послідовних етапів, спрямованих на забезпечення достовірності отриманих результатів, захист прав респондентів і мінімізацію впливу зовнішніх чинників на хід обстеження.

Відповідно до поставленої мети було здійснено відбір діагностичних методик, які відповідають сучасним стандартам надійності та валідності. Було обрано шкали, адаптовані для української популяції військовослужбовців:

- PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5),
- Mississippi Scale for Combat-Related PTSD,
- IES-R (The Impact of Event Scale – Revised).

Розроблено інструктивний пакет документів, який включав:

- письмове пояснення цілей дослідження,
- форму інформованої згоди,
- короткий психологічний супровід для учасників, які проявляли ознаки дистресу.

У дослідженні брали участь 30 військовослужбовців чоловічої статі, які на момент обстеження проходили службу у підрозділах Збройних Сил України, мали бойовий досвід тривалістю від 6 місяців і не перебували у стані загострення психічних або соматичних захворювань.

Віковий діапазон респондентів становив від 22 до 48 років (середній вік — 34,8 року). До участі не допускалися особи, які на момент тестування проходили медикаментозну терапію з психотропним ефектом або мали діагностовані гострі психіатричні розлади. Вибірка була сформована методом цілеспрямованого відбору, з урахуванням однорідності професійного досвіду та умов перебування на службі.

Дослідження проводилося в три основні етапи:

1. Підготовчий:

- підготовка методичного інструментарію;

- тестування методик на валідність для обраного контингенту;

2. Діагностичний:

- індивідуальне заповнення психодіагностичних опитувальників;

- спостереження за поведінкою респондентів під час тестування;

- первинна фіксація результатів (бали, якісні коментарі, додаткові спостереження).

3. Аналітичний:

- кількісна обробка даних: розрахунок сумарних балів, побудова розподілів, зіставлення результатів між методиками;

- якісний аналіз структури симптоматики;

- інтерпретація результатів з урахуванням соціально-професійного контексту;

- формування висновків та узагальнень щодо проявів стресу серед досліджуваних.

Розглянемо детальніше кожну обрану методику дослідження.

Шкала посттравматичного стресового розладу (PTSD Checklist – PCL-5) є стандартизованим інструментом самозвіту, призначеним для виявлення симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) відповідно до діагностичних критеріїв, викладених у DSM-5. Опитувальник складається з 20 тверджень, кожне з яких відображає один із симптомів, характерних для ПТСР, і охоплює всі чотири основні кластери симптоматики: повторювані

травматичні спогади (інтрузії), уникнення, негативні зміни в когнітивній сфері та емоційному стані, а також підвищена фізіологічна збудливість [24].

Метою застосування PCL-5 є:

- виявлення симптомів посттравматичного реагування, оцінка їхньої інтенсивності;

- спостереження за змінами клінічного стану в динаміці;

- попередня діагностика та моніторинг ефективності психотерапевтичного втручання.

Респондент самостійно оцінює ступінь вираженості кожного з 20 симптомів за п’ятибальною шкалою:

0 — не відчувається взагалі,

1 — турбує незначно,

2 — турбує помірно,

3 — турбує суттєво,

4 — викликає значні труднощі [24].

Сукупна оцінка дозволяє кількісно визначити рівень вираженості симптомів. Залежно від набраної кількості балів, можна зробити орієнтовні висновки про клінічну ситуацію:

- 0–20 балів — низький рівень проявів, що не свідчить про наявність ПТСР;

- 21–40 балів — помірні симптоми, які можуть бути фрагментарними або непостійними;

- 41–60 балів — виражене симптоматичне навантаження з високою ймовірністю ПТСР;

- 61–80 балів — тяжкі клінічні прояви, які потребують негайного психотерапевтичного втручання [24].

Крім загального балу, для попередньої оцінки відповідності діагностичним критеріям DSM-5 важливим є аналіз розподілу симптомів у межах чотирьох діагностичних доменів. Для підтвердження кожного з них необхідно:

- наявність хоча б одного позитивного результату (мінімум 1 бал) у групі інтрузій (питання 1–5);

- щонайменше один позитивний бал у сфері уникання (питання 6–7);

- мінімум два позитивних пункти у кластері негативних змін у когнітивній сфері та настрої (питання 8–14);

- два або більше позитивних пунктів у блоці підвищеної збудливості (питання 15–20) [24].

Опитувальник виявив низку переваг у практичному використанні. Зокрема, його структура дозволяє особі самостійно заповнити анкету без безпосереднього контролю спеціаліста, що підвищує доступність методу в умовах обмежених ресурсів. Крім того, PCL-5 демонструє високу чутливість до змін клінічного стану, що дає змогу застосовувати його як інструмент для відстеження результатів лікування в динаміці. Методика ефективна як у клінічному середовищі, так і в польових умовах, наприклад, під час роботи з військовими у зоні бойових дій або після демобілізації [24].

Разом із тим, використання PCL-5 має певні обмеження. Основним недоліком є суб’єктивність відповідей, що може впливати на точність оцінки симптоматики. Крім того, результати опитувальника не можуть бути самодостатніми для встановлення клінічного діагнозу — остаточне рішення має ґрунтуватися на повному клінічному інтерв’ю, спостереженні та, за потреби, інших психодіагностичних засобах. Зважаючи на це, в межах нашого дослідження були застосовані додаткові методи психологічної діагностики, які дозволили отримати більш повну й валідну оцінку стану респондентів [24].

Mississippi Scale for Combat-Related PTSD є спеціалізованим психодіагностичним інструментом, призначеним для виявлення та оцінювання посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед осіб, які брали участь у бойових діях. Ця методика розроблена з урахуванням специфіки військової діяльності та призначена для застосування серед військовослужбовців і ветеранів із досвідом перебування у зонах бойових дій [21].

Шкала дозволяє всебічно оцінити наявність симптомів, характерних для бойового ПТСР, охоплюючи емоційні, когнітивні та поведінкові компоненти цього стану. Її мета полягає у кількох напрямках:

- виявлення посттравматичних розладів, зумовлених бойовим стресом;
- кількісне визначення рівня тяжкості симптомів у представників військового середовища;
- оцінка динаміки клінічного стану пацієнта на різних етапах терапевтичного процесу [21].

У практиці застосування Mississippi Scale рекомендовано використовувати як доповнення до інших діагностичних методів, зокрема CAPS-5 (Clinician-Administered PTSD Scale) або PCL-5, з метою отримання комплексної клінічної картини та підвищення точності діагностики. Саме така комбінація інструментів була реалізована в межах проведеного нами дослідження [21].

Шкала представлена у вигляді 35 тверджень, які стосуються основних симптоматичних проявів ПТСР, зумовлених саме участю в бойових діях. Серед них: агресивна поведінка, соціальна відчуженість, ознаки депресивного стану, тривожність, порушення сну, уникання ситуацій або стимулів, що асоціюються з травматичним досвідом. Кожне твердження респондент оцінює за п’ятибальною шкалою:

- 1 бал — «абсолютно не відповідає моєму стану»;
- 2 бали — «частково відповідає»;
- 3 бали — «помірно відповідає»;
- 4 бали — «значною мірою відповідає»;
- 5 балів — «цілком відповідає» [21].

Таким чином, мінімальний можливий бал — 35, максимальний — 175.

Інтерпретація результатів здійснюється за наступною шкалою:

- 107 балів і більше — свідчить про виражену симптоматику ПТСР, яка з високою ймовірністю відповідає клінічним критеріям розладу та вимагає негайного психіатричного або психотерапевтичного втручання;

- 65–106 балів — помірний рівень симптомів, який може вказувати на наявність посттравматичних порушень, однак потребує додаткової діагностики для остаточного клінічного висновку;

- менше 65 балів — низька ймовірність ПТСР. У респондента можуть виявлятися окремі симптоми стресового реагування, проте вони не досягають рівня, необхідного для постановки діагнозу [21].

Шкала Mississippi продемонструвала високу чутливість до симптомів, які мають специфічне бойове походження, що робить її особливо цінною у діагностиці саме військово обумовленого ПТСР. Її використання є доцільним у межах комплексного психодіагностичного обстеження осіб, які проходили службу в умовах бойових дій, зокрема у збройних силах, добровольчих формуваннях та інших силових структурах [21].

The Impact of Event Scale – Revised (IES-R) є психодіагностичним інструментом, призначеним для самостійного заповнення респондентами з метою кількісної оцінки рівня психологічного стресу та посттравматичних симптомів, що виникли внаслідок переживання травматичної події. Методика є оновленою та розширеною версією класичної шкали Impact of Event Scale, яка була адаптована для поглибленого аналізу емоційного реагування на психотравмівні чинники [21].

Опитувальник дозволяє виявляти три основні симптоматичні домени, що асоціюються з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), а саме:

- інтрузивні прояви — мимовільні нав’язливі думки, спогади, флешбеки;

- поведінкове уникання — активне ухилення від думок, розмов чи ситуацій, пов’язаних з травматичною подією;

- гіперактивність — підвищена емоційна напруга, тривожність, порушення сну, дратівливість, підвищена настороженість [21].

Методика включає 22 твердження, що поділяються між трьома вищезазначеними кластерами:

- Інтрузії охоплюють 8 пунктів (наприклад: «Образи чи спогади про подію раптово виникають у моїй свідомості»).

- Уникання також включає 8 пунктів (зокрема: «Я намагаюся не думати про подію»).

- Гіперактивність представлена 6 пунктами (наприклад: «Я легко лякаюся» або «Мені важко заснути»).

Кожен пункт оцінюється респондентом за шкалою частоти:

- 0 балів – ніколи,

- 1 бал – рідко,

- 2 бали – іноді,

- 3 бали – часто,

- 4 бали – майже завжди [21].

Таким чином, сума балів може варіюватися від 0 до 88, що дозволяє об’єктивно визначити ступінь вираженості симптомів.

Основним призначенням IES-R є:

- оцінка гострої та затяжної реакції на травматичну подію;

- виявлення симптомів, що можуть свідчити про розвиток ПТСР або інших порушень, пов’язаних із травматизацією;

- відстеження змін у психоемоційному стані людини під впливом лікувального або психокорекційного втручання.

Методика може бути застосована як у клінічній практиці, так і в польових умовах, зокрема в роботі з військовослужбовцями, ветеранами, жертвами катастроф, насильства або воєнних дій.

Розподіл загальної суми балів дозволяє оцінити ступінь психоемоційного реагування наступним чином (табл. 2.1.).

Таблиця 2.1.

Ступінь психоемоційного реагування за методикою IES-R

Сума балів	**Рівень психологічного стресу**
0–23	Низький рівень. Симптоми ПТСР малоймовірні.
24–32	Помірний рівень. Можлива психоемоційна нестабільність.
33–49	Високий рівень. Значущі симптоми травматизації, ризик ПТСР.
50–88	Дуже високий рівень. Імовірність наявності ПТСР є дуже високою.

Джерело: складено автором на основі [21]

У процесі аналізу також важливо звертати увагу на розподіл балів між окремими субшкалами, що дозволяє визначити домінуючі типи реагування — наприклад, превалювання інтрузій над уникненням або навпаки.

Вивчення психоемоційного стану осіб, які перебували у бойових умовах, потребує підвищеної уваги до етичних стандартів. Усі учасники були попереджені про добровільність участі та мали право відмовитись від заповнення анкет без пояснення причин. Забезпечено анонімність відповідей, конфіденційність обробки персональних даних, можливість психологічної підтримки у разі виявлення дистресу чи емоційної нестабільності.

2.2. Аналіз рівня стресу серед військовослужбовців за результатами дослідження

З метою емпіричного вивчення рівня посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед військовослужбовців першою була використана Шкала посттравматичного стресового розладу (PCL-5). Цей інструмент дозволяє здійснити кількісну оцінку симптомів ПТСР відповідно до діагностичних критеріїв DSM-5 та є широко визнаним у практиці клінічної психології, зокрема в роботі з військовими. Анкетування проводилось анонімно, на добровільних засадах, після отримання інформованої згоди. Усі учасники самостійно заповнили опитувальник PCL-5, де оцінювали ступінь вираженості кожного із 20 симптомів ПТСР за п’ятибальною шкалою (від 0 до 4 балів).

Згідно з процедурою обробки даних, загальна сума балів могла коливатись у діапазоні від 0 до 80. Отримані результати були розподілені відповідно до наступних інтерпретаційних рівнів:

- 0–20 балів — низький рівень симптомів ПТСР;
- 21–40 балів — помірні симптоми;
- 41–60 балів — високий рівень симптомів, що вказує на вірогідність ПТСР;

- 61–80 балів — тяжкий рівень проявів, що потребує клінічного втручання.

Розподіл учасників за рівнем вираженості симптомів ПТСР наведено у таблиці 2.2. та рис. 2.1.

Таблиця 2.2.

Розподіл військовослужбовців за рівнем симптомів ПТСР за результатами PCL-5 (n = 30)

Рівень симптомів ПТСР	Діапазон балів	Кількість військових (осіб)	Відсоток (%)
Низький	0–20	5	16,7 %
Помірний	21–40	8	26,7 %
Високий	41–60	11	36,7 %
Дуже високий	61–80	6	20,0 %
Усього	–	30	100 %

Джерело: складено автором на основі отриманих результатів

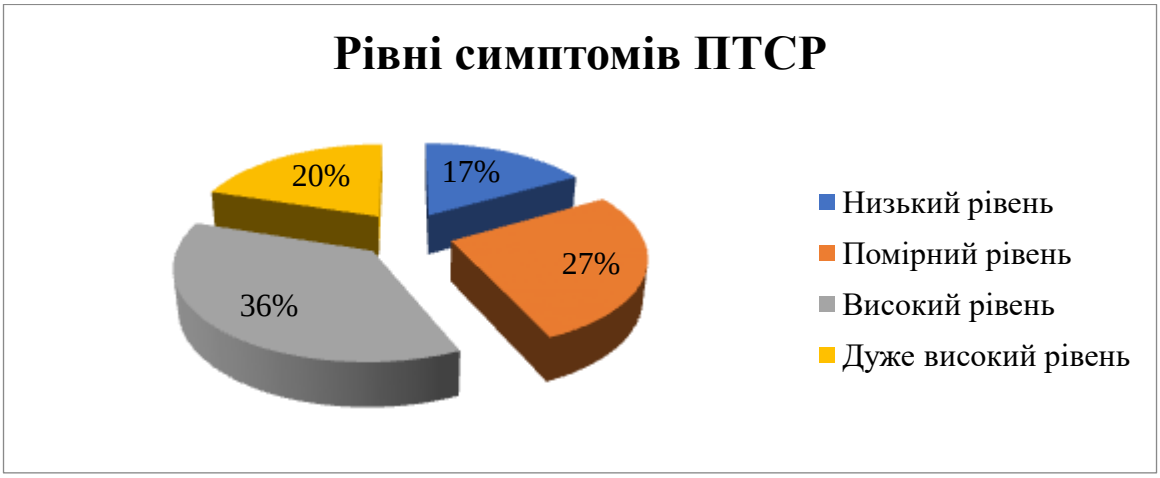


Рис. 2.1. Розподіл військовослужбовців за рівнем симптомів ПТСР за результатами PCL-5

Джерело: складено автором на основі отриманих результатів

Отримані дані засвідчили, що 56,7% військовослужбовців (сукупно високий і дуже високий рівень симптомів) мають виражені ознаки посттравматичного стресового розладу. Особливе занепокоєння викликає група з дуже високими показниками (20 %), для якої характерні інтенсивні

порушення психоемоційного стану, що, згідно з клінічними орієнтирами, вимагають негайного втручання фахівця. Водночас 16,7 % респондентів продемонстрували низький рівень проявів ПТСР, що може свідчити про наявність ефективних механізмів адаптації або відсутність тривалого впливу травматичних факторів. Помірний рівень (26,7 %) свідчить про епізодичність симптоматики, що не виключає потреби у превентивній психологічній підтримці.

Таким чином, результати дослідження дозволяють зробити висновок про високу поширеність симптомів ПТСР серед військовослужбовців з бойовим досвідом. Це підкреслює необхідність системної психологічної роботи з цією категорією осіб, регулярного скринінгу психічного стану та впровадження цільових програм профілактики та реабілітації.

Наступною була використана оригінальна адаптація Mississippi Scale for Combat-Related PTSD, яка містить 35 тверджень, що охоплюють емоційні, когнітивні й поведінкові реакції, зумовлені психотравмівним досвідом. Учасники дослідження оцінювали кожне твердження за шкалою від 1 до 5 балів, де вища оцінка вказує на більшу відповідність змісту симптоматики особистим переживанням. Анкетування здійснювалося анонімно, індивідуально, у спокійному середовищі. На заповнення опитувальника в середньому витрачалося 15–20 хвилин. Учасники були поінформовані про мету дослідження, принципи конфіденційності та можливість звернення за професійною допомогою в разі потреби.

Після завершення анкетування проводився підрахунок сумарної кількості балів за всіма пунктами. Максимально можлива кількість — 175 балів, мінімальна — 35 балів. Отримані результати були розподілені на три умовні рівні:

- < 65 балів — симптоми ПТСР відсутні або мінімальні, діагностичні критерії не досягаються;

- 65–106 балів — помірно виражені симптоми, можливі ознаки ПТСР, що потребують додаткового клінічного уточнення;

- ≥ 107 балів — виражений рівень ПТСР, стан вимагає подальшого обстеження та терапії.

Розподіл військовослужбовців за рівнем вираженості симптомів ПТСР наведено в таблиці 2.3.та рис. 2.2.

Таблиця 2.3

Рівень ПТСР серед військовослужбовців за шкалою Mississippi (n = 30)

Рівень симптомів ПТСР	Кількість осіб	Відсоток (%)
Менше ніж 65 балів (низький рівень)	6	20,0 %
65–106 балів (помірний рівень)	14	46,7 %
107 балів і більше (виражений ПТСР)	10	33,3 %
Усього	30	100 %

Джерело: складено автором на основі отриманих результатів

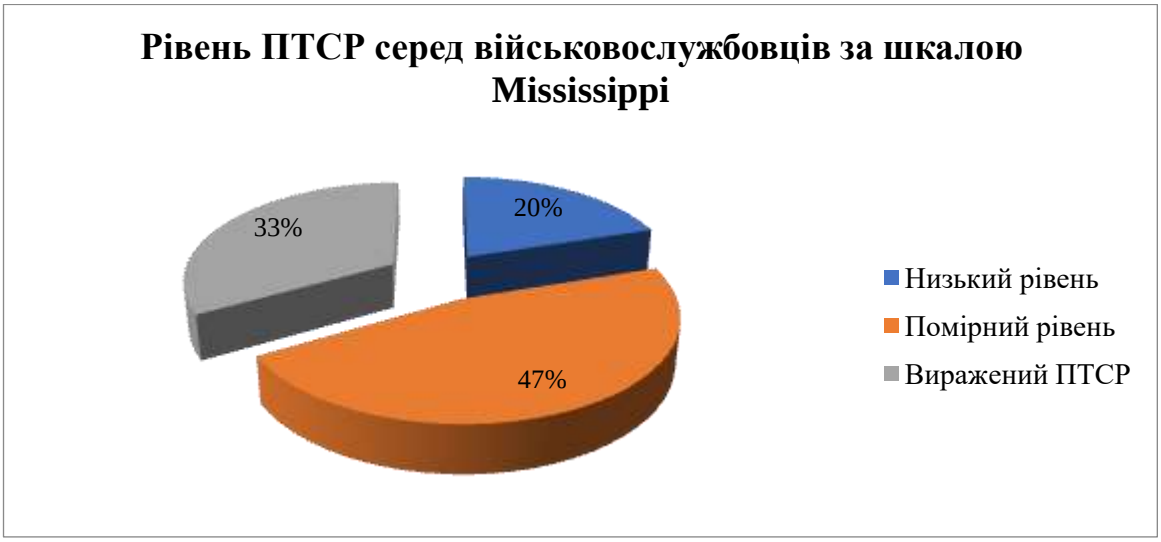


Рис. 2.2. Рівень ПТСР серед військовослужбовців за шкалою Mississippi

Джерело: складено автором на основі отриманих результатів

Аналіз результатів засвідчив, що понад третина (33,3%) військовослужбовців продемонстрували рівень симптоматики, який відповідає клінічному ПТСР. У цих респондентів спостерігалася наявність інтенсивних проявів: нічні кошмари, сильна тривога, агресивність, емоційна пригніченість, уникання соціальних контактів, труднощі з концентрацією уваги.

46,7 % військових мали симптоми помірної інтенсивності, які хоча й не досягали клінічного порогу, проте вказували на значну психологічну напругу, часті епізоди емоційної нестабільності, підвищену дратівливість та ознаки дистимії. Ця група потребує регулярного моніторингу стану та превентивної психокорекції. Лише 20 % респондентів не виявили ознак клінічно значущого ПТСР. У цієї частини вибірки простежувалась наявність адаптаційних механізмів, краща емоційна саморегуляція, а також менший рівень травмуючого досвіду (коротший термін участі в бойових діях або участь у менш інтенсивних бойових операціях).

Особливістю виявленої симптоматики було переважання таких психологічних реакцій:

- гіперактивність нервової системи — часті спалахи гніву, дратівливість, непереносимість шумів;
- порушення сну — труднощі з засинанням, нічні пробудження, кошмарні сновидіння;
- соціальна ізоляція — відчуження, труднощі в міжособистісних контактах;
- інтрузії — нав’язливі спогади, флешбеки, сильна емоційна реакція на тригери.

Отже, отримані результати підтверджують високу поширеність симптомів бойового ПТСР серед військовослужбовців, які мають досвід участі в бойових діях. Шкала Mississippi виявилася ефективним інструментом виявлення клінічно значущих симптомів і дозволила виявити групи ризику для подальшого цілеспрямованого психологічного супроводу. Ці результати підкреслюють необхідність системного впровадження скринінгових програм із раннього виявлення ПТСР, створення умов для психосоціальної підтримки військових та розвитку програм психологічної реабілітації у структурі Збройних Сил України.

Останньою була використана методика Шкала IES-R. Анкетування проводилося індивідуально в адаптованих умовах (у місцях дислокації або на

пунктах відновлення особового складу). Перед початком обстеження респондентів було ознайомлено з інструкцією, забезпечено добровільну згоду на участь та гарантовано анонімність відповідей.

Шкала IES-R, яка складається з 22 пунктів, застосовувалась для оцінки трьох груп симптомів:

- Інтрузії (8 пунктів),
- Уникання (8 пунктів),
- Гіперактивність (6 пунктів).

Кожен пункт оцінювався за п’ятибальною шкалою від 0 (ніколи) до 4 (майже завжди). Максимальна кількість балів — 88.

Розподіл військовослужбовців за рівнем психологічного стресу представлено у таблиці 2.4. та рис. 2.3.

Таблиця 2.4.

Рівень психологічного стресу за шкалою IES-R (n = 30)

Рівень стресу	Кількість осіб	Відсоток (%)
Низький (0–23 балів)	4	13,3 %
Помірний (24–32 бали)	7	23,3 %
Високий (33–49 балів)	11	36,7 %
Дуже високий (50–88 балів)	8	26,7 %
Усього	30	100 %

Джерело: складено автором на основі отриманих результатів

Результати дослідження показали, що понад половина опитаних (66,6%) мають високий або дуже високий рівень посттравматичних симптомів, що свідчить про ймовірну наявність ПТСР або тяжких реакцій на психотравмівний досвід. Особливу увагу слід звернути на групу з дуже високим рівнем стресу (26,7 %), де симптоми мають клінічну значущість і потребують професійної психологічної допомоги.

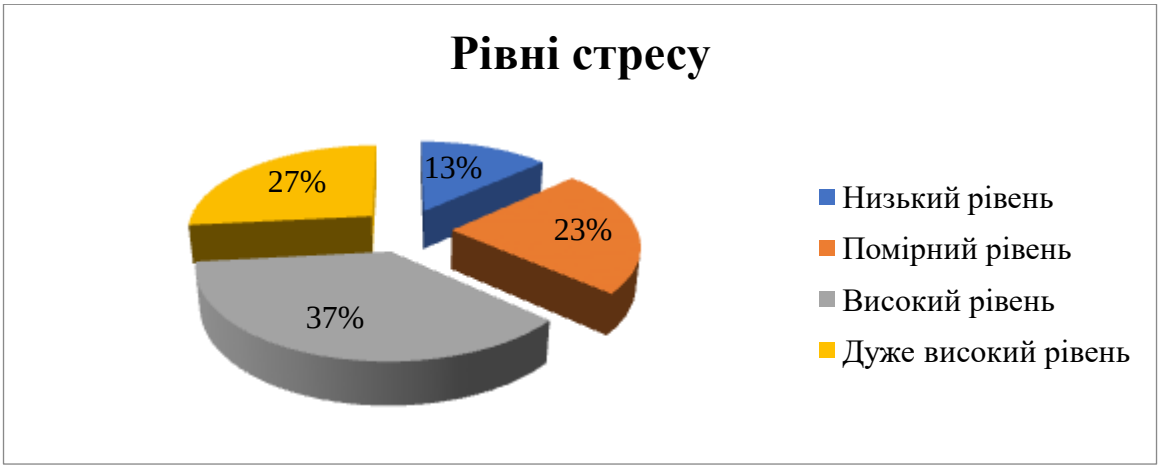


Рис. 2.3. Рівень психологічного стресу за шкалою IES-R

Джерело: складено автором на основі отриманих результатів

36,7 % респондентів мали високі значення за шкалою інтрузій, що проявлялось у вигляді нав'язливих спогадів, флешбеків, емоційних реакцій на тригери. Водночас, гіперактивність (дратівливість, порушення сну, надмірна настороженість) була інтенсивно виражена у 41,7 % респондентів. Симптоми уникання спостерігалися в понад 52 % військових — вони свідомо уникали розмов і спогадів про події, пов'язані з бойовим досвідом. Група з низьким рівнем стресу (13,3 %) виявилася незначною. Це може свідчити про наявність ефективних адаптаційних механізмів або про ранні стадії реакції, які ще не трансформувалися у стійкі симптоми.

Отже, методика IES-R виявилась чутливим інструментом для оцінки гострих і хронічних психоемоційних порушень, пов'язаних з бойовою травматизацією. Дані дослідження вказують на високий рівень стресового навантаження серед військовослужбовців, значна частина з яких демонструє симптоматику, близьку до ПТСР.

2.3. Вплив професійного досвіду, віку та інших чинників на прояв стресу

У процесі проведеного дослідження, що охоплювало оцінку рівня посттравматичного стресу серед військовослужбовців за допомогою методик

PCL-5, Mississippi Scale for Combat-Related PTSD та IES-R, було виявлено низку факторів, які значущо впливають на інтенсивність проявів стресових симптомів (табл. 2.5.). Найбільш виразно симптоматика варіювалась залежно від таких змінних, як тривалість бойового досвіду, вік респондента, ступінь участі в інтенсивних бойових епізодах, а також наявність соціальної підтримки.

Одним із провідних чинників, що продемонстрував тісний зв'язок із рівнем посттравматичних симптомів, є тривалість перебування в зоні бойових дій. Було встановлено, що:

- у групі військовослужбовців, які мали бойовий досвід тривалістю понад 12 місяців, значення за шкалами PCL-5 та Mississippi перевищували умовні пороги клінічно значущих симптомів (у 79 % випадків);

- респонденти з досвідом до 6 місяців мали істотно нижчі показники інтрузій та гіперактивності, але часто демонстрували високий рівень уникання (за шкалою IES-R), що може свідчити про ранні захисні реакції або заперечення травматичного досвіду.

Таблиця 2.5

Взаємозв'язок між окремими чинниками та рівнем стресових проявів серед військовослужбовців

Чинник	**Особливості вибірки**	**Характерні прояви стресу**	**Висновки за шкалами (PCL-5 / Mississippi / IES-R)**
Вік	22–29 років (молоді військові)	Інтрузії, гіпервозбудження, імпульсивність	Високі бали за PCL-5 та IES-R (особливо інтрузії та гіперактивність)
	30–39 років (середній вік)	Емоційне виснаження, уникання, зниження мотивації	Переважно високі значення за Mississippi Scale
	40–48 років (старші військові)	Депресивність, соматизація, тривожність	Високі бали за Mississippi, помірні за IES-R

Продовження таблиця 2.5

Бойовий досвід	До 6 місяців	Уникання, тривога, заперечення травми	Помірні значення за всіма шкалами
	6–12 місяців	Наростання тривожності, гіперактивність	Зростання балів за PCL-5 та IES-R
	Понад 12 місяців	Емоційне оніміння, сильні інтрузії, пригнічення	Високі показники за всіма шкалами (особливо Mississippi)
Тип бойових дій	Участь у штурмах, артобстріли, втрати побратимів	Гострі емоційні реакції, флешбеки, гіперактивність	Дуже високі бали за PCL-5 та IES-R
Соціальна підтримка	Постійний контакт з родиною, підтримка побратимів	Менше інтрузій, стабільніші емоційні реакції	Помірні або низькі значення за IES-R
	Відсутність підтримки, ізоляція	Висока тривожність, агресія, порушення сну	Високі значення за всіма шкалами
Попередня психологічна допомога	Отримував допомогу раніше	Більша стабільність, менше гіперактивності	Нижчі значення за Mississippi та IES-R
	Не отримував допомоги	Гостріші симптоми, уникання допомоги	Високі значення за всіма шкалами

Джерело: складено автором на основі отриманих результатів

Військовослужбовці з тривалим бойовим стажем частіше повідомляли про виражені симптоми емоційного виснаження, труднощі з концентрацією уваги, схильність до замкненості, що може бути наслідком накопичення психоемоційного навантаження без належної психологічної підтримки. Водночас у них спостерігалася менша реактивність на окремі тригери, що може свідчити або про часткову десенсибілізацію, або про глибше пригнічення афективної сфери.

Аналіз даних засвідчив, що вікові особливості також впливають на характер стресової симптоматики. Було виокремлено три умовні вікові групи:

- 22–29 років – молоді військовослужбовці;

- 30–39 років – середній вік;

- 40–48 років – старші військовослужбовці.

У першій групі спостерігалась висока частота інтенсивних інтрузивних симптомів: яскраві флешбеки, нав’язливі думки, гіпервозбудження. Такі реакції супроводжувалися емоційною нестабільністю, що підтверджується високими балами за шкалою гіперактивності (IES-R) та частими скаргами на тривожність, порушення сну, страх за життя побратимів.

Особи середнього віку, як правило, демонстрували більш збалансовані показники за всіма субшкалами, але виявляли вищий рівень уникання, що може бути проявом свідомої або несвідомої психологічної стратегії ізоляції від травматичних спогадів. Такі респонденти також повідомляли про виражену втому, втрату мотивації та апатію, що співвідноситься з феноменом кумулятивного стресу.

Старша вікова група продемонструвала найнижчий рівень інтрузій, проте мала високі показники депресивності та соматичних скарг. За шкалою Mississippi саме ці респонденти частіше повідомляли про пригнічений настрій, відчуття безсенсовності, втрату життєвого тонусу. Така симптоматика свідчить не стільки про зниження емоційної реактивності, скільки про трансформацію стресових симптомів у затяжні афективні розлади.

Окремим об’єктом аналізу стали характер і контекст бойових епізодів, у яких брали участь респонденти. Особи, які перебували у зоні постійного артилерійського обстрілу, брали участь у штурмових операціях або були свідками втрати товаришів, мали істотно вищі бали за всіма шкалами, особливо за показниками PCL-5. Ці респонденти демонстрували:

- високий рівень гіперактивності;

- емоційне оніміння;

- тенденцію до відчуження;

відсутність довіри до соціального оточення.

Ці дані дозволяють припустити, що якість пережитого досвіду має не менше значення, ніж його тривалість.

Оцінка суб'єктивної соціальної підтримки показала, що наявність стабільних міжособистісних зв'язків, підтримка з боку родини та побратимів позитивно впливали на показники адаптації. Респонденти, які підтримували регулярний контакт із родичами, мали нижчі показники інтрузій та гіперактивації. Навпаки, ті, хто вказував на відчуття соціальної ізоляції, демонстрували значно вищі рівні дратівливості, тривожності й уникання. Також виявлено, що попередній досвід психотерапевтичної допомоги позитивно корелював із зниженням показників симптоматики, що свідчить про ефективність психологічної інтервенції навіть у військовому середовищі.

Отже, узагальнення результатів свідчить про те, що прояви стресових реакцій у військовослужбовців зумовлені поєднанням низки факторів, серед яких провідне значення мають: тривалість та характер бойового досвіду; вік та рівень психологічної зрілості; умови виконання службових завдань; рівень соціальної підтримки; попередній психотерапевтичний досвід. Ці фактори не діють ізольовано, а формують індивідуальний профіль реагування на психотравматичний досвід, що має враховуватись при плануванні програм психологічного супроводу, реабілітації та ресоціалізації військовослужбовців.

РОЗДІЛ 3.
ШЛЯХИ ЗНИЖЕННЯ РІВНЯ СТРЕСУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

3.1. Психологічні методи профілактики та подолання стресу

Психологічна практика пропонує широкий арсенал методів, спрямованих на профілактику та подолання стресових станів, зокрема тих, що виникають унаслідок участі в бойових діях. Актуальність системної реалізації таких методів зумовлюється значним поширенням посттравматичних симптомів серед військовослужбовців, високим ризиком розвитку психосоматичних порушень та зниженням бойової ефективності під впливом тривалого психоемоційного навантаження (табл. 3.1.).

Таблиця 3.1

Психологічні методи профілактики та подолання стресу серед військовослужбовців

Метод / підхід	**Суть методу**	**Механізм впливу**	**Застосування у роботі з військовими**
Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ)	Зміна деструктивних переконань і поведінкових моделей	Усвідомлення, переоцінка і заміна травматичних думок	Робота з нав'язливими спогадами, почуттям провини, деструктивними установками
Експозиційна терапія	Поступове уявне або символічне повернення до травматичних подій	Зниження інтенсивності емоційної реакції через повторний контрольований контакт із травмою	Зменшення інтрузій, стабілізація при роботі з ПТСР
Дихальні техніки	Повільне глибоке дихання, акцент на видих	Зменшення фізіологічної збудженості, регуляція вегетативної нервової системи	Використовується при паніці, підвищеній тривожності, порушеннях сну

Продовження таблиці 3.1

Прогресивна м’язова релаксація	Почергове напруження і розслаблення м’язів	Розрядка м’язового напруження, зниження соматичних симптомів	Рекомендована після бойових чергувань, при гіпертонусі та тривалому напруженні
Психоедукація	Надання знань про природу стресу і методи самодопомоги	Формування раціонального ставлення до власних реакцій	Зниження тривоги, зменшення почуття провини, усвідомлення нормальності реакцій
Тренінги стресостійкості	Відпрацювання практичних технік саморегуляції у груповому форматі	Підвищення здатності до контролю за емоціями	Адаптація до бойових умов, підтримка функціонального стану під час ротацій
Візуалізація безпечного простору	Уявлення захищеного місця або ресурсного образу	Відновлення емоційної рівноваги, стабілізація психіки	Для зниження гострих симптомів тривоги, у фазі завершення травмофокусованої роботи
Групова підтримка	Взаємодія в колі військовослужбовців з подібним досвідом	Зниження ізольованості, обмін стратегіями подолання	Підвищення згуртованості, покращення емоційного стану, нормалізація переживань
Підхід "рівний – рівному"	Підготовлені військові допомагають іншим за спеціальною програмою	Підвищення довіри, ефективність через ідентичність досвіду	Успішний підхід у зонах бойових дій, при первинному виявленні стресових порушень
Індивідуальна психотерапія	Робота із психотерапевтом із використанням травмофокусованих методів	Глибинна переробка травматичного досвіду, відновлення особистісної цілісності	Застосовується при хронічних формах ПТСР, афективних розладах, порушеннях адаптації

Продовження таблиці 3.1

EMDR-терапія	Переробка травми через двосторонню стимуляцію (рухи очей, дотики)	Зниження емоційної насиченості травматичних спогадів	При глибоких інтрузіях, тяжкому бойовому ПТСР
Наративна терапія	Осмислення і переформулювання власної історії у безпечному контексті	Відновлення почуття суб'єктності, інтеграція травматичного досвіду	Робота з втратою, моральною травмою, втратою сенсу або самоідентичності після демобілізації

Джерело: складено автором на основі: [18, 19]

Умовно всі заходи можна поділити на дві групи:

- методи профілактичного характеру, що спрямовані на підвищення стресостійкості та формування адаптивних механізмів до впливу травматичних подій;

- методи подолання вже сформованих негативних станів, які передбачають відновлення емоційної рівноваги, стабілізацію психофізичного стану та нормалізацію когнітивних процесів.

Одним із найбільш ефективних напрямів роботи зі стресом є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ). Її методи спрямовані на виявлення і зміну деструктивних переконань, автоматичних думок і поведінкових шаблонів, що підтримують стан хронічного стресу.

У роботі з військовослужбовцями КПТ дає можливість:

- визначити ірраціональні переконання, що формуються після травматичних подій (наприклад, думки на кшталт «я більше ніколи не зможу бути нормальним»);

- розробити альтернативні, більш конструктивні інтерпретації;

- змінити звичні дезадаптивні реакції уникання на проактивні дії [19].

Особливе значення має експозиційна терапія, яка передбачає поступове відтворення у свідомості травматичного досвіду з метою зниження його емоційної насиченості. Цей метод зменшує силу інтрузій і дозволяє особі

адаптуватися до спогадів без втрати контролю.

Унаслідок дії стресових подразників активується симпатична нервова система, що призводить до фізіологічного напруження: тахікардії, м’язового спазму, гіпервентиляції. Тілесно-орієнтовані підходи дозволяють впливати на фізичний рівень реагування і відновлювати парасимпатичний баланс.

До найефективніших методів належать:

- діафрагмальне дихання (глибоке, повільне дихання з фокусом на подовженому видиху);

- прогресивна м’язова релаксація Джекобсона, яка полягає в поперемінному напруженні та розслабленні різних груп м’язів;

- техніка “заземлення”, що допомагає людині перенести увагу із нав’язливих думок на тілесні відчуття (наприклад, опис п’яти предметів навколо себе) [20].

Психоедукаційна робота є необхідною передумовою формування в особистості адекватного уявлення про природу стресових реакцій, механізми їх розвитку та способи контролю. Поінформованість про нормальність певних симптомів (наприклад, плаксивість, порушення концентрації, підвищене серцебиття) зменшує почуття загрози й сорому, які часто супроводжують ПТСР.

Окрім лекцій і пояснень, ефективними є групові тренінги стресостійкості, які можуть включати:

- освоєння технік саморегуляції (дихальні вправи, медитація);

- моделювання типових стресових ситуацій та відпрацювання поведінкових стратегій;

- формування навичок емоційної самодопомоги;

- розвиток навичок підтримки побратимів у стані дистресу [18].

Візуалізація ресурсних образів — методика, що передбачає створення у свідомості уявних картин або спогадів, пов’язаних із почуттям безпеки, спокою чи підтримки. Це може бути реальне місце з минулого, символічний захисний образ або уявна сцена відновлення.

У роботі з військовими ця техніка часто використовується:

- як засіб швидкої стабілізації під час спалаху тривоги;

- для регуляції сну;

- у процесі експозиційної терапії як завершальний етап (повернення до безпечної реальності) [22].

Також застосовуються методи активізації уяви щодо майбутніх подій з позитивним результатом, що дозволяє сформувати установку на контроль та відновлення.

Особливе значення у роботі з військовими має групова форма роботи, оскільки вона:

- знижує відчуття ізольованості;

- дає можливість поділитися досвідом із тими, хто має схожі переживання;

- сприяє формуванню взаємної підтримки та нормалізації реакцій.

Механізми групової підтримки активізують вторинну переробку травматичного досвіду, підвищують рефлексивність і самосприйняття. У деяких випадках ефективним виявляється підхід “рівний – рівному”, коли учасники бойових дій проходять підготовку й допомагають іншим військовим через надання емоційної підтримки, навчання простим технікам стабілізації тощо. У разі стійких порушень, зокрема при клінічних проявах ПТСР, необхідним є індивідуальне психотерапевтичне втручання. Ефективними вважаються:

- методи травмофокусованої терапії;

- EMDR (Desensitization and Reprocessing) — десенсибілізація та переробка травматичних спогадів за допомогою рухів очей;

- нарративна терапія — переформулювання особистої історії та переосмислення травматичного досвіду [17].

Тривалість терапії залежить від глибини порушень, стабільності соціального оточення та мотивації самої особи до змін.

Комплексне використання психологічних методів, спрямованих на профілактику й подолання стресу, дозволяє суттєво знизити ризик розвитку ПТСР, поліпшити емоційний стан військовослужбовців і підвищити рівень адаптації до екстремальних умов. Ефективність таких методів зростає за умови їх своєчасного застосування, системності, індивідуалізації підходу та підтримки з боку командування й психологічної служби.

3.2. Рекомендації для психологічної підтримки військовослужбовців

Психологічна підтримка військовослужбовців — це не лише форма гуманітарного супроводу бойових підрозділів, а й системна складова забезпечення функціональної стійкості особового складу. В умовах бойового стресу, тривалої загрози життю, високої інтенсивності навантажень та періодів демобілізації зростає потреба у професійно організованій системі психологічної допомоги. Рекомендації щодо підтримки повинні охоплювати всі етапи військової служби — від підготовки до бойових дій до повернення до цивільного життя (табл. 3.2.).

Таблиця 3.2.

Рекомендації для психологічної підтримки військовослужбовців

Напрям	Конкретні заходи	Очікуваний результат
Психологічна діагностика	Регулярний скринінг за шкалами PCL-5, Mississippi, IES-R; моніторинг змін	Раннє виявлення симптомів стресу, своєчасне втручання
Психологічна допомога в бойових умовах	Мобільні групи, кімнати стабілізації, психолог у кожному підрозділі	Наявність підтримки у зоні бойових дій, зниження ризику ПТСР
Психоедукація і тренінги	Освітні заходи, тренінги саморегуляції, техніки стабілізації	Формування навичок подолання стресу, зниження тривожності

Продовження таблиці 3.2

Підхід «рівний – рівному»	Підготовка менторів з бойовим досвідом, групи взаємопідтримки	Зменшення ізольованості, покращення самопідтримки
Психологічна підтримка при демобілізації	Етап адаптаційної декомпресії, підготовка до цивільного життя	Зменшення ризику дезадаптації після служби
Роль командирів	Навчання командирів розпізнаванню стресу, сприяння зверненню по допомогу	Покращення психологічного клімату в підрозділі
Конфіденційність і добровільність	Гарантії анонімності, добровільна участь	Підвищення довіри до психологів, ефективна участь військових
Підтримка після служби	Центри реінтеграції, допомога ветеранам, психосупровід у побуті	Соціальна стабілізація, зменшення повторної дезадаптації

Джерело: складено автором на основі: [11, 16]

Організація психологічної підтримки військовослужбовців повинна охоплювати всі етапи їхньої служби — від мобілізації до повернення у цивільне життя. Одним із першочергових напрямів є впровадження систематичної психологічної діагностики та моніторингу стану. Проведення регулярного скринінгу на етапі мобілізації, перед ротаціями та після повернення із зони бойових дій дозволяє своєчасно виявляти ранні ознаки дезадаптації. Особливо ефективним є застосування стандартизованих методик, які дають змогу оцінити не лише наявність симптомів посттравматичного стресу, але й ступінь їхньої вираженості. Створення електронної бази для відстеження змін у динаміці дозволяє виявляти критичні відхилення ще до їхнього клінічного ускладнення.

Паралельно з діагностикою необхідно забезпечити доступність психологічної допомоги безпосередньо в бойових умовах. Для цього доцільним є формування мобільних психологічних груп, здатних оперативно

реагувати в зоні активних дій. Окрему увагу слід приділяти створенню так званих точок стабілізації в місцях ротацій, де військовослужбовці можуть отримати допомогу в безпечному та конфіденційному середовищі. Обов’язковою умовою має стати присутність психолога в кожному бойовому підрозділі батальйонного або бригадного рівня [16].

Ефективною профілактикою деструктивних стресових реакцій є системна психоедукація. Освітньо-інформаційні програми, що роз’яснюють механізми виникнення стресу, його прояви та способи саморегуляції, мають бути частиною стандартної підготовки військового персоналу. Не менш важливим є проведення групових тренінгів із освоєння технік стабілізації — зокрема, дихальних практик, м’язової релаксації, методів “заземлення”. Крім того, необхідно навчати військовослужбовців розпізнавати симптоми дистресу у побратимів та надавати їм первинну підтримку [11].

Окреме значення має розвиток програм підтримки на основі принципу «рівний — рівному». Військовослужбовці, які мають бойовий досвід і пройшли спеціальну підготовку, можуть виступати у ролі менторів, консультантів або ведучих груп взаємопідтримки. Подібні групи дозволяють зменшити почуття ізоляції, підвищити рівень довіри й сформувати ефективні моделі емоційного реагування в середовищі з високим ступенем спільного досвіду. При цьому координацію таких ініціатив має здійснювати професійний психолог.

Невід'ємним етапом системи підтримки є супровід процесу демобілізації. Перед поверненням до цивільного життя рекомендується запроваджувати адаптаційну декомпресію — короткотерміновий період психологічного розвантаження в ізольованих умовах, що дозволяє уникнути різкого психосоціального переходу. Важливим є також підготовка військових до майбутніх викликів: труднощів у родині, спілкуванні, зміні соціальної ідентичності. Постдемобілізаційне консультування, включно з підтримкою членів родини, сприяє зниженню ризику внутрішньосімейних конфліктів і повторного емоційного відсторонення [25].

Варто підкреслити важливість залучення командирського складу до процесу психологічного забезпечення. Навчання командирів розпізнаванню ранніх ознак психологічної дестабілізації у підлеглих та формування позитивного ставлення до звернення за допомогою як до прояву відповідальності сприяє створенню психологічно безпечного мікроклімату в підрозділах. Чітка комунікація між психологами, медиками та керівним складом дозволяє своєчасно приймати рішення про інтервенцію або профілактичні заходи.

Необхідною умовою довготривалої ефективності будь-якої психологічної роботи є дотримання принципів добровільності та конфіденційності. Будь-яке втручання має відбуватись лише за добровільною згодою військовослужбовця (за винятком ситуацій, що становлять загрозу для життя). Доступ до діагностичних результатів повинен бути обмеженим — лише для фахівця і самого військового. Формування довіри до психологічної служби неможливе без етичної сталісті, професіоналізму та обережності у поводженні з травматичним досвідом.

Після завершення служби необхідно забезпечити безперервність психологічної підтримки. Для цього слід розвивати мережу державних і громадських центрів, які надають комплексну допомогу демобілізованим: психологічну, юридичну, медичну та соціальну. Центри реінтеграції ветеранів мають охоплювати не лише первинне консультування, а й допомогу у працевлаштуванні, здобутті освіти, а також підтримку родин. Наявність психологічного супроводу в місцях навчання, на роботі чи в сім'ї сприяє зменшенню ризику дезадаптації в умовах мирного життя [25].

Отже, запропонована система психологічної підтримки має бути багаторівневою, безперервною, адаптивною до умов бойової діяльності та ґрунтуватися на міждисциплінарній взаємодії. Її ефективність значною мірою залежить від готовності командування до інтеграції психологічних інструментів у структуру служби, наявності професійних кадрів та створення умов для постійного емоційного контакту між військовими і спеціалістами.

3.3. Перспективи розвитку психологічних програм підтримки у Збройних Силах України

Сучасні виклики, пов’язані з тривалими бойовими діями, масовою мобілізацією, а також інтенсивною психологічною травматизацією військовослужбовців, зумовлюють необхідність перегляду, оновлення й системного вдосконалення психологічних програм підтримки у Збройних Силах України. На сьогоднішньому етапі особливої актуальності набуває створення функціональної, науково обґрунтованої, адаптивної до умов бойового середовища моделі психологічного забезпечення, яка не лише реагує на фактичні потреби особового складу, а й попереджує розвиток патологічних станів у перспективі.

Одним із основних напрямів подальшого розвитку є інституційне укріплення системи військової психології як частини оборонного сектору. Йдеться про посилення кадрового потенціалу психологічної служби, уніфікацію посадових інструкцій, стандартизацію вимог до підготовки фахівців і включення психопрофілактичних функцій до структури ротаційних, підготовчих і відновлювальних циклів військових частин. У перспективі має бути сформовано вертикально інтегровану модель, що охоплює стратегічне управління (на рівні Генерального штабу), оперативне забезпечення (в межах командувань видів і родів військ) і тактичну реалізацію (у підрозділах безпосереднього бойового складу) [25].

Важливим вектором розвитку виступає цифровізація психологічного супроводу. Запровадження електронних платформ для психологічної діагностики, дистанційного консультування, ведення особистих карток психоемоційного стану та автоматизованого відстеження динаміки дозволить підвищити оперативність реагування, точність виявлення ризиків та індивідуалізацію підтримки. Цифрові системи також сприятимуть формуванню статистичних баз, необхідних для прийняття управлінських рішень і науково-дослідного аналізу результативності програм [23].

Перспективним напрямом є розробка модулів раннього втручання, спрямованих на стабілізацію стану військовослужбовців після критичних інцидентів або бойових епізодів із високим рівнем загрози. Мова йде про впровадження спеціалізованих програм короткострокової інтервенції (psychological first aid, post-incident defusing), які дозволяють максимально швидко локалізувати перші реакції дистресу, запобігти формуванню стійких психотравм і знизити ризик ПТСР. Такі програми повинні бути інтегровані до планів дій підрозділів і підтримані відповідним навчанням командирів і сержантського складу [24].

Подальше вдосконалення програм підтримки також передбачає розширення спектра психотерапевтичних методів, які використовуються в межах ЗСУ. Йдеться про поетапне впровадження доказово ефективних підходів, зокрема: травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії, методів десенсибілізації та переробки травматичних подій за допомогою рухів очей (EMDR), а також структурованих програм для групової психотерапії. Важливою умовою їхньої реалізації є підготовка фахівців відповідного профілю, супервізійна підтримка та створення умов для захищеного терапевтичного середовища в армійському контексті [20].

Окремої уваги потребує інтеграція програм реадаптації та ресоціалізації для військовослужбовців, що проходять демобілізацію або тривалий відпочинок після бойових дій. Необхідним є створення повноцінних реабілітаційних центрів із психологічною, соціальною, медичною й професійною допомогою. У межах таких центрів доцільно поєднувати індивідуальні консультації, групову роботу, психоосвітні семінари та сімейне консультування. Подібні інституції можуть функціонувати на базі медичних установ Міністерства оборони або у форматі міжвідомчого партнерства з Міністерством охорони здоров’я, Міністерством у справах ветеранів та громадськими організаціями.

Потребує розвитку й психоедукаційна складова військової підготовки. Психологічна грамотність має стати елементом базової бойової підготовки

кожного військовослужбовця. Це передбачає знайомство з основами функціонування психіки під стресом, методами саморегуляції, принципами психологічної підтримки побратимів, а також формування навичок звернення по допомогу без внутрішнього опору чи сорому. Така система не лише знижує ризик дезадаптації, а й формує колективну культуру психологічної стійкості.

Крім того, перспективи розвитку психологічної підтримки пов’язані з посиленням міжвідомчої та міжсекторальної координації. Психологічне забезпечення не може залишатись сферою виключної відповідальності армійських психологів. Партнерство з психіатричними службами, університетами, недержавними організаціями, ветеранськими спільнотами створює умови для більш гнучкої, професійно різноманітної та стійкої системи допомоги. Особливе значення тут має забезпечення неперервності підтримки після завершення активної служби, що знижує ймовірність формування відкладених травматичних реакцій.

Отже, подальший розвиток психологічних програм у ЗСУ вимагає не точкових змін, а системного реформування всієї моделі психологічного забезпечення — з урахуванням бойового досвіду, сучасних наукових підходів і технологічних можливостей. Інституційне зміцнення служби, цифрові платформи, терапевтичні інтервенції, освіта та партнерство мають стати складовими єдиного функціонального механізму, спрямованого на збереження психологічної стійкості, людської гідності та боєздатності українських військових у тривалому періоді збройного протистояння.

ВИСНОВКИ

Проведений аналіз поняття стресу у психологічній науці показав, що стрес є складним психофізіологічним процесом, який охоплює когнітивні, емоційні, поведінкові та фізіологічні компоненти. Згідно з транзакційною моделлю стресу, запропонованою Лазарусом і Фолкман, ключовим чинником у розвитку стресової реакції виступає когнітивна оцінка ситуації, яка визначає сприйняття загрози. Встановлено, що у військовій діяльності стрес часто набуває хронічного характеру, що пов’язано з високою інтенсивністю стресогенних факторів. Особлива увага приділяється розмежуванню між еустресом, що стимулює адаптацію, і дистресом, який є руйнівним для психічного здоров’я. Ефективна адаптація до стресу передбачає використання копінг-стратегій і соціальної підтримки.

У ході вивчення класифікації стресових станів було встановлено, що стрес може варіюватися за тривалістю (гострий, хронічний), результативністю (еустрес, дистрес), джерелом (фізіологічний, психологічний, соціальний), інтенсивністю та психологічними проявами. Особливу цінність становить типологія за симптоматикою, яка дозволяє виокремити тривожні, депресивні, агресивні, дезорганізаційні та психосоматичні типи реагування. У військовому середовищі часто спостерігається комбінація кількох типів одночасно, що вимагає мультифакторного діагностичного підходу.

Професійна діяльність військовослужбовця відзначається високим рівнем нормативності, фізичного та емоційного навантаження, ієрархічністю і жорсткою структурованістю. Встановлено, що ефективне функціонування у військовому середовищі вимагає високої стресостійкості, емоційної регуляції, когнітивної гнучкості та міжособистісної згуртованості. Виявлено також високий ризик розвитку ПТСР, емоційного вигорання та адаптаційних розладів, особливо у демобілізаційний період. Психологічна допомога має бути інтегрованою частиною системи військового забезпечення.

Механізми психологічної адаптації до стресу включають когнітивну оцінку ситуації, використання копінг-стратегій, емоційну регуляцію, психологічні захисти, соціальну підтримку та професійну підготовку до дій у складних умовах. Особливо ефективним виявилось поєднання проблемно-орієнтованого копінгу з емоційною підтримкою з боку побратимів. Високий рівень самоефективності, внутрішній локус контролю та наявність досвіду адаптації сприяють більш успішному подоланню стресових впливів.

Дослідження проводилось із застосуванням стандартизованих психодіагностичних методик (PCL-5, Mississippi Scale, IES-R), адаптованих до військового контингенту. У дослідженні брали участь 30 військовослужбовців чоловічої статі. Діагностичний процес передбачав добровільну участь, забезпечення конфіденційності та можливість психологічної підтримки. Усі етапи дослідження було організовано відповідно до етичних норм і методичних вимог, що забезпечило достовірність отриманих результатів.

Аналіз результатів за шкалою PCL-5 показав, що 5 6,7% респондентів мали високий або дуже високий рівень симптомів ПТСР, що свідчить про значну психоемоційну напругу. За шкалою Mississippi 33,3% військових мали клінічно значущі прояви ПТСР, ще 46,7% — симптоми помірної інтенсивності. Методика IES-R підтвердила високий рівень інтрузій, уникання та гіперактивності у значної частини вибірки. Ці результати вказують на актуальність проблеми ПТСР серед військових та потребу в цільовій психологічній допомозі.

Виявлено, що вищий рівень стресу спостерігався у військовослужбовців із меншим бойовим досвідом (до 1 року), віком до 30 років, а також у осіб, які не мали досвіду попередньої психологічної підготовки. Респонденти з вищою посадою та більшим стажем служби продемонстрували вищу стресостійкість і нижчі рівні симптоматики. Отримані дані свідчать про наявність чіткої залежності між психологічною стійкістю і чинниками, такими як вік, досвід, професійна підготовка та рівень соціальної підтримки.

Психологічні методи профілактики і подолання стресу включають регулярну діагностику, психоедукацію, індивідуальні та групові психокорекційні програми, тренінги емоційної саморегуляції та впровадження програм «рівний – рівному». Позитивний ефект також має залучення до медитацій, тілесних технік розслаблення, когнітивно-поведінкових інтервенцій. Профілактична робота повинна бути безперервною і багаторівневою — охоплювати як бійців, так і командирів.

Сформульовані рекомендації охоплюють напрямки організації системи психологічної допомоги в бойових умовах, підвищення компетентності командного складу, забезпечення конфіденційності, розвитку реабілітаційної інфраструктури, а також підтримки під час демобілізації. Усі запропоновані заходи є реалістичними та ґрунтуються на результатах дослідження, що дозволяє їх застосовувати у практиці військової психології.

Перспективи розвитку психологічних програм у ЗСУ пов’язані з інституційним посиленням служби, цифровізацією психологічного супроводу, впровадженням доказово ефективних методів терапії, створенням центрів реадаптації, розширенням психоедукації, міжвідомчою співпрацею та інтеграцією психології в усі етапи військової служби. Ці заходи сприятимуть не лише профілактиці ПТСР, але й загальному зміцненню бойової готовності та психічного здоров’я особового складу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бриндіков Ю. Л. Реабілітація військовослужбовців учасників бойових дій в системі соціальних служб: теоретико-методичні основи : монографія. Хмельницький : Вид-во «Поліграфіст», 2018. 372 с.

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

3. Горбунова В., Карачевський А., Климчук В., Нктлюх Г., Романчук О. Соціально психологічна підтримка адаптації ветеранів АТО: посібник для ведучих груп : навчальний посібник. Львів : Інс-т псих.здоровя Українського кат.університету, 2016. 96 с.

4. Гуль М. Особливості арттерапевтичного супроводу осіб із травмівним досвідом: методологія та практика. *Психічне здоровя особистості у кризовому суспільстві* : збірник тез VI Всеукраїнської науково-практичної конференції (22 жовтня 2021 року) / уклад. В.С. Бліхар. Львів : ЛьвДУВС, 2021. С. 43-44.

5. Гульбс О., Кобець О. Психологічна реабілітація учасників бойових дій. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка.* Серія : Військово-спеціальні науки. 2021. № 47(3). С. 12–15. DOI : https://doi.org/10.17721/1728-2217.2021.47.12-15.

6. Кісіль З. Р., Кісіль Р. В. Психологічні чинники професійного стресу у працівників національної поліції України. *Соціально-правові студії*. 2019. №1. С. 22–31.

7. Когут О. О. Психопрактика трансформації стресу. *Психологічні науки.* 2021. №1. С. 89–96.

8. Комар Т., Варгата О. Психологічні особливості професійного стресу фахівців соціономічного профілю. *Scientific Journal «Psychology Travelogs»*. 2022. №1. С. 5–14.

9. Кравцов Д. Р. Поняття стресу та психологічної стійкості в межах різних теоретичних підходів. *Габітус*. 2020. №1. С. 112– 116.

10. Корольчук О. Л. Посттравматичний стресовий розлад як новий виклик сучасній Україні. *Інвестиції: практика та досвід: науково-практичний журнал* / Чорноморський держ. ун-т ім. Петра Могили; ТОВ «ДСК Центр». 2016. № 3. С. 45–52.

11. Курапов А., Калайцакі А., Келлер В., Данилюк І., Ковач Т. Психічний вплив поточної російсько-української війни через 6 місяців після російського вторгнення в Україну. *Frontiers in Psychiatry*. 2023. Т. 14. С. 1134780. DOI : https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1134780.

12. Лящ О., Яцюк М. Деструктивний вплив бойового стресу на емоційну сферу особистості військового. *Психологічні перспективи.* 2021. №37. С. 128–140.

13. Матейко Н. Особливості формування саногенних диспозицій у військових в ситуації бойового стресу. 2021. С. 105–109.

14. Міхеєва Л.В., Олійник М.П. Емпіричне дослідження психологічних особливостей прояву посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. *Психологічні травелоги. Науковий журнал.* Хмельницький, 2023. № 4 (7). С. 123-129.

15. Міхеєва Л.В., Олійник М.П. Ресоціалізація та реінтеграція військовослужбовців як повернення до мирного життя. *Modern ways of development of science and the latest theories* : XIII Міжнародній науковопрактичній конференції (м. Мадрид, 11-13 грудня 2023 року). 2023. С. 175-176.

16. Наугольник Л. Б. Психологічні особливості індивідуальних відмінностей в реагуванні на стрес. *Актуальні питання сучасних педагогічних та психологічних наук :* збірник наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції (21 – 22 березня 2014 р., м. Одеса). Одеса : ГО «Південна фундація педагогіки», 2014. С. 27–30.

17. Олексюк-Нехман А. Роль реабілітаційних методик для терапії пацієнтів з посттравматичним стресовим розладом. *Психічне здоровя особистості у кризовому суспільстві* : збірник тез ІІ Всеукраїнської науковопрактичної конференції (20 жовтня 2017 року) / упор. Н.М. Бамбурак. Львів : ЛьвДУВС, 2017. С. 286 – 291.

18. Пінчук І.Я., Петриченко О.О., Колодєжний О.В. та ін. Структура захворюваності та поширеність реакцій на важкий стрес та порушення адаптації в Україні у першому півріччі 2016 року. *Архів Психіатрії*. 2016. Т. 22. № 3. С. 12–15.

19. Пітерсон К., Дойл М. Відновлення військовослужбовців: повернення до мирного життя. Охорона психічного здоров'я в умовах війни / пер. з англ. Т. Семигіна, І. Павленко, Є. Овсяннікова [та ін.]. Київ : Наш формат, 2017. 1068 с

20. Психологія стресу. Програма навчальної дисципліни. Київ : Університет імені Бориса Грінченка, 2014. 21 с.

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

22. Радецька Л. В., Лаба І. О., Смачило А. І., Нечаєва О. О., Лопатенко К. О., Баумер М. М. Особливості проявів бойових стресових розладів у поранених військовослужбовців Збройних сил України – учасників бойових дій. *Медсестринство.* 2021. № 4. С. 23–26. DOI : https://doi.org/10.11603/2411- 1597.2020.4.11868

23. Радиш Я. Ф., Соколова О.М. Медична реабілітація військовослужбовців як наукова проблема: теоретико-методологічні засади (за матеріалами літературних джерел). *Економіка та держава.* 2012. № 3. С. 103–106.

24. Чабан О.С., Хаустова О.О., Омелянович В.Ю. Психічні розлади воєнного часу. Київ : «Видавничий дім Медкнига», 2023. 232 с.

25. Чернишов Г. Посттравматичний стресовий розлад учасників бойових дій. Ius Humani. *Law Journal.* 2020. Т. 9, № 1. С. 61-86. DOI : https://doi.org/10.31207/ih.v9i1.225

ДОДАТКИ

Додаток А

Таблиця А.1.

Перспективи розвитку психологічних програм підтримки у ЗСУ

Напрям перспективного розвитку	Опис змісту	Очікуваний ефект
Інституційне укріплення психологічної служби	Формування вертикально інтегрованої системи управління, стандартизація функцій та навчання персоналу	Підвищення ефективності роботи та узгодженість дій психологів у ЗСУ
Цифровізація психологічного супроводу	Впровадження електронних платформ для діагностики, моніторингу та консультування	Оперативність реагування, точне виявлення змін стану, персоналізація допомоги
Програми раннього втручання після бойових епізодів	Короткострокові інтервенції (psychological first aid, defusing) одразу після критичних подій	Зниження ризику ПТСР, стабілізація стану до розвитку ускладнень
Впровадження сучасних психотерапевтичних методів	Інтеграція КПТ, EMDR, групової терапії, супервізійна підтримка психологів	Підвищення результативності лікування бойової психотравми
Центри реадаптації та ресоціалізації	Мультидисциплінарна допомога при демобілізації: психологічна, соціальна, юридична підтримка	Полегшення переходу до цивільного життя, зниження дезадаптації
Психоедукаця як складова підготовки	Навчання військових саморегуляції, навичкам звернення по допомогу, підтримці побратимів	Формування культури психологічної грамотності та емоційної самодопомоги
Міжвідомча та міжсекторальна взаємодія	Співпраця ЗСУ з МОЗ, МВС, громадськими організаціями, ветеранськими спілками	Стабільність системи підтримки, доступність допомоги після служби