

ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА

**В АКТУАЛІЗАЦІЇ
ПОСТТРАВМАТИЧНОГО
ЗРОСТАННЯ**

**ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ-
УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ**



Практичний посібник

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ІНСТИТУТ ПСИХОЛОГІЇ ІМЕНІ Г. С. КОСТЮКА



**ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА В
АКТУАЛІЗАЦІЇ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО
ЗРОСТАННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ-
УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ**

Практичний посібник

Київ 2025

УДК 159.98

Рекомендовано до друку вченою радою Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України (протокол № 8 від 26 червня 2025 року).

Рецензенти:

Н. Є. Завацька – докторка психологічних наук, професорка, завідувачка кафедри практичної психології та соціальної роботи Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля.

Н. В. Пророк – докторка психологічних наук, старша наукова співробітниця, завідувачка лабораторії психодіагностики та науково-психологічної інформації Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України.

Психологічна допомога в актуалізації посттравматичного зростання військовослужбовців-учасників бойових дій. Практичний посібник / В. В. Турбан, Л. З. Сердюк, В. В. Москаленко та ін.; за наук. ред. В. В. Турбан. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2025, 259 с.

ISBN 978-617-7745-81-4

У практичному посібнику, підготовленому науковцями лабораторії загальної психології та історії психології імені В. А. Роменця Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України, розкрито концептуальні основи посттравматичного зростання військовослужбовців–учасників бойових дій на основі вітчизняного та зарубіжного досвіду; розроблено теоретичну модель посттравматичного зростання військовослужбовців–учасників бойових дій. На основі результатів емпіричного дослідження щодо основних чинників посттравматичного зростання військовослужбовців–учасників бойових дій визначено психологічні передумови та розроблено технологію актуалізації посттравматичного зростання військовослужбовців–учасників бойових дій.

У практичному посібнику основний науково-практичний результат полягає у створенні психологічних основ реабілітації військовослужбовців–учасників бойових дій.

Практичний посібник адресовано психологам-науковцям і практичним психологам, педагогам, медичним і соціальним працівникам, тим, хто займається проблемами реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями, а також тим, хто цікавиться проблемами становлення психологічної науки в Україні.

Номер державної реєстрації наукового дослідження: 0124U000292

ISBN 978-617-7745-81-4

© Інститут психології імені Г.С. Костюка
НАПН України, 2025

© Бугайова Н.М., дизайн, макет, 2025

З М І С Т

ВСТУП	6
Розділ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ-УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ТА СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗВИТКУ ПСИХОЛОГІЇ ОСОБИСТОСТІ	11
1.1. Дослідження основ актуалізації посттравматичного зростання військовослужбовців–учасників бойових дій: теоретична модель	11
1.2. Теоретико-методологічні засади дослідження ідентичності особистості як чинника посттравматичного зростання військовослужбовців–учасників бойових дій	37
1.3. Організація інформаційного простору військовослужбовця – учасника бойових дій, як передумова його посттравматичного зростання	49
1.4. Резильєнтність як передумова посттравматичного зростання військовослужбовців–учасників бойових дій	60
Розділ 2. ПРАКТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ-УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ	75
2.1. Сприяння посттравматичному зростанню військовослужбовців-учасників бойових дій засобами позитивної психотерапії	75
2.2. Дослідження особливостей застосування методу EMDR при посттравматичних стресових розладах в військовослужбовців –учасників бойових дій	91
2.3. Дослідження стресових станів при посттравматичному синдромі у військовослужбовців–учасників бойових дій	107
2.4. Дослідження афективних проявів у поведінці військовослужбовців-учасників бойових дій	133

Розділ 3.	
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІ ФОРМИ АКТИВІЗАЦІЇ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ-УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ	156
3.1. Дослідження інноваційної діяльності та її впливу на психологію особистості військовослужбовців–учасників бойових дій	156
3.2. Психолого-педагогічні форми впливу на психологію особистості військовослужбовців–учасників бойових дій	181
3.3. Дослідження форм і перспектив інформаційного впливу на посттравматичний стан військовослужбовців–учасників бойових дій	192
ВИСНОВКИ	233
Список використаних джерел	238
Відомості про авторів	259

ВСТУП

Тривала війна проти України, що розгортається з 2014 року та набула повномасштабного характеру у 2022 році, радикально змінила умови життєдіяльності військовослужбовців і цивільного населення. Бойові дії, тривала небезпека, втрата побратимів, поранення, вимушені переміщення та розрив звичних соціальних зв'язків створюють потужне травматичне навантаження на психіку особистості. Водночас сучасні підходи у психології та психотерапії свідчать, що наслідки пережитої травми не зводяться лише до деструктивних змін: за певних умов травматичний досвід може стати підґрунтям для посттравматичного зростання, поглиблення життєвих смислів, переоцінки цінностей, зміцнення ідентичності та розширення репертуару копінг-стратегій.

Посттравматичне зростання військовослужбовців-учасників бойових дій постає як складний, багатовимірний психологічний процес, у якому поєднуються індивідуально-особистісні, міжособистісні, організаційні та соціокультурні чинники. Ідеться не про «героїзацію» травми, а про професійно організовану допомогу в такій інтеграції травматичного досвіду, що зменшує ризики хроніфікації посттравматичного стресу та сприяє підвищенню якості життя, відновленню професійної ефективності, зміцненню суб'єктності військовослужбовця.

Саме в цьому контексті особливої актуальності набуває розробка даного практичного посібника, в якому об'єднуються теоретична рефлексія сучасних наукових підходів і конкретні психолого-педагогічні інструменти для роботи з військовими.

Практичний посібник «Психологічна допомога в актуалізації посттравматичного зростання військовослужбовців-учасників бойових дій» покликаний стати методичним орієнтиром для практичних психологів, психотерапевтів, військових психологів, командирів, викладачів закладів вищої освіти, а також для фахівців суміжних професій, які залучені до системи психосоціальної підтримки обороноздатності держави.

Структура посібника відображає логіку руху від теоретичного осмислення феномену посттравматичного зростання та його детермінант – до конкретних психотерапевтичних і психолого-педагогічних форм впливу, орієнтованих на підтримку військовослужбовців у процесі інтеграції травматичного досвіду.

Методологічно посібник спирається на інтеграцію низки наукових підходів: біопсихосоціальної моделі здоров'я, культурно-історичної парадигми, гуманістично-екзистенційної традиції, позитивної психології, ресурсно-орієнтованого й

травмоорієнтованого підходів, сучасної військової психології та психотравматології. Така інтеграція дозволяє розглядати військовослужбовця не лише як «носія симптомів» посттравматичного стресу, а як суб'єкта, здатного до смислового переосмислення подій, відновлення й посилення особистісної ідентичності, формування більш складних і водночас гнучких моделей взаємодії з собою, іншими та світом.

Перший розділ посібника – «Теоретичні основи посттравматичного зростання військовослужбовців-учасників бойових дій» – вибудовує цілісне концептуальне поле проблематики. У підрозділі 1.1 В. В. Турбан аналізує основи актуалізації посттравматичного зростання військовослужбовців-учасників бойових дій та пропонує теоретичну модель цього процесу. Автор розкриває ключові конструкти посттравматичного зростання, окреслює його відмінність від відновлення та «повернення до довоєнного рівня функціонування», описує можливі траєкторії адаптації після травматичних подій. Особливу увагу приділено структурним компонентам моделі, що включають когнітивну переробку травматичного досвіду, зміну базових переконань, трансформацію системи цінностей, а також роль соціального оточення та інституційної підтримки у сприянні зростанню.

У підрозділі 1.2 В. В. Москаленко зосереджується на теоретико-методологічних засадах дослідження ідентичності особистості як чинника посттравматичного зростання військовослужбовців-учасників бойових дій. Авторка розкриває багатовимірну структуру ідентичності (особистісної, професійної, військової, громадянської), аналізує процеси її кризи та реконструкції в умовах бойового досвіду. Наголошується, що саме цілісна й водночас динамічна ідентичність дозволяє особистості інтегрувати травматичні події у власну життєву історію, уникнути редукції себе до статусу «жертви» та перейти до позиції активного суб'єкта, здатного формувати нові смисли та цілі. У вступі до посібника цю позицію важливо підкреслити як одну з базових ліній усього видання.

У підрозділі 1.3 О. Л. Вірник розглядає організацію інформаційного простору військовослужбовця – учасника бойових дій як ключову передумову його посттравматичного зростання. Автор звертає увагу на те, що сучасний військовослужбовець функціонує в умовах потужних інформаційних потоків – від бойових зведень і внутрішньої комунікації в підрозділі до впливу соціальних мереж та медіа-нарративів про війну.

Вступ до посібника підкреслює, що структуроване, етично виважене й психологічно безпечне інформаційне середовище може виступати як фактор захис-

ту, підтримки й нормалізації досвіду, тоді як хаотичний, травматизуючий інформаційний простір підвищує ризики ретравматизації та дезадаптації.

Підрозділ 1.4, підготовлений С. Є. Солодчук, присвячений резильєнтності як передумові посттравматичного зростання військовослужбовців–учасників бойових дій. Авторка розглядає резильєнтність не як «вроджену рису», а як динамічну систему індивідуальних, міжособистісних та інституційних ресурсів, які забезпечують здатність витримувати екстремальні навантаження, зберігати психологічну цілісність і розвиватися попри травматичні події. У вступі резильєнтність підкреслюється як один із фундаментальних концептів, що пов’язує теоретичні положення посібника з практичними стратегіями, описаними у наступних розділах.

Другий розділ – «Практичні підходи до вивчення посттравматичного зростання військовослужбовців-учасників бойових дій» – має виразно прикладний характер і орієнтований на конкретні методи психотерапевтичної та психодіагностичної роботи. У підрозділі 2.1 Л. З. Сердюк розкриває можливості сприяння посттравматичному зростанню засобами позитивної психотерапії.

Авторка демонструє, як опора на ресурсні аспекти життєвої історії, ціннісні орієнтації та мультикультурний вектор позитивної психотерапії дозволяють активізувати внутрішні сили військовослужбовця, формувати нові смисли й підтримувати здатність до конструктивної діяльності навіть за умов моральної та емоційної втоми.

У підрозділі 2.2 В. М. Волошин аналізує особливості застосування методу EMDR (десенсибілізації та переробки рухами очей) при посттравматичних стресових розладах у військовослужбовців–учасників бойових дій. У вступі до посібника важливо підкреслити, що включення цього підходу відображає орієнтацію української військової психології на доказові методи психотерапії, визнані міжнародною професійною спільнотою. Автор описує специфіку адаптації протоколів EMDR до умов військової служби, а також можливості інтеграції цього методу у комплексні програми психосоціальної підтримки.

Підрозділ 2.3, підготовлений О. А. Мельник, присвячено дослідженню стресових станів при посттравматичному синдромі у військовослужбовців–учасників бойових дій. Авторка деталізує спектр стресових реакцій – від гострих до хронічних – та окреслює їх взаємозв’язок із когнітивним функціонуванням, емоційною сферою і поведінковими стратегіями. У вступі наголошується, що адекватна діагностика та диференціація стресових станів є необхідною передумо-

вою для вибору відповідних інтервенцій, а також для реалістичної оцінки потенціалу посттравматичного зростання.

У підрозділі 2.4 А. Д. Терещук аналізує афективні прояви в поведінці військовослужбовців–учасників бойових дій, включаючи агресивність, дратівливість, емоційну притупленість, імпульсивність і труднощі в регуляції почуттів. У вступі підкреслюється, що розуміння афективної динаміки є критично важливим для побудови ефективної взаємодії між військовослужбовцем, командуванням і фахівцем-психологом. Своєчасне розпізнавання таких проявів дозволяє не лише попереджати деструктивні форми поведінки, але й перетворювати афективну енергію на ресурс для змін і зростання.

Третій розділ – «Психолого-педагогічні форми активізації посттравматичного зростання військовослужбовців-учасників бойових дій» – поєднує психологічні та освітні стратегії підтримки. У підрозділі 3.1 В. П. Чудакова досліджує інноваційну діяльність і її вплив на психологію особистості військовослужбовців–учасників бойових дій. У вступі важливо акцентувати, що залучення військових до інноваційних, творчих, проєктних форм діяльності (включно з дистанційними й змішаними форматами) відкриває можливості для розвитку нових компетентностей, розширення професійних перспектив та формування відчуття контролю над власним життєвим шляхом після бойового досвіду.

Підрозділ 3.2, підготовлений Л. О. Скальською, присвячено психолого-педагогічним формам впливу на психологію особистості військовослужбовців–учасників бойових дій. Авторка розкриває потенціал тренінгових програм, групових форм роботи, освітніх модулів із саморегуляції, комунікації, лідерства, а також супервізійно-методичних форматів для військових психологів. У вступі підкреслюється, що ці форми не лише передають знання й навички, а й створюють безпечний простір для рефлексії травматичного досвіду й взаємної підтримки, що є суттєвою умовою посттравматичного зростання.

У підрозділі 3.3 Н. М. Бугайова аналізує форми й перспективи інформаційного впливу на посттравматичний стан військовослужбовців–учасників бойових дій. Йдеться про освітні кампанії, медіапродукцію, інформаційні матеріали, просвітницькі проєкти, які формують культуру відповідального ставлення до психічного здоров'я, зменшують стигму щодо звернення по психологічну допомогу та підтримують наративи зростання, стійкості й солідарності. Вступ до посібника окреслює цей напрям як місток між індивідуальною психотерапевтичною роботою та широким соціальним контекстом, у якому відбувається адаптація військовослужбовців після бойових дій.

Н. М. Бугайовою запропоновано рекомендації щодо основ інформаційної гігієни та розроблені правила психологічної кібербезпеки військовослужбовців, розроблена модель екологічності інформаційного простору та психологічної кібербезпеки.

Узагальнюючи, варто підкреслити, що даний посібник спирається на результати вітчизняних досліджень, практичний досвід роботи з військовослужбовцями в умовах сучасної війни та враховує міжнародні стандарти психологічної допомоги. Він не пропонує універсальних рецептів, однак містить концептуальні орієнтири, методичні підходи і конкретні інструменти, які можуть бути адаптовані до потреб конкретного підрозділу, конкретного фахівця та конкретного військовослужбовця.

Авторський колектив посібника виходить із розуміння, що посттравматичне зростання не є обов'язковим та автоматичним наслідком травми, а є результатом тривалої, тонкої, етично виваженої взаємодії між особистістю військовослужбовця, його соціальним середовищем та професійною підтримкою.

Сподіваємося, що запропоновані в цьому виданні теоретичні моделі та практичні розробки сприятимуть подальшому розвитку системи психологічної допомоги в секторі безпеки й оборони України, формуванню культури турботи про психічне здоров'я військових і, зрештою, зміцненню людського потенціалу нашої держави в умовах тривалої війни та після її завершення.

I. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ-УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

1.1. Дослідження основ актуалізації посттравматичного зростання військовослужбовців-учасників бойових дій: теоретична модель

Сучасні війни, зокрема російсько-українська, радикально змінюють уявлення про психологічні наслідки бойового досвіду. Традиційно фокус досліджень був зосереджений на посттравматичних стресових розладах, депресії, тривозі, суїцидальній поведінці, розладах адаптації. Однак поступово формується інша оптика – вивчення не лише психічних ушкоджень, а й потенціалу позитивних трансформацій, які можуть актуалізуватися у частини військовослужбовців після пережитого бойового стресу. Ідеться про феномен посттравматичного зростання (ПТЗ) – якісних змін у системі життєвих смислів, цінностей, ідентичності, що виникають не «замість» травми, а внаслідок її глибокої когнітивно-емоційної переробки.

Дані масштабних досліджень військових і ветеранів у різних країнах засвідчують, що бойовий досвід може одночасно призводити і до високого рівня психопатологічної симптоматики, і до виразних показників ПТЗ (Greenberg та ін., 2021; Kang та ін., 2023; Zerach, 2024). У національних вибірках ветеранів США виявлено, що значна частина тих, хто зазнав бойової травми, повідомляє про посилення особистісної сили, поглиблення стосунків, зміну життєвих пріоритетів, духовне оновлення, попри наявність симптомів ПТСР (Greenberg та ін., 2021; Kang та ін., 2023).

Для українського контексту ця проблематика набуває особливої ваги. Війна триває роками, формуючи багат шаровий досвід участі в бойових діях, поранень, втрати побратимів, полону, вимушеної еміграції.

Перші емпіричні, проведені серед військовослужбовців, які воювали на Сході України, показали, що ПТЗ корелює з резилієнтністю та базовою надією – глибинною вірою в упорядкованість, зрозумілість і сенсовність світу (Kondratyuk, Puchalska-Wasył, 2020).

Це створює підґрунтя для побудови теоретичної моделі актуалізації ПТЗ, яка враховує як індивідуально-психологічні, так і соціально-контекстуальні чинники, а також динамічну взаємодію ПТЗ із клінічними проявами стресу.

У цьому розділі пропонується інтегративна теоретична модель актуалізації посттравматичного зростання у військовослужбовців – учасників бойових дій, яка

спирається на сучасні емпіричні дані міжнародних і українських досліджень, концепції резилієнтності, базової надії, самоефективності, соціальної підтримки, групової згуртованості, духовності, а також на уявлення про взаємодію ПТЗ і ПТСР як динамічних процесів (Kondratyuk, Puchalska-Wasyl, 2020; Greenberg та ін., 2021; Dyball та ін., 2022; Rhodes та ін., 2024; Weber та ін., 2025).

Посттравматичне зростання військовослужбовців як феномен і дослідницька проблема

Посттравматичне зростання зазвичай визначається як позитивні психологічні зміни, що виникають унаслідок подолання наслідків травматичних подій і проявляються у кількох вимірах: посилення особистісної сили, поглиблення міжособистісних стосунків, нове бачення життєвих можливостей, зміни в духовності, глибше цінування життя.

Дослідження військових контингентів різних країн підтверджують наявність цих доменів у ветеранів, а також їх зв'язок з низкою ресурсів – резилієнтністю, соціальною підтримкою, активним подоланням, внутрішньою релігійністю, професійною ідентичністю (Park та ін., 2021; Distor, Jacob, 2023; Kang та ін., 2023; Moryosef, Ben-Ari, 2024).

У вибірці солдатів, які воювали на Сході України, було показано, що ПТЗ має системний характер і пов'язане з резилієнтністю та базовою надією: військовослужбовці з високими показниками цих ресурсів частіше повідомляли про зростання у сферах «цінування життя», «особистісна сила», «поглиблення стосунків» (Kondratyuk, Puchalska-Wasyl, 2020). Це особливо важливо в умовах війни, де світоглядні орієнтири, моральні норми та уявлення про майбутнє зазнають радикальних викликів.

Лонгітюдні дослідження ветеранів старшого віку показують, що ПТЗ і симптоми ПТСР перебувають у складних динамічних взаєминах: підвищення ПТЗ на одному часовому етапі може асоціюватися з подальшим зниженням окремих симптомів ПТСР, однак можливий і зворотний напрям впливу (Whealin та ін., 2020).

Латентно-профільні аналізи серед жінок-комбатанток в Ізраїлі демонструють, що можливі різні «констеляції» поєднання ПТЗ і ПТСР: високий рівень обох конструктів, високий ПТСР за низького ПТЗ, а також низький ПТСР при високому ПТЗ (Zerach, 2024).

Це свідчить, що ПТЗ не є простим «антиподом» ПТСР, а радше специфічною траєкторією адаптації, яка може співіснувати з досвідом страждання.

Таблиця 1.1.1

Можливі посттравматичні траєкторії адаптації військовослужбовців

Траєкторія	Узагальнена характеристика	Клініко-реабілітаційні акценти
Домінування ПТСР / тяжка дезадаптація	Високі й стійкі симптоми ПТСР, депресії, тривоги, соматизації; виражені порушення функціонування; ПТЗ відсутнє або мінімальне	Інтенсивна психіатрична та психотерапевтична допомога; робота з безпекою; поступова стабілізація; лише потім – смислотворчі інтервенції
«Застигла» адаптація / субклінічний дистрес	Симптоми помірні, але хронічні; емоційна відчуженість; уникання нагадувань про війну; відсутність виразного ПТЗ	Виявлення «прихованого» дистресу; мотивація до участі в реабілітаційних програмах; підтримка поступового повернення до рефлексії і стосунків
«Звичайна» резилієнтність	Відносне повернення до довоєнного рівня функціонування без суттєвої зміни цінностей чи ідентичності	Профілактичні програми; підтримка здорових копінг-стратегій; відстеження можливого відтермінованого дистресу
Змішані профілі ПТЗ + ПТСР	Виражене ПТЗ у деяких доменах (цінування життя, відповідальність, стосунки) на тлі помірних або високих симптомів ПТСР / депресії	Комплексна робота: одночасне зниження симптоматики й підтримка смислотворення; запобігання «романтизації» травми; індивідуальний підбір інтервенцій
Виразне посттравматичне зростання	Стійкі позитивні зміни у кількох доменах при низькому або помірному дистресі; інтегрований наратив війни в особистій ідентичності	Підтримка лідерських і просоціальних ролей ветеранів; залучення до реєр-підтримки; профілактика виснаження «носіїв надії»
Посттравматична «девальвація»	Зростання цинізму, недовіри, відчуження, агресивності; руйнування цінностей; можливе співіснування з окремими елементами ПТЗ	Робота з моральною травмою, переживанням зради, несправедливості; відновлення базової довіри; групові й наративні підходи

Важливий внесок у розуміння посттравматичної динаміки зробили роботи, що аналізують роль бойових поранень, хронічного болю і супутніх психічних розладів. У дослідженні ADVANCE серед британських військових, які були поранені в Афганістані, було показано, що травматичні ушкодження підвищують ризик ПТСР та депресії, але водночас у частини поранених спостерігається виразне ПТЗ, зокрема через переоцінку життєвих пріоритетів, вдячність за збережене життя (Dyball та ін., 2022).

При цьому надмірна тяжкість депресивних симптомів істотно знижує потенціал зростання.

Таким чином, ПТЗ у військових постає як феномен, який:

1. формується внаслідок інтерації травматичного досвіду з наявними ресурсами;
2. не усуває і не заперечує симптомів ПТСР чи депресії;
3. має варіативні профілі поєднання з дистресом;
4. опосередковується когнітивною переробкою подій, смислотворенням та соціальним контекстом.

Психологічне благополуччя військовослужбовців: континуум від ураження до зростання

Психологічне благополуччя військовослужбовців не можна редукувати до відсутності ПТСР. Дані досліджень свідчать про існування континууму станів – від тяжких психічних розладів, субклінічного дистресу й «замороженої» адаптації до функціональної стійкості, «звичайної» резилієнтності та, в окремих випадках, посттравматичного зростання (Greenberg та ін., 2021; Weber та ін., 2025).

У національних когортних дослідженнях ветеранів США та інших країн було виявлено групи осіб, які демонструють одночасно відносно стабільне функціонування в повсякденному житті та високі показники ПТЗ при збереженні певної кількості симптомів ПТСР (Greenberg та ін., 2021; Kang та ін., 2023).

Такий профіль можна описати як «функціональне зростання на тлі дистресу», коли військовослужбовець не повертається до «до-травматичного» рівня, а формує якісно нову конфігурацію ідентичності, цінностей і поведінкових стратегій.

Огляд захисних чинників, що сприяють посттравматичному благополуччю військових, дозволяє виокремити кілька «ядрових» ресурсів: резилієнтність, самоефективність, соціальну підтримку, духовність, групову згуртованість, відчуття справедливості й визнання служби (Weber та ін., 2025).

Ці ресурси діють не лише як щит проти ПТСР, а й як основа для позитивної трансформації особистості.

Особливе місце посідає саме самоефективність як суб'єктивна впевненість у здатності впоратися зі стресом, адаптуватися до нових умов, контролювати власну поведінку. У дослідженнях ізраїльських жінок-комбатанток показано, що висока самоефективність послаблює негативний вплив ПТСР на благополуччя й водночас посилює виразність ПТЗ (Zerach, 2024). Це дозволяє розглядати її як ключовий медіатор між травмою, симптомами та зростанням.

У вибірках військових різних країн продемонстровано, що висока бойова експозиція не обов'язково веде до суцільної патологізації: в умовах достатньої соціальної підтримки, згуртованості підрозділу та можливостей для смислової переробки пережитого зростає ймовірність ПТЗ (Dyball та ін., 2022; Park та ін., 2021; Distor, Jacob, 2023). При цьому критично важливим є баланс між інтенсивністю симптомів (особливо депресії) і наявними ресурсами; надмірна тяжкість депресивного стану блокує процеси смислотворення та рефлексії, які є необхідними для зростання.

Отже, психологічне благополуччя військовослужбовця слід розуміти як динамічний стан, що відображає інтеграцію кількох вимірів: *психопатологічного* (симптоми ПТСР, депресії, тривоги), *функціонального* (професійна ефективність, сімейне функціонування, соціальна інтегрованість), *екзистенційно-смислового* (відчуття мети, цінності, причетності) та *посттравматичного* (ПТЗ як якісні позитивні зміни).

Психологічні передумови актуалізації посттравматичного зростання

На основі узагальнення наявних емпіричних даних можна виокремити кілька ключових психологічних передумов актуалізації ПТЗ у військовослужбовців. До них належать: резиліентність, базова надія, позитивна переоцінка досвіду, активне подолання, внутрішня релігійність/духовність, самоефективність, а також ряд особистісних рис – відкритість до нового, гумор, наполегливість, здатність до рефлексії та самоспівчуття (Kondratyuk, Puchalska-Wasyl, 2020; Dyball та ін., 2022; Seol та ін., 2023; Moryosef, Ben-Ari, 2024; Zerach, 2024).

Резиліентність розглядається не як статична риса, а як динамічна здатність системи «особистість – тіло – соціальне оточення» адаптуватися до значних стресорів, зберігаючи при цьому основні функції й здатність до розвитку.

У військових вибірках резиліентність пов'язана з більшою наполегливістю в подоланні труднощів, здатністю утримувати бойову ефективність, гнучкістю в зміні стратегій поведінки, використанням гумору як захисного механізму (Dyball та ін., 2022; Ohunene та ін., 2025).

Базова надія – концепт, що позначає довіру до світу як в цілому упорядкованого, передбачуваного та сенсовного, навіть за умов різких загроз і втрат.

У солдатів, які воювали на Сході України, базова надія виявилася важливим предиктором ПТЗ: вона дозволяє інтегрувати травматичний досвід у ширший світогляд, не редукуючи життя до травми (Kondratyuk, Puchalska-Wasyl, 2020). Для українських військових це особливо актуально в ситуації, коли війна ставить під сумнів базові очікування щодо справедливості світу, ролі міжнародних інституцій, цінності життя.

Позитивна переоцінка (reappraisal) і здатність до смислотворення є центральними механізмами ПТЗ. Дослідження показують, що військові, які інтерпретують травматичні події крізь призму набутого досвіду, нових можливостей, поглиблення розуміння себе та інших, частіше демонструють високі показники ПТЗ (Seol та ін., 2023; Dyball та ін., 2022). Водночас така переоцінка не означає заперечення страждання; навпаки, вона передбачає його визнання та інтеграцію в особистісну історію.

Активні стратегії подолання (problem-focused coping, пошук соціальної підтримки, смислове подолання) пов'язані з вищим рівнем ПТЗ порівняно з уникненням чи пасивною румінацією (Whealin та ін., 2020; Rhodes та ін., 2024). ПТЗ-орієнтовані реєр-програми, де ветерани у структурованому форматі осмислюють свої історії, діляться досвідом подолання, обговорюють зміни в цінностях і життєвих планах, показують позитивний ефект як на ПТЗ, так і на дистрес у довгостроковій перспективі (Rhodes та ін., 2024).

Внутрішня релігійність і духовність, релігійне подолання (молитва, довіра Божому провидінню, залученість до релігійної спільноти) у низці досліджень виявилися пов'язаними з ПТЗ серед військових різних країн (Kang та ін., 2023; Distor, Jacob, 2023).

Для частини ветеранів саме духовна перспектива дозволяє знайти смисл у стражданні, примиритися з втратами, сформувані нове розуміння служіння, відповідальності, прощення.

Самоефективність, як уже зазначалося, виступає важливим медіатором між симптомами, ресурсами та ПТЗ. Вона модулює, наскільки військовослужбовець сприймає себе здатним впливати на ситуацію, застосовувати навички регуляції, звертатися по допомогу, реалізовувати життєві проєкти після травми (Zerach, 2024).

У теоретичній моделі актуалізації ПТЗ це один із центральних вузлів.

Соціально-контекстуальні умови та групові механізми

Посттравматичне зростання військовослужбовців – це не лише індивідуальний психологічний процес, а й соціально опосередкований феномен.

Групова згуртованість, клімат підрозділу, підтримка побратимів, сім'ї та суспільства, капеланського та ветеранського середовища суттєво впливають на ймовірність і форму ПТЗ (Park та ін., 2021; Canning та ін., 2024; Ohunene та ін., 2025).

Якісні дослідження спецпідрозділів (зокрема корейських сил спеціального призначення) показують, що відчуття «братерства», взаємної відповідальності й довіри в підрозділі сприяє не лише підтриманню боєздатності, а й глибоким трансформаціям у ціннісній сфері: військові описують посилення відчуття сенсу служби, поглиблення розуміння цінності життя, ідентифікацію з роллю захисника (Park та ін., 2021).

Сімейна підтримка й прийняття військового досвіду відіграють не менш значущу роль. Лонгitudні дані серед ветеранів засвідчують, що партнерська підтримка, відкритість до обговорення травматичного досвіду, відсутність стигматизації психічних розладів у сім'ї корелюють із вищим рівнем ПТЗ та кращою адаптацією (Canning та ін., 2024; Kang та ін., 2023). Натомість конфлікти, недовіра, заперечення значущості бойового досвіду підвищують ризик хронічної дезадаптації.

Важливим контекстуальним чинником є суспільне визнання служби й травми. В умовах України війна стала не лише військовим, а й морально-політичним викликом, у якому суспільство загалом визнає легітимність оборонної боротьби. Це створює основу для позитивної ідентифікації ветеранів із роллю захисника, а отже – для смислового оформлення ПТЗ. Водночас, у міру затягування війни, зростає ризик «втоми від війни», зниження підтримки, бюрократизації взаємодії з ветеранськими інституціями, що може призводити до відчуття несправедливості та моральної травми. *Окремо слід відзначити роль інституційних програм:* систем декомпресії, соціальної підтримки, ветеранських центрів. Peer-based програми, орієнтовані на ПТЗ, де ветерани виступають одночасно отримувачами і надавачами підтримки, демонструють здатність підсилювати відчуття смислу, компетентності, приналежності до спільноти, що, у свою чергу, сприяє актуалізації ПТЗ (Rhodes та ін., 2024; Weber та ін., 2025).

Узагальнення результатів наведеного вище огляду сучасних досліджень посттравматичного зростання військовослужбовців дозволяє перейти від опису емпіричних знахідок до більш глибокого аналізу наукових підходів, методологічних тенденцій та концептуальних суперечностей. Це, у свою чергу, створює підґрунтя для побудови цілісної теоретичної моделі актуалізації ПТЗ у військовослужбовців – учасників бойових дій.

Концептуалізації та виміри посттравматичного зростання у військових вибірках

Переважна більшість робіт, включених до огляду, спирається на класичну модель ПТЗ, яка передбачає п'ять основних доменів позитивних змін: нові життєві можливості, посилення особистісної сили, поглиблення стосунків, зміни в життєвій філософії та духовний розвиток (Dyball та ін., 2022; Greenberg та ін., 2021; Kondratyuk, Puchalska-Wasyl, 2020; Park та ін., 2021; Zerach, 2024). Однак у військовому контексті ці домени набувають специфічних змістових акцентів.

Так, у ветеранів, які брали участь у бойових діях в Іраку та Афганістані, «особистісна сила» часто описується як здатність витримувати екстремальні навантаження, брати відповідальність за життя інших, приймати швидкі морально складні рішення (Dyball та ін., 2022; Jacobson та ін., 2021). Для військових, які пройшли через ампутації та тяжкі поранення, зміна життєвої філософії пов'язана з радикальною переоцінкою тілесності, залежності/незалежності, меж власних можливостей (Bartone, Bowles, 2020; Dyball та ін., 2022).

У дослідженнях ізраїльських жінок-комбатанток і ветеранок бойових підрозділів ПТЗ нерідко набуває форми переосмислення гендерної ідентичності, ролі жінки у війську та суспільстві, поєднання досвіду «воїна» й «опікуна» (Zerach, 2024). У корейських сил спеціального призначення, навпаки, наголос падає на командній ідентичності, відчутті приналежності до елітної спільноти, у якій бойовий досвід стає джерелом професійної та моральної гордості (Park та ін., 2021).

Окремий напрям досліджень пов'язаний із концептом «posttraumatic depreciation» – негативних змін у цінностях, стосунках і уявленнях про себе, що можуть співіснувати із ПТЗ. Латентно-профільний аналіз серед військових ветеранів засвідчив наявність профілів, де високі показники ПТЗ поєднуються з виразною посттравматичною «девальвацією» (втратою довіри, зростанням цинізму, відчуженням) (Rønning та ін., 2024). Це підкреслює, що ПТЗ у військових не можна розглядати як однозначно «позитивний» або унітарний феномен: він часто співіснує з глибокими внутрішніми суперечностями, амбівалентними оцінками досвіду і світу.

В українських солдатів, які воювали на Сході України, ПТЗ також має багатовимірну структуру, однак в емпіричних роботах особливо виокремлюються такі домени, як цінування життя, відповідальність за інших, духовний вимір служіння та поглиблення колективної ідентичності (Kondratyuk, Puchalska-Wasyl, 2020; Осодло, Зубовський, 2020). Ці особливості відображають специфіку оборонної війни, де індивідуальні трансформації тісно переплетені з переживанням національного, культурного й історичного виміру боротьби.

Поширеність ПТЗ і варіативність профілів адаптації

Систематичний огляд показав, що від 28 до 37 % військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, повідомляють про помірний або високий рівень ПТЗ (Dyball та ін., 2022; Greenberg та ін., 2021; Kondratyuk, Puchalska-Wasyl, 2020). У різних вибірках ці показники коливаються залежно від:

- історичного періоду (ветерани В'єтнаму, операцій в Іраку/Афганістані, пост-9/11 контингенти, сучасні миротворчі місії);
- типу участі (регулярні війська, резервісти, спецпідрозділи, миротворці);
- специфіки бойових дій (асиметричні конфлікти, контрповстанські операції, міські бої, миротворчі операції під егідою ООН).

Дані Національного дослідження здоров'я та резилієнтності ветеранів у США свідчать, що представники різних «військових поколінь» (ветерани В'єтнаму, Перської затоки, Іраку/Афганістану) демонструють відмінні профілі поєднання ПТЗ, ПТСР та інших розладів, що відображає зміни у військовій культурі, суспільному ставленні до ветеранів і характері конфліктів (Na, Schnurr, Pietrzak, 2022; Greenberg та ін., 2021).

У метааналітичному огляді, присвяченому миротворцям, показано, що участь у reasekeeping-операціях супроводжується не лише високими ризиками ПТСР, а й значними можливостями для ПТЗ, зокрема через досвід міжкультурної взаємодії, гуманітарних завдань, рефлексії щодо сенсу служби (Carmona та ін., 2024). Однак у цих вибірках також частіше спостерігаються складні змішані профілі, де ПТЗ співіснує з моральною травмою та почуттям розчарування через обмежені мандати місій, політичні компроміси, амбівалентне сприйняття миротворчих сил місцевим населенням.

Важливим доповненням до «середніх» показників є роботи, що застосовують латентно-профільний аналіз.

Так, у дослідженнях ізраїльських комбатанток виокремлено групи з високим ПТЗ і низьким ПТСР, високим обома показниками, а також низьким ПТЗ і високим ПТСР (Zerach, 2024).

Аналогічно, у ветеранів різних конфліктів виявлено профілі «здебільшого благополучної адаптації», «хронічного дистресу», «змішаного профілю зростання на тлі симптомів» (Rønning та ін., 2024; Jacobson та ін., 2021).

Це дає підстави говорити не про один «середній» сценарій, а про множинність траєкторій посттравматичної адаптації.

Фактори, що сприяють ПТЗ: від травматичного навантаження до особистісних ресурсів

Узагальнення даних дає змогу виділити одну з ключових тез із високою доказовістю: ПТЗ є відносно поширеним серед військових, але його ймовірність суттєво зростає за наявності певних ресурсів і умов (Dyball та ін., 2022; Greenberg та ін., 2021; Kondratyuk, Puchalska-Wasyl, 2020; Aronson та ін., 2024; Zerach, 2024).

По-перше, інтенсивність бойового досвіду сама по собі має амбівалентний вплив. З одного боку, значне травматичне навантаження (безпосередні бойові зіткнення, поранення, загибель побратимів) підвищує ризик ПТСР, депресії, соматизації й агресивної поведінки (Menzul та ін., 2020; Harwood-Gross та ін., 2023; Palmer та ін., 2024). З іншого – саме такі події створюють «сировину» для глибокого переосмислення, якісних змін у системі цінностей і ідентичності. У рамках ADVANCE-дослідження було показано, що у поранених військових ПТЗ часто вираженіше, ніж у непоранених, за умови, що депресивна симптоматика не досягає надмірної тяжкості (Dyball та ін., 2022).

По-друге, важливу роль відіграють особистісні характеристики і стійкі когнітивно-емоційні конструкти:

- **психологічна стійкість (hardiness, резилієнтність)** – поєднання відчуття контролю, залученості та сприйняття стресу як виклику;
- **оптимізм, внутрішній локус контролю** – тенденція інтерпретувати труднощі як тимчасові й керовані;
- **базова надія** – глибинна довіра до сенсовної впорядкованості світу;
- **переживання життєвої місії та професійного покликання**.

Дослідження серед поранених військових та їхніх дружин показали, що hardiness виступає надійним предиктором ПТЗ і загального благополуччя (Bartone, Bowles, 2020).

У роботі Osodlo & Zubovskyi (2020) доведено, що для різних професійних груп (зокрема військових) комбінація внутрішнього локусу контролю, оптимізму та сенсовної залученості створює «ієрархію професійного благополуччя», у якій ПТЗ може стати одним із верхніх рівнів.

У солдатів, що воювали в Східній Україні, поєднання резилієнтності й базової надії виявилось ключовим для формування ПТЗ: саме ці змінні значуще передбачали позитивні зміни у сферах цінування життя, особистісної сили та поглиблення стосунків (Kondratyuk, Puchalska-Wasyl, 2020).

По-третє, у низці робіт підкреслено роль попереднього життєвого досвіду, зокрема досвіду дитячих травм, у конфігурації ПТЗ. У великій когорті пост-9/11 ветеранів показано, що бойовий досвід, поєднаний із несприятливим дитячим досвідом і моральною травмою, формує складні профілі, в яких ПТЗ і зростання в одних доменах співіснують із вираженим дистресом в інших (Aronson та ін., 2024). Це свідчить, що ПТЗ не слід розуміти як «вилікування травми», а радше як смислову реконфігурацію життєвого досвіду на тлі існуючих вразливостей.

Соціальна підтримка, згуртованість та лідерство як модератори ПТЗ

Окремий блок досліджень із високою доказовістю стосується ролі соціальної підтримки, згуртованості та почуття причетності до спільноти. Більшість робіт демонструє, що сприйнятий рівень підтримки побратимів, сім'ї, командування та ширшого ветераноспільноти є одним з найпотужніших предикторів ПТЗ і водночас чинником, що пом'якшує симптоми ПТСР (Grover та ін., 2024; Wood та ін., 2020; Weber та ін., 2025; Canning та ін., 2024; Britt та ін., 2021; Aronson та ін., 2024).

У метааналізі Grover та співавт. [2024] показано, що низький рівень сприйнятої соціальної підтримки у бойових ветеранів послідовно асоціюється з тяжкими психічними наслідками, у тому числі з нижчими показниками ПТЗ. Натомість високий рівень підтримки сприяє як збереженню базового функціонування, так і формуванню нових смислів.

У дослідженнях Wood та ін. (2020) запропоновано концепт «лідерства, орієнтованого на ПТЗ» (post-traumatic growth leadership): командири й керівники, які визнають травматичність досвіду, створюють умови для безпечного обговорення пережитого, наголошують на значущості місії та підтримують відчуття спільнотної відповідальності, здатні знизити рівень стресу в підлеглих і посприяти зростанню.

У роботах Britt та ін. (2021) показано, що сприйнята резилієнтність і соціальний зв'язок після професійних травматичних подій (зокрема в умовах бойових дій) прогнозують кращу адаптацію. На цій основі автори підкреслюють необхідність системних програм, спрямованих не лише на індивідуальну стійкість, а й на підтримку середовища – «соціальної екології» ветеранів.

Важливо, що соціальна підтримка не зводиться до «емоційної підтримки» в побутовому розумінні. Йдеться про сукупність інформаційної, інструментальної, нормативної, духовної підтримки, включаючи можливості участі у ветеранських організаціях, групах взаємодопомоги, релігійних спільнотах, освітніх і реабілітаційних програмах (Weber та ін., 2025).

Таблиця 1.1.2

Соціально-контекстуальні модератори ПТЗ та можливі напрями інтервенцій

Модератор	Потенційний ефект щодо ПТЗ / дистресу	Приклади практик та інтервенцій
Групова згуртованість підрозділу	Підсилює відчуття належності, зменшує ізоляцію, полегшує колективне смислотворення	Розвиток командної культури; групові дебрифінги; спільні ритуали пам'яті; програми «бойових побратимів»
Лідерство, орієнтоване на ПТЗ	Знижує вторинну травматизацію, сприяє безпечному обговоренню досвіду, легітимізує звернення по допомогу	Тренінги для командирів щодо розпізнавання дистресу; навчання навичкам підтримуючої комунікації; включення ПТЗ у доктрини військового лідерства
Підтримка сім'ї та мікросоціуму	Полегшує перехід від фронту до цивільного життя, знижує ризик хронічної ізоляції	Психоедукація для членів родини; сімейне консультування; програми підтримки партнерів і дітей військових
Суспільне визнання служби	Зміцнює почуття гордості та сенсу, зменшує відчуття використаності або «забутості»	Публічні ритуали вшанування; медіа-наративи, що показують реальний досвід ветеранів; справедливі системи нагород і пільг
Ветеранська інфраструктура та доступ до допомоги	Розширює «вікно можливостей» для зростання, підтримує довгострокову адаптацію	Ветеранські хаби; інтегровані центри психічного здоров'я; реєг-програми; освітні й працевлаштувальні проєкти
Нормативно-правова та інституційна рамка	Може або легітимізувати звернення по допомогу, або посилювати стигму й недовіру	Національні стратегії психічного здоров'я військових; протоколи декомпресії; стандарти реабілітації та супроводу ветеранів

Саме такі контексти часто стають «майданчиками» для наративування досвіду, переосмислення травми й конструювання нових життєвих цілей.

ПТЗ, ПТСР, депресія та інші психічні наслідки: складні й нелінійні зв'язки

Численні роботи підтверджують, що ПТЗ рідко виникає в «порожньому місці»: він майже завжди співіснує з тією чи іншою формою психічного дистресу (Dyball та ін., 2022; Greenberg та ін., 2021; LaRocca, Avery, 2020; Zerach, 2024; Jacobson та ін., 2021). У ряді досліджень виявлено нелінійний зв'язок між ПТЗ і симптомами ПТСР:

- низький рівень ПТСР часто асоціюється з відносно невисокими показниками ПТЗ, що можна інтерпретувати як відсутність «достатньо сильного» потрясіння, яке б ініціювало глибоку переоцінку;
- помірний рівень ПТСР іноді пов'язаний із найвищим ПТЗ – травма є достатньо потужною для ініціації змін, але не настільки руйнівною, щоб повністю заблокувати смислотворення;
- надмірно високий рівень ПТСР, особливо у поєднанні з тяжкою депресією та дисоціативними симптомами, призводить до різкого зниження ймовірності ПТЗ (LaRocca, Avery, 2020; Shelef та ін., 2025).

Shelef та співавт. (2025) показали, що депресія й дисоціація виступають ключовими посередниками у зв'язку між бойовою експозицією та ПТСР. Там, де депресивна симптоматика виражена й хронічна, процеси когнітивної переробки травми блокуються, і простір для ПТЗ істотно звужується.

Harwood-Gross та ін. (2023) звертають увагу на те, що в частини ветеранів ПТСР супроводжується соматизацією та підвищеною агресивністю, що вимагає окремого осмислення можливих «темних» сценаріїв посттравматичних змін. Такі зміни не вписуються у позитивний дискурс ПТЗ, але фактично є посттравматичною «деформацією» перспективи майбутнього, уявлень про інших і про себе.

Загалом, результати огляду підтверджують тезу, що ПТЗ не може розглядатися ні як простий показник «успішного одужання», ні як універсальний наслідок бойової травми.

Швидше йдеться про особливу траєкторію адаптації, у якій позитивні зміни на одному рівні (наприклад, у сфері смислів) можуть співіснувати з незавершеною травматичною реакцією на іншому (емоційно-тілесному, міжособистісному).

Український контекст: емпірична база та перспективи

Українські дослідження поки що становлять меншу частку глобальної літератури, але мають принципово важливе значення, оскільки стосуються війни, що триває і має тотальний характер.

Робота Kondratyuk, Puchalska-Wasyl (2020) фактично стала однією з перших,

де було емпірично показано зв'язок ПТЗ із резилієнтністю та базовою надією в солдатів, що воювали у Східній Україні.

Отримані результати демонструють, що, попри тяжкість бойового досвіду, значна частина військових формує більш глибоке цінування життя, переосмислює стосунки, осмислює свою роль у боротьбі за незалежність.

Отримані в Україні дані щодо ПТСР і психічного стану військових (Menzul та ін., 2020), а також методологічні розробки тренінгів стресостійкості для учасників бойових дій (Вахоцька, Шестопалова, 2020) створюють важливий контекст для впровадження програм, орієнтованих не лише на профілактику розладів, а й на підтримку ПТЗ.

Враховуючи масштаб і тривалість російсько-української війни, можна прогнозувати, що саме український емпіричний матеріал у найближчі роки стане одним із головних джерел для уточнення моделей ПТЗ у військових.

Додатково на українській вибірці особливо актуальними є феномени моральної травми, відчуття зради (або навпаки – підтримки) з боку інституцій, складного поєднання ролі військового, громадянина та члена транснаціональної спільноти, що бореться за демократичні цінності. Хоча ці аспекти лише частково артикульовані у вже наявних міжнародних роботах (Aronson та ін., 2024; Carmona та ін., 2024), українські дослідження можуть надати їм нових смислових вимірів.

Методологічні тенденції та прогалини

Аналіз хронології публікацій (див. умовний «таймлайн» досліджень) показує, що з 2020 року спостерігається різке зростання уваги до ПТЗ у військових, із піком у 2022–2024 роках. Це пов'язано як із переосмисленням наслідків «довгих» війн (Ірак, Афганістан), так і з новими конфліктами та загостренням уваги до психічного здоров'я ветеранів у суспільному дискурсі.

Водночас Research Gaps Matrix чітко засвідчує низку систематичних обмежень:

- **гендерний дисбаланс:** більшість вибірок складаються переважно з чоловіків, тоді як ПТЗ жінок-комбатанток досліджено значно менше (Rønning та ін., 2024; Zerach, 2024);
- **недостатнє представлення поранених, резервістів і миротворців у лонгітюдних дослідженнях;**
- **брак довгострокових лонгітюдних даних:** лише поодинокі роботи відстежують динаміку ПТЗ протягом десятиліть після війни;
- **обмежені біомедичні й нейропсихологічні дослідження** – питання біологічних механізмів ПТЗ залишаються фактично відкритими;

- **культурна обмеженість:** переважна частина даних отримана у США, Великій Британії, Ізраїлі та кількох європейських країнах; до недавнього часу контексти Східної Європи, Близького Сходу та Глобального Півдня були суттєво недопредставлені.

Окремої уваги потребують методологічні питання вимірювання ПТЗ. Більшість досліджень використовує самооцінювальні шкали, орієнтовані на суб'єктивне сприйняття змін. Це створює ризик «ілюзорного зростання», коли декларовані позитивні зміни можуть відображати радше захисні когнітивні стратегії (раціоналізацію, заперечення), ніж реальні трансформації в поведінці та функціонуванні.

Частина авторів намагається долати цю проблему через:

- поєднання самооцінки ПТЗ із об'єктивнішими показниками (функціонування, якість стосунків, професійна реалізація);
- використання методів латентного профілювання, що дозволяють виділити групи з різною конфігурацією ПТЗ, ПТСР і благополуччя (Rønning та ін., 2024; Zerach, 2024);
- лонгітюдні дизайни, які дають змогу відстежувати, чи зберігаються декларовані позитивні зміни з часом (Rhodes та ін., 2024; Canning та ін., 2024).

Відкриті дослідницькі питання, позначені у наведеному вище огляді (біологічні й нейропсихологічні механізми ПТЗ, культурні відмінності, довгострокова динаміка, ефективність інтервенцій для різних груп), визначають пріоритети подальших досліджень.

Для українського контексту особливо актуальними є:

- лонгітюдні дослідження військовослужбовців різних хвиль мобілізації;
- порівняння ПТЗ у військових, ветеранів, добровольців, миротворців;
- інтеграція психометричних, клінічних і нейропсихологічних підходів;
- вивчення впливу української культурної й духовної традиції на форми ПТЗ.

Таким чином, сучасний стан досліджень посттравматичного зростання військовослужбовців демонструє, з одного боку, значний прогрес у розумінні частоти, чинників і варіантів ПТЗ, а з іншого – численні прогалини й методологічні суперечності.

Попри різноманітність дизайнів, вибірок і теоретичних рамок, можна виділити кілька стійких висновків:

Таблиця 1.1.3

Психологічні ресурси, пов'язані з актуалізацією посттравматичного зростання у військовослужбовців

Конструкт / ресурс	Короткий опис	Механізм впливу на ПТЗ	Типові прояви у військовослужбовців
Резилієнтність / hardiness	Динамічна здатність зберігати функціонування і відновлюватися після стресу	Зменшує руйнівний вплив травми, підтримує активне подолання й смислотворення	Здатність «працювати попри все», мобілізуватися в критичні моменти, не втрачати професійної ефективності
Базова надія	Глибинна довіра до впорядкованості й сенсовності світу	Полегшує прийняття втрат, підтримує інтерпретацію травми як частини більшого сенсового цілого	Формула «це має значення», віра у доцільність боротьби, у майбутнє родини й країни
Самоефективність	Віра у власну здатність впоратися з труднощами	Сприяє активним копінг-стратегіям, включенню в реабілітацію та громадську діяльність	Ініціювання лікування/ реабілітації; участь у освітніх, ветеранських, волонтерських проектах
Особистісна відкритість, рефлексивність	Готовність осмислювати власний досвід, приймати нове	Підтримує глибшу когнітивну переробку травми, відкриває простір для переоцінки цінностей	Ведення щоденників, участь у групах взаємодопомоги, готовність говорити про пережите
Гумор і самоспівчуття	Здатність бачити абсурд. ситуації, доброзичливе ставлення до власних вразливостей	Знижує емоційну напругу, зменшує самозвинувачення, полегшує прийняття власних меж	«Чорний» фронтовий гумор, здатність не стигматизувати свої симптоми, звернення по допомогу
Внутрішня релігійність / духовність	Глибинно інтегрована духовна система координат	Забезпечує готові смислові рамки для інтерпретації страждання, смерті, жертвості й служіння	Релігійні ритуали, молитва, переживання служби як покликання; інтерпретація втрат у термінах жертви й місії

1. ПТЗ є відносно поширеним явищем серед військових, але його наявність і інтенсивність суттєво залежать від поєднання травматичного навантаження, особистісних ресурсів, соціального контексту та організаційних умов.

2. ПТЗ не заперечує наявності психічних розладів; частіше йдеться про складні констеляції, у яких зростання співіснує з ПТСР, депресією, соматизацією, моральною травмою.

3. Соціальна підтримка, згуртованість, лідерство, орієнтоване на визнання та смислотворення, є ключовими модераторами, які здатні конвертувати травматичний досвід у потенціал зростання.

4. Український контекст пропонує унікальний емпіричний матеріал для подальшого уточнення моделей ПТЗ, зокрема в умовах тривалої оборонної війни, широкої мобілізації та потужної національної смислової рамки.

На цьому тлі постає необхідність переходу від фрагментарних емпіричних констатацій до цілісної, багаторівневої теоретичної моделі, яка б інтегрувала особистісні, соціальні, організаційні та культурні чинники актуалізації посттравматичного зростання військовослужбовців-учасників бойових дій.

Інтегративна теоретична модель актуалізації посттравматичного зростання військовослужбовців

Спираючись на узагальнений емпіричний матеріал (британські й американські когортні дослідження, ізраїльські, корейські та українські вибірки військових, миротворчі контингенти тощо), доцільно розглядати посттравматичне зростання військовослужбовців як результат багаторівневої, динамічної взаємодії низки чинників.

На базі теоретико-емпіричного дослідження «Визначення основних чинників та закономірностей становлення посттравматичного зростання військовослужбовців-учасників бойових дій», була побудована інтегративна модель, яка поєднує структурний (рівневий) і процесуальний (динамічний) підходи та враховує як позитивні, так і потенційно амбівалентні наслідки бойового досвіду (зокрема поєднання ПТЗ із ПТСР, депресією, моральною травмою та посттравматичною «девальвацією»).

Таблиця 1.1.4

Основні рівні інтегративної моделі актуалізації посттравматичного зростання військовослужбовців

Рівень моделі	Зміст рівня	Ключові змінні / приклади
1. Травматичне навантаження і макроконтекст	Базові умови, у яких відбувається вплив бойового досвіду на психіку військовослужбовця	Інтенсивність і тип бойового досвіду (поранення, загибель побратимів, полон); тривалість участі в боях; кількість ротацій; супутні втрати (житло, родина, здоров'я); тип війни (маневрена, позиційна, міська, миротворча); культурно-історичний контекст (оборона батьківщини, міжнародна підтримка)
2. Особистісні й ресурсні передумови	Внутрішні психологічні та екзистенційні ресурси, що опосередковують вплив травми	Резилієнтність, hardiness; базова надія; самоефективність; особистісні риси (відкритість, наполегливість, гумор, самоспівчуття, рефлексивність); внутрішня релігійність і духовна орієнтація; попередній життєвий досвід (у т. ч. дитячі травми)
3. Соціально-контекстуальні модератори	Якість найближчого оточення, військової організації та суспільного середовища	Згуртованість підрозділу; лідерство, орієнтоване на підтримку і смислотворення; підтримка сім'ї й мікросоціуму; суспільне визнання служби; наявність ритуалів вшанування; доступ до психосоціальної підтримки; розвинена ветеранська інфраструктура
4. Когнітивно-емоційні процеси (ядро)	Процеси осмислення, емоційної переробки та інтеграції травматичного досвіду	Дезінтеграція попередньої системи переконань; румінації та рефлексія; смислотворення (нові відповіді на питання «хто я?», «для чого це?»); емоційна інтеграція (проживання болю, провини, горя, гніву); формування нових наративів («я – захисник», «я – той, хто витримав»)
5. Континуум посттравматичних наслідків	Весь спектр можливих результатів адаптації після бойового досвіду	Виражений ПТСР, депресія, соматизація; субклінічний дистрес і «застигла» адаптація; «звичайна» резилієнтність без вираженого ПТСР; посттравматичне зростання (цінування життя, особистісна сила, стосунки, нові можливості, духовні зміни); посттравматична «девальвація» (цинізм, відчуження, втрата довіри)
6. Динамічні зворотні зв'язки та інтервенції	Зміни моделі в часі під впливом програм допомоги, соціальної політики, лідерства	ПТСР як медіатор між ресурсами й симптоматикою ПТСР; співіснування ПТСР і дистресу; вплив психотерапії, реєс-програм, ПТСР-орієнтованого лідерства; роль суспільних реформ та ветеранської інфраструктури

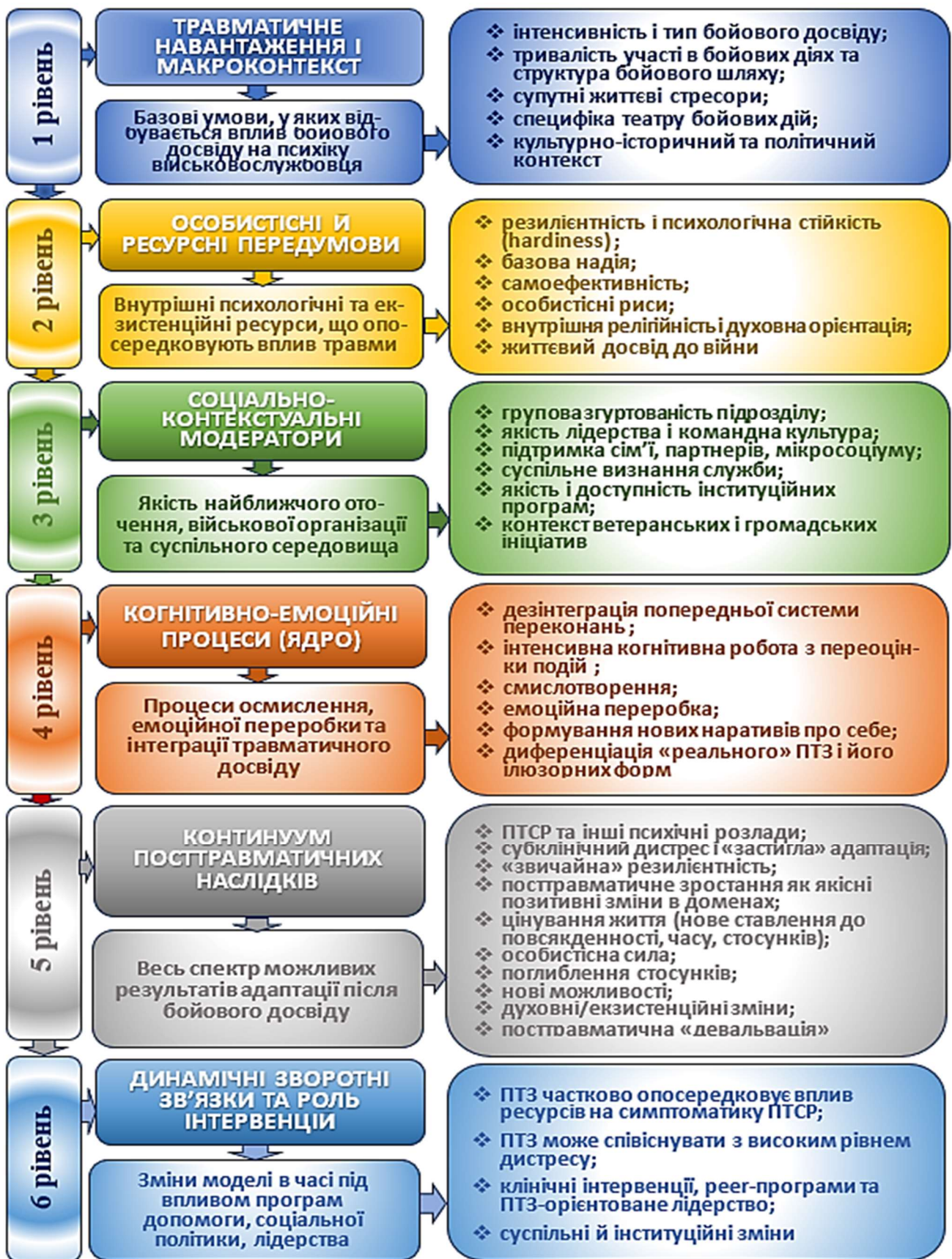


Рис. 1.1.1. Інтегративна модель актуалізації посттравматичного зростання військовослужбовців

1. Передумови першого рівня: травматичне навантаження і макроконтекст

Перший рівень моделі окреслює вихідні умови, в яких формується посттравматична динаміка:

- **інтенсивність і тип бойового досвіду** (безпосередні бойові зіткнення, поранення, ампутації, свідчення смерті побратимів, перебування в оточенні, полон, виконання завдань у щільно заселеній міській місцевості, участь у миротворчих і стабілізаційних операціях);
- **тривалість участі в бойових діях та структура бойового шляху** (кількість ротаций, повторна мобілізація, чергування періодів інтенсивних бойових дій і «відносного затишшя»);
- **супутні життєві стресори** (сімейні втрати, руйнування житла, економічна нестабільність, вимушене переміщення, проблеми із здоров'ям);
- **специфіка театру бойових дій** (маневрена чи позиційна війна, інтенсивність обстрілів, особливості ландшафту, участь у миротворчих чи «гібридних» операціях);
- **культурно-історичний та політичний контекст** (оборона батьківщини як морально легітимована війна, характер сприйняття агресора, рівень і тип міжнародної підтримки, суспільні наративи про війну й ветеранів). Саме цей рівень визначає «масштаб виклику», з яким має впоратися особистісна й соціальна система військовослужбовця. При цьому, як показують дані ADVANCE та інших когортних досліджень, високе бойове навантаження саме по собі не гарантує ні патологічних наслідків, ні ПТЗ; воно лише задає потенціал амплітуди змін.

2. Особистісні й ресурсні передумови другого рівня

Другий рівень включає внутрішні ресурси військовослужбовця, які опосередковують вплив травматичного досвіду, визначаючи, чи буде він пережитий переважно як руйнівний, чи як трагічний, але потенційно смислотворчий. Серед провідних компонентів:

- **резилієнтність і психологічна стійкість (hardiness)** як динамічна здатність до відновлення, підтримання функціонування в умовах стресу й сприйняття труднощів як виклику, а не лише загрози;
- **базова надія** – глибинна довіра до структурованості й сенсовності світу, що, як показано на вибірках українських солдатів, є ключовим предиктором ПТЗ у сферах цінування життя, особистісної сили й стосунків;
- **самоефективність** – впевненість у власній здатності впоратися з наслідками травми, впливати на хід подій, реалізовувати життєві цілі попри обмеження (у т. ч. фізичні);

- **особистісні риси** (відкритість до нового, сумлінність/наполегливість, емоційна стабільність, здібність до гумору, самоспівчуття, рефлексивність), що підвищують імовірність конструктивної когнітивної переробки травми;
- **внутрішня релігійність і духовна орієнтація** – схильність залучати духовно-релігійні схеми пояснення й подолання, спиратися на релігійну спільноту, інтерпретувати страждання в ширшому екзистенційному контексті;
- **життєвий досвід до війни**, зокрема наявність/відсутність значимих дитячих травм, що в окремих випадках може посилювати уразливість або, навпаки, сприяти формуванню «подвійної» стійкості.

На цьому рівні формується індивідуальний «модус реагування» на травматичні події. Саме комбінація резилієнтності, базової надії, самоефективності та особистісної зрілості визначає, чи вдасться військовослужбовцю перейти від фази «чистого виживання» до смислового опрацювання досвіду.

3. Соціально-контекстуальні модератори третього рівня

Третій рівень моделі охоплює вплив найближчого соціального середовища, військової організації та ширшого суспільного контексту. Ключові компоненти:

- **групова згуртованість підрозділу** (досвід «братерства по зброї», взаємної відповідальності, обміну підтримкою, відчуття, що боєць «не один»);
- **якість лідерства і командна культура**, включно з лідерством, орієнтованим на ПТЗ: визнання травматичності досвіду, заохочення безпечного обговорення, артикуляція смислу місії, справедливий розподіл ризиків і винагород;
- **підтримка сім'ї, партнерів, мікросоціуму** – готовність вислухати, прийняти зміни, не стигматизувати психічні розлади, включити досвід війни в сімейну історію;
- **суспільне визнання служби** (публічні ритуали вшанування, система нагород, видимість ветеранів у медіапросторі, відсутність «подвійних послань» щодо легітимності війни та ролі військових);
- **якість і доступність інституційних програм** (декомпресійні заходи, клініко-психологічна реабілітація, ветеранські центри, реєг-групи, освітні й кар'єрні програми);
- **контекст ветеранських і громадських ініціатив** – участь у волонтерстві, громадських проєктах, релігійних та професійних спільнотах, де бойовий досвід отримує нові соціально значущі форми.

Цей рівень відіграє роль «соціального модератора»: він може або підсилити потенціал ПТЗ (коли середовище підтримує смислотворення й не ізолює ветера-

на), або навпаки – блокувати його (коли переважають відчуження, бюрократичні бар'єри, стигматизація).

4. Когнітивно-емоційні процеси четвертого рівня (ядро моделі)

Четвертий рівень – процесуальне ядро моделі, де відбувається власне трансформація досвіду. Тут ПТЗ не розглядається як «готовий результат», а як динамічний процес, що може йти різними траєкторіями. Серед ключових компонентів:

- **дезінтеграція попередньої системи переконань** під впливом травми: руйнування базових очікувань щодо справедливості світу, передбачуваності майбутнього, контролю над життям;

- **інтенсивна когнітивна робота з переоцінки подій** – від нав'язливих, хаотичних румінацій до більш структурованої, рефлексивної переробки (у тому числі за допомогою психотерапії, групових інтервенцій, духовних практик);

- **смыслотворення**: пошук відповіді на питання «за що?», «навіщо?», «що це каже про мене та про світ?», формування нових життєвих смислів, перегляд пріоритетів, інтеграція бойового досвіду в особистісну та національну біографію;

- **емоційна переробка травми** – поступове проживання й інтеграція болю, горя, провини, сорому, гніву; формування здатності витримувати амбівалентність (одночасне відчуття втрати й вдячності, страждання й гордості);

- **формування нових наративів про себе** («я – той, хто витримав», «я – захисник», «я відповідаю перед загиблими», «я маю зробити щось із цим досвідом»);

- **диференціація «реального» ПТЗ і його ілюзорних форм**: перехід від суто декларативних уявлень («так, я став сильнішим») до підтверджених змінами в поведінці, стосунках і життєвих траєкторіях.

Саме на цьому рівні вирішується, чи травматичний досвід буде переоформлено в інтегровану частину ідентичності, чи він залишиться «чужорідним тілом», що постійно провокує симптоми ПТСР і розриви в життєвому наративі.

5. Результати п'ятого рівня: континуум посттравматичних наслідків

П'ятий рівень описує спектр можливих наслідків, що виникають як результат взаємодії попередніх рівнів.

До нього входить континуум від тяжкої дезадаптації до виразного ПТЗ, причому можливі змішані профілі:

- **ПТСР та інші психічні розлади** (депресія, тривожні та соматоформні розлади, зловживання психоактивними речовинами), різні за тяжкістю та стійкістю;

- **субклінічний дистрес і «застигла» адаптація** – мінімізація симптомів при внутрішньому відчутті емоційної «здерев'янілості», втрата сенсу, уникання нагадувань про війну;
- **«звичайна» резилієнтність** – відносне повернення до функціонування, близького до довоєнного, без вираженого ПТЗ, але й без глибокої деформації особистості;
- **посттравматичне зростання як якісні позитивні зміни в доменах:**
 - *цінування життя* (нове ставлення до повсякденності, часу, стосунків);
 - *особистісна сила* (відчуття власної спроможності, контроль, відповідальність);
 - *поглиблення стосунків* (зростання емпатії, готовності допомагати, здатності до близькості);
 - *нові можливості* (зміна професійних і життєвих траєкторій, волонтерство, громадська діяльність);
 - *духовні/екзистенційні зміни* (глибше усвідомлення цінностей, віри, місця в історії та суспільстві);
- **посттравматична «девальвація»** (posttraumatic depreciation) – посилення цинізму, втрати довіри, відчуження, руйнування системи цінностей, що може співіснувати з окремими компонентами ПТЗ та потребує диференційованої діагностики.

Таким чином, модель виходить за межі «дихотомії» ПТСР vs ПТЗ і дозволяє описати реальну багатоваріантність траєкторій, які спостерігаються в емпіричних дослідженнях.

6. Динамічні зворотні зв'язки та роль інтервенцій

Шостий, динамічний рівень фіксує характер зворотних зв'язків між компонентами моделі та можливість їх цілеспрямованої модифікації:

- **ПТЗ частково опосередковує вплив ресурсів на симптоматику ПТСР:** вищі показники резилієнтності, базової надії, самоєфективності, соціальної підтримки збільшують імовірність ПТЗ, а через нього – пов'язані зі зниженням окремих симптомів ПТСР у довгостроковій перспективі;
- **ПТЗ може співіснувати з високим рівнем дистресу,** виконуючи компенсаторну смислотворчу функцію: на певних етапах зростання радше допомагає «витримати» травму, ніж повністю її нейтралізувати;
- **клінічні інтервенції, реєр-програми та ПТЗ-орієнтоване лідерство** змінюють конфігурацію моделі, посилюючи ключові ресурси (резилієнтність, са-

моефективність, підтримку) та підтримуючи конструктивні когнітивно-емоційні процеси (смыслотворення, рефлексію, безпечне наративування);

- **суспільні й інституційні зміни** (політика визнання, доступ до реабілітації, ветеранська інфраструктура) можуть як розширювати «вікно можливостей» для ПТЗ, так і, у разі їх відсутності чи суперечливості, звужувати його, посилюючи відчуття несправедливості й моральної травми.

У підсумку актуалізація ПТЗ у запропонованій моделі розуміється не як автоматична чи універсальна реакція на травму, а як результат специфічного поєднання травматичного навантаження, індивідуальних ресурсів, соціального й культурного контексту та активних когнітивно-емоційних процесів, які можуть цілеспрямовано підтримуватися спеціальними програмами.

Дискусія

Отримані теоретичні узагальнення та інтегративна модель посттравматичного зростання військовослужбовців дозволяють по-новому поглянути на феномен ПТЗ у військовому середовищі. Класична ідея про те, що ПТЗ є «позитивним побічним продуктом» травматичного досвіду, виявляється надто спрощеною, коли йдеться про бойову травму. Привертає увагу те, що в більшості досліджень ПТЗ не постає як протилежність ПТСР або «маркер одужання», а радше як специфічна траєкторія адаптації, яка може співіснувати з різними формами психічного дистресу. Це змушує інтерпретувати ПТЗ не як кінцевий стан, а як процес смыслотворення і реконструкції ідентичності на тлі триваючої вразливості.

Інтегративна модель, запропонована у главі, підкреслює багаторівневу структуру актуалізації ПТЗ: від травматичного навантаження та макроконтексту війни до особистісних ресурсів, соціально-організаційних модераторів і когнітивно-емоційного ядра переробки досвіду. Такий підхід дозволяє відійти від редукціоністських трактувань, де ПТЗ пояснюється виключно «силою особистості» чи, навпаки, лише «якістю підтримки». Замість цього підкреслюється необхідність розглядати військовослужбовця як суб'єкта, включеного одночасно в індивідуальні, групові, інституційні та культурні процеси. Зокрема, той самий рівень бойового навантаження може призводити до радикально різних наслідків залежно від поєднання резилієнтності, базової надії, лідерства, сімейної підтримки та суспільного визнання служби.

Особливий інтерес викликає виявлена в дослідженнях нелінійність зв'язків між ПТЗ і ПТСР. Дані, на яких базується модель, свідчать, що помірний рівень посттравматичних симптомів нерідко супроводжується найвищими показниками ПТЗ, тоді як надмірно тяжкі прояви ПТСР і депресії радше блокують сми-

слову переробку досвіду, звужуючи простір для зростання. Це має важливі теоретичні наслідки. *По-перше*, ПТЗ не можна зводити до «позитивного полюса» єдиної шкали, де «мінусом» є ПТСР. *По-друге*, сама наявність ПТЗ не свідчить автоматично про завершеність процесу відновлення: іноді він лише відображає спроби суб'єкта надати нестерпному досвіду бодай якийсь зміст, не усуваючи при цьому глибинних емоційних ран.

Дискусійним є також питання «реальності» ПТЗ. Оскільки більшість досліджень спираються на самооцінювальні методики, залишається відкритою проблема відмежування автентичних позитивних змін від захисних когнітивних конструктів, покликаних знизити екзистенційну напругу. Інтегративна модель частково відповідає на цю проблему, розрізняючи рівень суб'єктивних наративів і рівень об'єктивніших показників функціонування. З позицій запропонованого підходу, про «зріле» ПТЗ можна говорити тоді, коли заявлені зміни підтверджуються трансформацією поведінки, якості стосунків, професійних і життєвих траєкторій, а не лише вербальними формулами про «зростання через страждання». Це ставить перед майбутніми дослідженнями завдання поєднувати опитувальники з клінічними, наративними, поведінковими та лонгітюдними показниками.

Український контекст надає дискусії про ПТЗ військових якісно нового виміру. На відміну від багатьох «закритих» конфліктів минулого, де війна була обмеженою в часі й просторі, російсько-українська війна має характер тривалого, тотального протистояння з високим рівнем національної мобілізації.

Це означає, що індивідуальне ПТЗ військовослужбовця практично завжди вплетене в ширший колективний наратив про боротьбу за виживання країни, її історичну суб'єктність і місце в міжнародній спільноті. Відповідно, зміни в цінностях, ідентичності, духовному вимірі досвіду неминуче відбуваються на перетині особистого, сімейного, громадянського та національного рівнів. Ця особливість відкриває перспективи дослідження не лише індивідуального, а й колективного, «спільнотного» ПТЗ, пов'язаного з перебудовою культурної пам'яті, публічних ритуалів і образу ветерана в суспільстві.

Важливою темою для дискусії є роль військових інституцій та системи охорони психічного здоров'я в моделюванні умов для ПТЗ. З одного боку, існує ризик інструменталізації цього феномену, коли ПТЗ використовують як ідеологічний ресурс: очікування «обов'язкового зростання» може тиснути на військовослужбовців, які переживають травму без відчуття «просвітлення» чи позитивних змін. З іншого боку, ігнорування потенціалу ПТЗ звужує горизонт реабілітаційних підходів до виключно симптомоцентричної логіки. Запропонована модель пропонує

баланс: ПТЗ не подається як норма чи обов'язок, але розглядається як одна з можливих, ціннісно насичених траєкторій адаптації, яку доречно підтримувати, не заперечуючи права людини на крихкість, амбівалентність і незавершеність.

Окремий блок дискусії стосується клінічних та реабілітаційних імплікацій. Інтегративна модель показує, що робота з військовими та ветеранами повинна виходити за межі редукції симптомів ПТСР і депресії. Йдеться про багаторівневі програми, які одночасно: посилюють внутрішні ресурси (резилієнтність, само-ефективність, смислотворення), змінюють соціальне середовище (реєг-підтримка, лідерство, сімейні й спільнотні інтервенції) та враховують культурно-історичний контекст війни. На цій основі логічно розвивати підходи, орієнтовані на ПТЗ, як доповнення до протоколів лікування ПТСР, а не як їхню альтернативу.

Нарешті, модель окреслює конкретні напрямки для майбутніх досліджень. Потребують розвитку лонгітюдні дослідження, які дозволять простежити динаміку ПТЗ упродовж років і десятиліть після бойових дій, з'ясувати, які форми зростання є стійкими, а які – транзиторними.

Важливим завданням є дослідження біологічних і нейропсихологічних основ ПТЗ, зокрема взаємодії між стресреактивністю, когнітивною гнучкістю, системами винагороди та смислотворення. Не менш актуальними є крос-культурні порівняння, які дозволили б зрозуміти, як на форми ПТЗ впливають національні традиції, релігійні й політичні наративи, моделі ставлення до ветеранів.

Таким чином, дискусія навколо посттравматичного зростання військовослужбовців виходить далеко за межі питання «чи існує ПТЗ». Набагато продуктивніше розглядати його як поліфонічний феномен, у якому переплітаються травма й надія, вразливість і сила, індивідуальний досвід і колективна історія. Інтегративна модель, запропонована в главі, не претендує на остаточність, але задає рамку, у межах якої подальші теоретичні й емпіричні пошуки можуть бути більш системними, чутливими до контексту й орієнтованими на реальні потреби військових та ветеранів в умовах тривалої війни.

Висновки до підрозділу 1.1:

Розглянута інтегративна теоретична модель дає змогу систематизувати сучасні уявлення про умови й механізми актуалізації посттравматичного зростання військовослужбовців – учасників бойових дій та вписати їх у ширший контекст міжнародних і українських досліджень. Посттравматичне зростання у військових є багатовимірним і неоднорідним феноменом, що не зводиться до відсутності ПТСР чи інших розладів, а часто співіснує з різним рівнем психічного дистресу,

моральної травми й навіть посттравматичної «девальвації». Психологічні передумови ПТЗ включають поєднання резиліентності, базової надії, самоефективності, позитивної переоцінки травматичного досвіду, активних стратегій подолання, внутрішньої релігійності та особистісних рис (відкритість, наполегливість, гумор, здатність до рефлексії, самоспівчуття). Саме ця конфігурація створює потенціал для смислової трансформації досвіду війни. Соціально-контекстуальні умови – групова згуртованість і якісне лідерство, підтримка сім'ї й спільноти, суспільне визнання служби, розвинена ветеранська інфраструктура та доступні психосоціальні програми – суттєво модулюють як імовірність ПТЗ, так і форму його прояву (індивідуальну, групову, спільнотну). Механізми актуалізації ПТЗ реалізуються через складну систему когнітивно-емоційних процесів: кризу попередньої системи переконань, інтенсивну рефлексію, смислотворення, емоційну інтеграцію травматичного досвіду, побудову нових наративів ідентичності та відносин із світом. Якість і тривалість цих процесів визначають, чи буде ПТЗ стійким і «реальним», а не лише декларативним. Запропонована модель задає рамку для подальших емпіричних досліджень – крос-секційних, лонгітюдних, нейропсихологічних і культурно-порівняльних, – а також для розроблення багаторівневих програм психологічної допомоги й реабілітації військовослужбовців та ветеранів. Такі програми мають бути спрямовані не тільки на редукцію симптомів ПТСР і депресії, а й на підтримку зростання, смислотворення та довгострокового психологічного благополуччя в умовах тривалої війни й поствоєнної реконструкції.

1.2. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ІДЕНТИЧНОСТІ ОСОБИСТОСТІ ЯК ЧИННИКА ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ–УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

1.2.1. Ідентичність як ключова категорія сучасної психології травматичного досвіду

У сучасній психології ідентичність розглядається як відносно стійка, але динамічна система уявлень людини про себе, власну історію, цінності, приналежність до соціальних груп і життєві перспективи. Вона включає особистісні, рольові, соціальні та культурні компоненти й задає рамки інтерпретації досвіду, у тому числі травматичного. У контексті війни ідентичність військовослужбовця набуває особливої складності: поєднує професійну (військову), громадянську,

гендерну, сімейну, тілесну (поранений/інвалід) й ветеранську складові, які можуть вступати в конфлікт або, навпаки, інтегруватися в нову цілісність.

Травматичні події бойових дій – загроза життю, поранення, втрата побратимів, моральні дилеми, полон – не лише порушують повсякденне функціонування, а й ставлять під сумнів базові елементи «Я-концепції» та світогляду. Саме тому дослідники все частіше інтерпретують посттравматичне зростання (ПТЗ) як процес реконфігурації ідентичності, а не лише як зміни окремих рис чи установок (Kim, Choi, & Kim, 2024; Seol et al., 2021; Rhodes et al., 2024). У цій оптиці ПТЗ постає насамперед як якісне переосмислення того, ким є людина після травми, як вона співвідносить себе з минулим, теперішнім і майбутнім.

Теоретично важливо, що ідентичність має виразно наративний характер: суб'єкт конструює історію власного життя, в якій війна, поранення, втрата чи повернення з фронту займають визначене місце. Саме структура й зміст цього наративу – «історії про себе» – є тим полем, де розгортається потенціал ПТЗ (Tarpenden, Shiner, & Mo, 2021; Park et al., 2021). Від того, чи сприймає військовослужбовець себе як «жертву», «зламану людину», «героя», «захисника», «свідка», «того, хто має продовжити справу загиблих», залежить напрямок і глибина трансформацій, що відбуваються.

1.2.2. Війна як криза ідентичності: виклик цілісності «Я» військовослужбовця

Бойовий досвід здатен спричиняти кризу ідентичності на кількох рівнях. *По-перше*, руйнуються попередні уявлення про себе: людина, яка до війни ідентифікувала себе насамперед через цивільні ролі (фахівець, батько/мати, студент), вимушена інтегрувати нову, радикально відмінну військову роль. *По-друге*, під загрозою опиняються тілесні, гендерні та професійні компоненти «Я»: поранення, інвалідність, втрата служби або неможливість повернутися до бойових підрозділів по-новому ставлять питання «хто я тепер» (Mitchell & Johnsen-Buss, 2025; McKenzie et al., 2021). *По-третє*, війна часто провокує феномен моральної травми – глибокого порушення базових моральних переконань через участь або свідчення подій, що суперечать власним цінностям. У таких ситуаціях ідентичність ветерана може розщеплюватися між образом «того, ким я був», «того, ким я є насправді» та «того, кого від мене очікує суспільство». Виникає внутрішній конфлікт між самоідентифікацією й приписаними соціальними ярликами («герой», «жертва», «агресивний ветеран»), що може як блокувати зростання, так і, за певних умов, ставати його каталізатором.

Таблиця 1.2.1

Рівні ідентичності військовослужбовця та їхній потенційний внесок у посттравматичне зростання

Рівень ідентичності	Зміст / складові	Потенційний внесок у ПТЗ	Приклади дослідницьких запитань
Особистісна (індивідуальна)	Уявлення про власні риси, цінності, життєві цілі, «Я-образ» до, під час і після війни	Забезпечує внутрішню цілісність, підтримує смислотворення, дозволяє інтегрувати травматичний досвід у життєву історію	Як змінюються базові життєві цінності військовослужбовців після участі в бойових діях? Які риси «Я» пов'язуються з відчуттям зростання?
Рольова	Набір соціальних ролей: військовий, командир, ветеран, батько / мати, партнер, поранений, наставник	Інтеграція нових ролей (ветерана, людини з інвалідністю, ментора) може ініціювати ПТЗ через розширення «Я»	Як військові інтегрують ветеранську роль із цивільними ролями? Які конфлікти ролей гальмують, а які сприяють зростанню?
Соціальна / групова	Почуття належності до підрозділу, ветеранської спільноти, професійної групи, громади	Зменшує ізоляцію, нормалізує досвід, створює умови для колективного смислотворення й підтримки	Як відчуття «ми» впливає на переживання травми й ПТЗ? Яку роль відіграють ветеранські спільноти?
Наративна	Особисті історії про війну, поранення, повернення, втрати й відновлення; домінуючі сюжети та метафори	Спосіб упорядкування травматичного досвіду, формування історії з елементами зростання («я став сильнішим», «тепер інакше ціную життя»)	Які наративні теми (геройство, провина, служіння, жертва, відновлення) пов'язані з вищими показниками ПТЗ?
Культурна / національна	Ідентифікація з нацією, історією, релігійними та культурними традиціями, образами «захисника», «борця»	Дозволяє вписати особисту травму в ширший історичний і культурний наратив, надаючи їй змісту й значущості	Як національні міфи та ритуали впливають на інтерпретацію бойового досвіду й ПТЗ?
Гендерна	Уявлення про себе як чоловіка / жінку (або інша гендерна ідентичність) у військовому контексті	Може посилювати кризу (через стереотипи й дискримінацію) або сприяти формуванню більш автономної й рефлексивної ідентичності	Які гендерні специфіки переживання втрати, поранення, демобілізації? Як вони пов'язані з формами ПТЗ?

Разом із тим, емпіричні дослідження свідчать: саме криза ідентичності створює простір для глибинного переосмислення життєвих смислів і ролей. Ветерани, які не лише уникають болісних спогадів, а й намагаються зрозуміти, як війна змінила їхнє «Я» та життєву перспективу, частіше демонструють вищі показники ПТЗ, зокрема в доменах особистісної сили, нових можливостей і поглиблених стосунків (Kim et al., 2024; Seol et al., 2021; Rhodes et al., 2024).

1.2.3. Ідентичність як чинник посттравматичного зростання: ключові механізми

На основі сучасних досліджень можна виокремити низку механізмів, через які ідентичність особистості впливає на ПТЗ військовослужбовців.

Таблиця 1.2.2

Ключові механізми впливу ідентичності на посттравматичне зростання військовослужбовців

Механізм	Зміст механізму	Очікувані прояви ПТЗ	Можливі точки психологічної інтервенції
Смислотворення і «покликання»	Пошук і формування відповіді на питання «для чого це сталося зі мною?», «яке місце війни в моєму житті?»; переживання служби як місії	Зростання відповідальності, переорієнтація цінностей, поява нових довгострокових цілей, відчуття внутрішньої зрілості	Інтервенції, орієнтовані на осмислення досвіду (екзистенційно-гуманістична терапія, логотерапія, групи смислотворення, духовний супровід)
Реконструкція ролей та «Я-після-травми»	Інтеграція нових ролей (пораненого, ветерана, наставника) у цілісну систему «Я»; переозначення власної цінності попри втрати	Прийняття обмежень, формування нових форм активності (волонтерство, наставництво), досвід «я не лише втратив, а й набув нової місії»	Програми реадптації ветеранів, рольові тренінги, коучинг, підтримка в професійній переорієнтації, реєр-наставництво
Соціальна та групова ідентичність	Переживання себе як частини «ми» (підрозділу, ветеранської спільноти, громади)	Відчуття приналежності й підтримки, готовність допомагати іншим, участь у спільних проєктах, зменшення почуття ізоляції	Розвиток ветеранських спільнот, груп взаємодопомоги, програми «рівний-рівному», сімейна й громадська психоедукація
Наративна інтеграція досвіду	Побудова внутрішньої узгодженої життєвої історії, в якій травма на-	Здатність говорити про досвід без повної дезорганізації,	Наративні підходи (наративна терапія, методи сторітелінгу,

Психологічна допомога в актуалізації посттравматичного зростання
військовослужбовців-учасників бойових дій

Механізм	Зміст механізму	Очікувані прояви ПТЗ	Можливі точки психологічної інтервенції
	буває певного місця і сенсу	поява сюжетів зростання, відповідальності, турботи про інших	фотонаративи, написання листів / щоденників, групи обміну історіями)
Опрацювання посттравматичної самотності	Усвідомлення унікальності власного досвіду, відчуття «ніхто не може повністю зрозуміти» як джерела болю і потенційного ресурсу	Пошук «своїх» спільнот, формування більш автентичних стосунків, розвиток емпатії до інших постраждалих	Цільові групи для ветеранів, простори «без цензури» для обговорення досвіду, фасилітовані групи за участі інших травмованих
Гендерна й культурна рефлексія	Переосмислення гендерних і культурних сценаріїв («яким має бути справжній чоловік / жінка / захисник»), вихід за межі руйнівних стереотипів	Формування більш гнучких, менш стигматизуючих моделей «бути військовим/ветераном», зниження почуття провини і сорому	Гендерно-чутливі програми підтримки, робота з внутрішньою й зовнішньою стигмою, культурно адаптовані психоосвітні матеріали

По-перше, смислотворення й пошук покликання. Дослідження Seol та співавт. (2021) показали, що відчуття «покликання» та наявність усвідомленого сенсу служби опосередковують зв'язок між бойовими стресорами й ПТЗ: військовослужбовці, які бачать свою участь у війні як частину більшої місії, рідше застрягають у виключно травматичному вимірі досвіду й частіше повідомляють про позитивні зміни. Подібні висновки демонструють роботи, що вивчають ветеранів у різних культурах: саме включення травми в осмислену життєву історію (а не її заперечення чи витіснення) сприяє переходу від хаосу до упорядкованого наративу з елементами зростання (Kim et al., 2024; Rhodes et al., 2024).

По-друге, реконструкція й інтеграція нових ролей. Втрата бойового статусу, поранення, демобілізація, перехід до ветеранських або цивільних ролей вимагають від особистості складної «ідентичнісної роботи». Дослідження ветеранів із тяжкими тілесними ушкодженнями показують, що ПТЗ пов'язане не стільки з відсутністю дистресу, скільки з успішною інтеграцією нових ідентичностей – «ветеран із травмою», «людина з інвалідністю», «наставник / помічник для інших» – у цілісну Я-структуру (Mitchell & Johnsen-Buss, 2025). Коли військовий вдається до конструктивного переозначення: «я не лише втратив, а й набув нової місії», це створює підґрунтя для зростання.

По-третє, соціальна та групова ідентичність. Відчуття приналежності до спільноти (військового підрозділу, ветеранської організації, релігійної чи місцевої громади) зменшує ізоляцію, нормалізує переживання й відкриває простір для колективного осмислення травми. В роботах Kim та співавт. (2024), McKenzie та ін. (2021), Shorer та колег (2024) показано, що групова підтримка й можливість розділяти спільний досвід («ми пройшли через це разом») посилюють відчуття цілісності та лінійності життєвої історії, а отже, сприяють ПТЗ. Цікаво, що феномен «посттравматичної самотності» – глибокого відчуття відокремленості від тих, хто не пережив війни, – може бути водночас і джерелом болю, і ресурсом, якщо він стає поштовхом до пошуку автентичних спільнот і нових форм участі (Shorer et al., 2024).

По-четверте, наративна ідентичність. Дослідження наративів ветеранів показують, що характер оповіді про військовий досвід (наявність теми зростання, переосмислення, відповідальності, турботи про інших) пов'язаний із показниками благополуччя й ПТЗ (Tappenden et al., 2021). Оповіді, у яких суб'єкт описує себе як того, хто, попри травму, розширив горизонт розуміння життя, поглибив стосунки з іншими, посилив моральну чутливість, зазвичай корелюють із кращою адаптацією. Натомість домінування сюжетів беззмістовних втрат, самообвинувачення, тотальної несправедливості може підтримувати стагнацію або «девальвацію» ідентичності.

По-п'яте, гендерні та культурні особливості ідентичнісних процесів. Жінки-військовослужбовці нерідко стикаються з подвійним викликом: інтеграцією бойового досвіду й подоланням соціальних стереотипів щодо «жіночої» ролі (McKenzie et al., 2021; Zerach, 2024). Це може посилювати кризу ідентичності, але разом з тим створювати простір для формування більш автономної, рефлексивної та резильєнтної Я-структури. Кроскультурні дослідження показують, що в суспільствах із сильними традиціями колективізму, релігійності або родинної взаємопідтримки процес відновлення ідентичності після війни має власну специфіку: більшу роль відіграє спільнота, а індивідуальний досвід частіше інтерпретується як частина «історії роду» або «народу» (Hashemi & Mahmudzadeh, 2025).

1.2.4. Теоретико-методологічні підходи до вивчення ідентичності в контексті посттравматичного зростання

Теоретико-методологічні засади дослідження ідентичності військовослужбовців як чинника ПТЗ поєднують кілька взаємодоповнювальних підходів.

Таблиця 1.2.3

Теоретико-методологічні підходи до вивчення ідентичності як чинника ПТЗ

Теоретичний підхід	Ключові акценти щодо ідентичності	Методологічні наслідки (що й як досліджуємо)	Типові методи
Екзистенційно-гуманістичний / смислотворчий	Ідентичність як екзистенційна позиція щодо свободи, відповідальності, смерті, сенсу життя; ПТЗ як набуття більш зрілої позиції	Аналізуємо, як змінюються життєві смисли, цінності, уявлення про покликання й відповідальність після війни	Напівструктуровані інтерв'ю, опитувальники сенсу життя і ПТЗ, якісна інтерпретація життєвих історій
Наративний / конструктивістський	Ідентичність як історія, яку людина розповідає про себе; ПТЗ як поява нових сюжетів і метафор у цих історіях	Фокус на структурі, темах і тональності наративів, на тому, як описуються війна, травма, інші люди й майбутнє	Наративні інтерв'ю, аналіз особистих текстів (щоденники, листи), метод photovoice, контент- і дискурс-аналіз
Соціально-ідентичнісний / контекстуальний	Ідентичність формується в полі соціальних груп, норм, очікувань і статусів; ПТЗ залежить від того, як суспільство конструює образ ветерана	Досліджуємо вплив групової належності, суспільних наративів, стигми / визнання на ідентичність і ПТЗ	Опитувальники соціальної ідентичності, дослідження ставлення до ветеранів, аналіз медіадискурсу, фокус-групи
Гендерно-чутливий	Ідентичність військовослужбовця формується в полі гендерних норм; досвід жінок/чоловіків у війську має специфічні виклики	Вивчаємо, як гендерні ролі, очікування та дискримінація впливають на переживання травми, самосприйняття та ПТЗ	Порівняльні дослідження за статтю/гендером, якісні інтерв'ю з жінками-військовими, аналіз гендерних стереотипів у групах
Змішані (mixed methods) підходи	Поєднання різних теоретичних рамок для комплексного бачення ідентичності й ПТЗ	Дозволяють одночасно оцінити статистичні зв'язки та глибинні механізми смислотворення й реконструкції ідентичності	Стандартизовані опитувальники + глибинні інтерв'ю; лонгітюдні панелі з якісними «вставками»; case-study ветеранів

По-перше, екзистенційно-гуманістична та смислотворча парадигма розглядає травму як подію, що радикально оголює питання сенсу життя, свободи, відповідальності, смертності. У цій логіці ПТЗ інтерпретується як процес набуття більш зрілої екзистенційної позиції – здатності жити, усвідомлюючи крихкість і вразливість, але не відмовляючись від участі в житті, турботи про інших, реалізації покликання (Seol et al., 2021; Rhodes et al., 2024).

По-друге, наративний та конструктивістський підхід підкреслює, що ідентичність не є статичною «сутністю», а постає як результат конструювання життєвих історій у взаємодії з іншими. Методологічно це означає акцент на якісних стратегіях – глибинних інтерв'ю, аналізі особистих текстів, фотонаративів, групових дискусій. Так, у дослідженні Kim та співавт. (2024) застосовано метод photovoice, де ветерани за допомогою фотографій і власних коментарів репрезентували досвід травми й відновлення; аналіз цих наративів дозволив виявити типові сюжети зростання та зміни ідентичності.

По-третє, соціально-ідентичнісний та контекстуальний підхід звертає увагу на те, що особистісна ідентичність завжди вбудована у множинні групові й культурні належності. Дослідження показують, що рівень ПТЗ залежить не лише від індивідуальних рис, а й від того, як саме суспільство конструює образ ветерана, війни й травми (Kim et al., 2024; Shorer et al., 2024; Park et al., 2021). Це зумовлює потребу враховувати макросоціальний контекст (політика пам'яті, медіа-дискурс, наявність або відсутність стигми щодо психічних розладів) і мезорівень – практики військових частин, ветеранських організацій, місцевих громад.

По-четверте, гендерно-чутливий підхід наголошує на необхідності аналізувати, як ідентичність військовослужбовців формується в полі гендерних норм і очікувань. Дослідження жінок-військових вказують на специфічні виклики: поєднання бойової ідентичності з материнськими, сімейними, професійними ролями, подолання стереотипів, досвід сексуалізованого насильства й дискримінації (Mckenzie et al., 2021; Zerach, 2024). Для українського контексту це означає потребу окремого вивчення ідентичності жінок-військовослужбовиць як потенційно важливого чинника їхнього ПТЗ.

У методологічному плані дослідження ідентичності як чинника ПТЗ доцільно будувати в межах **змішаних дизайнів**. Кількісні методи – стандартизовані опитувальники посттравматичного зростання, симптомів ПТСР, депресії, показників резиліентності, самоефективності та різних аспектів ідентичності – дозволяють виявити загальні закономірності та статистичні зв'язки (Seol et al., 2021; Rhodes et al., 2024).

Якісні методи – наративні інтерв'ю, фотопроєкти, фокус-групи – дають змогу реконструювати глибинні механізми смислотворення, інтеграції ролей, переживання приналежності/самотності (Kim et al., 2024; Tappenden et al., 2021; Shorer et al., 2024).

Таблиця 1.2.4

Методи емпіричного дослідження ідентичності як чинника ПТЗ у військовослужбовців

Метод / інструмент	Що дозволяє виявити	Переваги	Обмеження / застереження
Стандартизовані опитувальники ПТЗ, ПТСР, депресії, резилієнтності, сенсу життя	Рівень ПТЗ, вираженість симптомів, загальні зв'язки між показниками ідентичності/смислу й наслідками травми	Можливість роботи з великими вибірками, статистичний аналіз, порівняння груп	Не розкривають глибинних механізмів; ризик соціально бажаних відповідей, «декларативного» ПТЗ
Опитувальники аспектів ідентичності (особистісної, соціальної, рольової)	Інтенсивність і структура ідентичнісних компонентів, ступінь ідентифікації з різними групами й ролями	Дає змогу моделювати зв'язки між ідентичністю та ПТЗ у кількісних моделях	Потребує адаптації до військового й українського контексту; ризик формального заповнення
Глибинні наративні інтерв'ю	Індивідуальні історії про війну, травму, втрати, відновлення, зміни «Я» і стосунків	Виявляють смислотворчі процеси, нові ролі, конфлікти ідентичності, «живу» структуру досвіду	Трудомісткі в проведенні й аналізі; вимагають високого рівня етичної й клінічної компетентності
Photovoice, фотонаративи	Візуальні образи, через які ветеран представляє свій досвід і себе після війни	Активізують невербальні й символічні аспекти ідентичності; можуть бути терапевтичними	Потребують ретельного етичного супроводу; складні для стандартизованого аналізу
Фокус-групи з ветеранами / членами сімей	Колективні наративи, норми, мовні кліше, теми, що циркулюють у ветеранському середовищі	Дають змогу побачити групові процеси, соціальну ідентичність, підтримку/стигму	Можливий груповий тиск, небажання відкрито говорити в присутності інших
Лонгітюдні панельні дослідження	Динаміка ідентичності та ПТЗ у часі (до/під час/після бойових дій, на різних етапах ветеранського шляху)	Дозволяють відрізнити тимчасові реакції від глибоких змін ідентичності, відстежувати траєкторії адаптації	Високі витрати ресурсів, ризик втрати частини вибірки, складність повторних вимірювань у воєнних умовах

Перспективним є використання **лонгітюдних досліджень**, які дозволяють простежити, як змінюється ідентичність військовослужбовців у динаміці – від мобілізації й перших бойових ротацій до демобілізації та багаторічного ветеранського статусу. Такі дизайни дозволяють відрізнити «декларативне» ПТЗ ранніх етапів (як когнітивну стратегію подолання) від глибших, більш інтегрованих змін ідентичності, що проявляються у поведінці, стосунках і життєвих рішеннях (Rhodes et al., 2024; Hashemi & Mahmoudzadeh, 2025).

Дискусія:

Отримані теоретико-методологічні узагальнення дозволяють суттєво розширити усталене бачення посттравматичного зростання військовослужбовців, яке традиційно фокусується на резилієнтності, копінг-стратегіях і соціальній підтримці. Введення ідентичності як центральної аналітичної категорії зсуває акцент із «характеристик особистості» на динамічні процеси смислотворення, інтеграції ролей і конструювання життєвих наративів. Це дає змогу трактувати ПТЗ не стільки як «позитивний результат» подолання травми, скільки як специфічну траєкторію трансформації «Я» у ситуації радикального життєвого зламу (Kim et al., 2024; Seol et al., 2021).

З цієї точки зору війна не лише спричиняє психотравматичні наслідки, а й запускає масштабну кризу ідентичності, в якій під питанням опиняються попередні уявлення про себе, інших і світ. Водночас саме криза створює «вікно можливостей» для глибинної реконфігурації ідентичності – за умови, що військовослужбовець має доступ до ресурсів смислотворення, безпечного наративування досвіду та підтримуючих спільнот (Rhodes et al., 2024; Tappenden et al., 2021).

Таким чином, ПТЗ можна розглядати як результат успішного переходу від фрагментованого, травмоцентричного «Я» до більш цілісної, багатовимірної ідентичності, здатної вмістити досвід війни без його витіснення чи тотальної ідеалізації.

Важливим теоретичним нюансом є розрізнення між глибинною трансформацією ідентичності та її захисними, поверхневими варіантами. Частина ветеранів може декларувати «зростання» у відповідь на соціальний тиск, очікування «героїчного» образу або внутрішню потребу надати стражданню хоч якогось сенсу. Однак за відсутності реальної інтеграції травматичного досвіду це «вербальне» ПТЗ може співіснувати з високим рівнем симптомів ПТСР, депресії й міжособистісної дезадаптації (Mckenzie et al., 2021; Zerach, 2024).

У такому випадку ми маємо справу радше з крихкою компенсаторною конструкцією, ніж зі стійкими змінами ідентичності. Це ставить методологічну вимогу поєднувати кількісні показники ПТЗ із якісним аналізом особистих наративів і реальної поведінки ветеранів.

Окремої уваги заслуговує соціально-ідентичнісний вимір. Дослідження показують, що колективні наративи про війну, образ «захисника» чи «ветерана», практики вшанування або, навпаки, маргіналізації суттєво впливають на те, як самі військовослужбовці конструюють свою ідентичність після повернення (Kim et al., 2024; Shorer et al., 2024).

Для України, де війна має виразний оборонний, екзистенційний характер і де формується потужний суспільний наратив героїзму та жертвності, це створює одночасно ресурс і ризик. Ресурс – у можливості вписати власний досвід у ширший національний сенс («я частина спільної боротьби»); ризик – у тому, що індивідуальний біль, амбівалентність, почуття провини чи сорому можуть виявитися «непридатними» до публічного дискурсу й тому витіснятися, що ускладнює справжню інтеграцію досвіду.

Гендерно-чутлива перспектива показує, що ідентичнісні виклики мають різну конфігурацію у чоловіків і жінок-військовослужбовців. Для жінок участь у бойових діях часто означає одночасне порушення як мирних, так і військових гендерних норм, що посилює кризу ідентичності, але водночас відкриває простір для формування більш автономних, рефлексивних «Я-моделей» (Mckenzie et al., 2021; Mitchell & Johnsen-Buss, 2025).

Для чоловіків, натомість, надмірна прив'язаність до традиційних маскуліних сценаріїв («я завжди маю бути сильним», «я не можу показувати слабкість») може ускладнювати звернення по допомогу й поглиблювати внутрішній розрив між пережитим досвідом і соціально очікуваним образом. У цьому контексті програми психологічної підтримки мають цілеспрямовано працювати з гендерними аспектами ідентичності, а не залишати їх «за дужками».

Методологічно очевидним є те, що дослідження ідентичності як чинника ПТЗ не можуть обмежуватися крос-секційними опитуваннями. Лонгітюдні, змішані дизайни є критично важливими для відстеження траєкторій змін ідентичності: від початкових, часто хаотичних спроб «якось пояснити собі» травму до більш усталених, комплексних життєвих історій (Seol et al., 2021; Rhodes et al., 2024; Hashemi & Mahmoudzadeh, 2025).

Лише в довгостроковій перспективі можна відрізнити короточасні, ситуативні когнітивні стратегії (наприклад, «я мушу вірити, що це зробило мене сильнішим, інакше все безглуздо») від справжньої реконфігурації «Я», яка проявляється у виборі професії, стилі стосунків, громадській активності, ставленні до вразливості та залежності.

Нарешті, з прикладної точки зору запропоновані теоретико-методологічні засади вказують на необхідність зміщення фокусу реабілітаційних програм: від виключно симптом-орієнтованих підходів (редукція ПТСР, тривоги, депресії) – до інтервенцій, спрямованих на підтримку ідентичної роботи військовослужбовців. Йдеться про створення безпечних просторів для наративування досвіду, підтримку смислотворення, роботу з рольовими конфліктами, розвиток ветеранських спільнот, які не лише надають ресурс, а й дозволяють формувати нові, більш стійкі й відповідальні моделі «бути ветераном». У цьому сенсі ідентичність виступає не другорядним, а центральним виміром посттравматичного зростання на який можуть опиратися всі інші ресурси, описані в попередньому розділі монографії.

Висновки до підрозділу 1.2:

Розглянуті теоретико-методологічні підходи дають змогу стверджувати, що ідентичність особистості є одним із ключових чинників посттравматичного зростання військовослужбовців–учасників бойових дій. Війна запускає масштабну кризу «Я», яка може завершитися як дезінтеграцією й хронічною травматизацією, так і якісною реконструкцією життєвого наративу, інтеграцією нових ролей і формуванням більш зрілої, відповідальної та смислотворчої ідентичності. Саме через процеси смислотворення, інтеграції ролей, соціальної й наративної ідентичності ПТЗ набуває конкретних психологічних форм – посилення особистісної сили, поглиблення стосунків, появи нових життєвих цілей.

Методологічно дослідження ідентичності в цьому контексті потребують поєднання екзистенційно-гуманістичних, наративних, соціально-ідентичнісних і гендерно-чутливих рамок, а також використання змішаних і лонгітюдних дизайнів.

Такий підхід дозволяє не лише фіксувати рівні ПТЗ, а й розуміти, яким чином військовослужбовці й ветерани конструюють нову ідентичність після бойового досвіду, які ресурси та бар'єри при цьому виявляються, і як ці процеси можуть бути підтримані цілеспрямованими психологічними й соціальними інтервенціями.

1.3. ОРГАНІЗАЦІЯ ІНФОРМАЦІЙНОГО ПРОСТОРУ ВІЙСЬКОВО-СЛУЖБОВЦЯ–УЧАСНИКА БОЙОВИХ ДІЙ, ЯК ПЕРЕДУМОВА ЙОГО ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ

1.3.1. Екологізація інформаційного простору військовослужбовця учасника бойових дій

З кожними якісними змінами в інформаційних технологіях, що істотно впливають на організацію людиною власного життя, інтегруючись в його повсякдення, в науково-дослідницькій і соціально-практичній сферах відбувається повернення до тематики ризиків і загроз, безпеки, ментального здоров'я і психологічного благополуччя. ІТ стало звичною / невід'ємною частиною повсякдення кожної людини. У зв'язку з чим констатуємо: *чим глибше і ширше ІТ інтегруються у суспільне життя, тим **проблематичнішою** стає інформаційна складова життєвого середовища сучасної людини.* Особливо актуальною дана проблема стає для військовослужбовців учасників бойових дій, оскільки будь-яка складова їх способу життя пронизана контекстом війни. Це й тригерність повідомлень, й «хейтінг» в обговореннях, й дезорієнтація і розмитість меж між різними сторонами життя, що накладається на навчену «чорно-білість» світосприймання як умову виживання, й наслідки поранень, контузій і травмувань тощо.

Щодня військовий, як і будь-який інший пересічний громадянин України, зіштовхується з дедалі більшим потоком інформаційних повідомлень. На їх споживання фактично переорієнтовано умови сучасного повсякдення: у транспорті, інших публічних просторах – відео- й графічна реклама на екранах і білбордах, у торговельних центрах – безперервна аудіореклама. Від нав'язливого, мимовільного контенту люди зазвичай відволікаються, перемикаючись на «добровільне» споживання через сервіси у персональних гаджетах, які, по можливості, мінімізують надлишковий текст. Цю потребу задовольняють, зокрема, Instagram, TikTok і YouTube (у т. ч. Reels).

З іншого боку, вимушене постійне включення у значну сукупність різних спільнот та необхідність невідкладного вирішення виробничих чи-то побутових питань, які постійно поточно з'являються, передбачає актуальне реагування на вхідні повідомлення та бажання поділитися власними думками / переживаннями / спостереженнями / здобутками з іншими. Для цього у персональних гаджетах пропонуються месенджери (Вайбер, Телеграм, ВотсАп, Сигнал, Х й ін.).

Ще, з іншого боку, нікуди не зникало бажання орієнтуватися у поточних подіях в світі. Для чого також пропонуються 24 на 7 безмежна кількість служб офіційних і неофіційних новин. У вказаних умовах надсильного інформаційного перевантаження виникають тенденції до погіршення психологічного і суб'єктивного благополуччя, до хронічної втоми, що негативно впливає на ментальне і психічне здоров'я, значно знижується рівень критичності в оцінці вхідних повідомлень. Якщо ж ми додамо до вищенаведеного ще й наші поточні умови війни, в яких проти України в її суспільному інформаційному просторі методично, постійно і цілеспрямовано проводяться ворожі інформаційно-психологічні операції, спрямовані на підрив державного суверенітету та територіальної цілісності, то ситуація, вважаємо, межує з критичною. Її ускладнюють ще й внутрішні чинники, такі як, погіршення соціально-економічного становища, ознаки боротьби за владу, що транслиуються через ЗМІ того чи іншого підпорядкування, постійне перебування у невизначеності навіть найближчого майбутнього тощо, тобто загальне об'єктивне зниження рівня благополуччя.

Отже, констатуємо значну кількість чинників негативних впливу на *особистісний інформаційний простір* військовослужбовця, який, в умовах агресивного навколишнього інформаційного середовища, часто ним не усвідомлюється, що може спричиняти загальне зниження рівня ментального здоров'я і благополуччя. Таким чином, одним з найактуальніших завдань у забезпеченні посттравматичного зростання є вибудовування «здорового», екологічного персонального інформаційного простору. В основі такого відбудовування пропонується розглядати екопсихологічний підхід, основна увага якого центрується на взаємодії військовослужбовця і середовищ його життя в сенсі базових процесів взаємодії підтримки і взаєморозвитку.

Персональний інформаційний простір у даному контексті розуміється не лише сукупністю повідомлень і каналів зв'язку, але як складова життєвого простору смислів, настанов і дій, що зорганізують соціальний і психологічний рівні життя людини.

Модель екологічності інформаційного простору

Спираючись на структурну модель екологічності (Вернік, 2016), виокремимо чотири взаємопов'язані компоненти та відповідні процеси екологізації:

1. **Природність – натуралізація (оприроднення).** Емоційно-чуттєвий рівень: відновлення контакту з тілесними та емоційними реакціями на контент; розрізнення власних думок і нав'язуваного змісту.

2. **Чистота – очищення.** Соціально-нормативний рівень: певний «детокс» від негативного, маніпулятивного та надлишкового контенту; гігієна джерел і правила споживання інформації.

3. **Порядок – упорядковування (систематизація).** Діяльнісний рівень: структурування інформаційних потоків і каналів, встановлення меж і маршрутів переходу інформації між зонами простору.

4. **Гармонія – гармонізація (балансування).** Особистісно-смисловий рівень: узгодження інформаційної поведінки з цінностями та цілями, відповідальність за вплив власних повідомлень на себе й на інших.

Дана модель дозволяє розглядати екологізацію як процес, що одночасно може розгортатися на різних рівнях психологічної організації, що втілюється в конкретних практиках. Проте, в самій постановці проблеми екологізації особистого інформаційного простору вже передбачається певна наявна неекологічність. Ми пропонуємо розглядати її відповідно вказаним вимірам, виділяючи типові ризики порушення процесу екологізації інформаційного простору. Маються на увазі:

❖ **Штучність** (в розумінні саме неприродності, ненатуральності). На даному рівні екологізації виникає завдання навчання первинному аналізу повідомлень, спрямованому на усвідомлення (а саме, співвіднесення і оцінювання), тобто розрізнення власних думок і навіюваного, що передбачає роботу з критичним мисленням. Зокрема, досить важливим є, при сприйманні або трансляції особистістю того чи іншого повідомлення, розуміння джерела його походження, загального контексту, частиною якого воно є, та меседжу, яке дане повідомлення несе. В цьому аспекті існує достатньо публікацій навчально-методичного плану (наприклад, Шульська, Н. М., Букіна, Н. В., & Адамчук, Н. В., 2023), в яких професійними журналістами пропонуються маркери ворожих ІПСО та методи їх виділення.

Відзначимо такий момент. В поточних умовах ЗМІ, сама стрічка новин (повідомлень) є предметом різноманітних ІПСО, у тому числі й ворожих. Тобто, будь-яке повідомлення типу новин, вважаємо, має сприйматися й аналізуватися в аспекті «повідомлення – меседж – мета», оскільки має значення насамперед його контекст – де, коли і для чого дана новина потрапила в топ стрічки новин;

❖ **Засміченість**, або наявній кількості непотрібної (зайвої) інформації у власному інфопросторі. В даному аспекті актуальними стають питання: «Наскільки новини, які людина читає і переживає, пов'язані з її життям? Яке відношення вони мають до особи? Й, навпаки, яке відношення ця особа має до відповідної події, що було висвітлено в новинах?

Якщо повідомлення жодним чином не вписується в поточний спосіб життя особи, то воно є таким, що засмічує (за визначенням поняття «сміття») її інформаційний простір, наслідком чого є додаткове емоційне напруження, погіршення структурування тощо. Звідси постає наступне завдання екологізації інформаційного простору особистості – вибудовування індивідуальних фільтрів / правил, за якими повідомлення слід «пропускати повз вуха»;

❖ **Неорганізованість (безлад).** Даний рівень означає щонайменше (1) неусвідомлення індивідом структури власного інформаційного простору; (2) відсутність правил переходу інформації між структурними компонентами персонального інформаційного простору; (3) нерозуміння повідомлень з погляду причин і джерел їх появи. Звідси ми вбачаємо наступне завдання екологізації особистісного інфопростору: побудову / виділення його внутрішньої зональності.

В якості одного з варіантів такої структури можемо запропонувати чотири базові компоненти персонального інформаційного простору: приватний, міжособовий, організаційно-корпоративний, публічний. Розуміючи дані процеси, особистість отримуватиме змогу більш усвідомлено управляти власним інформаційним простором. Проблема невизначених кордонів і меж між компонентами призводить до відчуття хаосу, звідси безпорадності, часто виключно емоційних реагувань й, як наслідок, до погіршення власного ментального здоров'я, втрати особистісної цілісності тощо. Намагання спиратися при цьому на зовнішні орієнтири призводить до нерозв'язуваних питань, типу «Хто правий?», «Де правда?» і т. і., а звідси – й на сумнозвісну мем-тезу російської пропаганди «Не всьо так однозначно»;

❖ **Дисгармонія**, яка може виявлятися подвійно: *по-перше*, як істотне порушення певного балансу в той чи інший бік, *по-друге*, це стабілізація балансу, тобто потрапляння у рутинність, коли баланс перетворюється на застій. Кожного разу, коли людина транслює чи породжує повідомлення для певного адресату, вона має усвідомлювати, наскільки шкідливим / руйнівним воно може бути для власного інформаційного простору й для інформаційного простору іншого. Мова йде про усвідомлення певної відповідальності за власні дії. В якості прикладу візьмемо ситуацію, коли особа бажає поділитися «кошмаром», наприклад поширює (репостить) відео вбивства людей чи якихось страждань.

Саме в цій точці ми переходимо до ідеї одних з основних принципів екологічності життєвого простору – принципів взаємопідтримки і взаєморозвитку особистості і середовищ її життя, та усвідомлення того, що будь-який «перегин» чи-то в бік власного благополуччя за рахунок оточуючого, чи-то навпаки, є нееко-

логічним й призводить до негативних наслідків як в життєвому просторі, так і в самої людини. Тому особливої актуальності набуває завдання допомоги у виробленні індивідом вмінь і навичок оцінювати інформацію / повідомлення в контексті наслідків її / його шкідливості, нейтральності чи корисності в сенсі взаємодії підтримки і взаєморозвитку людини і середовищ її життя.

Нижче ми пропонуємо деякі інструментальні засоби, що сприятимуть екологізації інформаційного простору військовослужбовця у його посттравматичному зростанні. Серед основних цілей вбачаємо: зменшення шкідливого впливу агресивного інформаційного середовища; підвищення рівня суб'єктивний контролю й саморегуляції; утримання нових смислів, відновлення і підтримка контактів і взаємодій, усвідомлення власних нових можливостей. Зафіксуємо їх на вказаних вище рівнях:

- **Нормалізація емоційної компоненти**, як, зокрема, побудови власної «тригер-мапи» (власні теми/слова/формати, що підвищують напругу), визначення маркерів перевантаження («тіло як сенсор»), дотримування правил «одноразової паузи».

- **Інформаційна гігієна**. Мається на увазі ідея дозування новин (наприклад, двічі на день по 10–20 хв. зі списку довірених джерел); «світлофор джерел» (зелена / жовта / червона категорії); «три запитання» перед читанням або репостом: *чи стосується це мене? чи можу я на це вплинути? чи буде це корисно мені, моєму відновленню, зростанню?* і т. п.

- **Структурування інформаційного простору**. Пропонується його зонування, зокрема виділення чотирьох зон – приватної, міжособової, організаційно-корпоративної, публічної; формулювання і фіксацію власних правил переходу між зонами; чіткий розклад інформаційного споживання, зокрема, передбачення «годин тиші», вироблення пріоритетів для повідомлень тощо.

- **Гармонізація інформаційного простору**. У вирішенні цього завдання пропонуємо використовувати: т. з. «сенсовий компас», тобто співвіднесення власних цінностей і життєвих смислів з інформаційними звичками; вправи на написання «екологічно орієнтованих постів» – повідомлень, спрямованих на зниження негативних емоцій та посилення активності, на униканні деструктиву і фіксації позитиву; фокусування на мікродіях за колом впливу – для себе, побратимів, сім'ї, громади.

Разом з вказаними інструментами індивідуальної екологізації особистого інформаційного простору, важливими її складовими залишатимуться й засоби по-

в'язані з екологізацією взаємовідносин на різних рівнях. А саме, на *міжособовому*, наприклад, у вигляді вироблення і дотримання спільних правил взаємодії (наприклад, «час не турбувати»), сталих каналів зв'язку і тону комунікації; *організаційному*, наприклад, у вигляді розроблених нормативів, кодексу поведінки, встановлення меж приватності й т.і., *публічному* у вигляді навчань інформаційній грамотності, протидії ІПСО, взаємодопомозі тощо.

Особливу увагу варто приділяти й фіксації перебігу процесу екологізації особистого інформаційного простору. В якості інструменту пропонуємо ведення структурованого журналу / щоденника / записника, в якому мають відображатися:

- ❖ частота і інтенсивність тригерних реакцій; якість сну, як індикаторів зміни емоційного стану;
- ❖ аналіз ступеня дотримання: правил цифрової безпеки, усвідомлення здійснених репостів, «раціону» інформаційних джерел, часу в онлайн, «годин тиші», як індикаторів нормативності інформаційної поведінки;
- ❖ усвідомлення нових можливостей, покращення взаємин, зростання відчуття контролю й ін., як індикаторів смислотворення самоствердження.

Таким чином, екологізація особистісного інформаційного простору військовослужбовця стає необхідною складовою його психологічної безпеки і передумовою його посттравматичного зростання, яке забезпечуватиметься через три психологічні механізми: зменшення тригерності, повернення контролю й смислотворення. Також, важливим є розуміння того, що чим більше стає «екологічних» персональних просторів в інформаційному середовищі, тим менш агресивним і більш життєздатним стає інформаційний простір України загалом.

1.3.2. Включення ІІІ в процес посттравматичного зростання військовослужбовця – учасника бойових дій

Наприкінці 2022 – початку 2023 року в публічний безкоштовний доступ було виставлено повноцінні застосунки генеративного штучного інтелекту, який може імітувати діалог, адаптуватися і персоналізуватися відповідно користувачького запиту. Протягом наступних декількох років стало очевидним, що використання засобів ІІІ стає глобальним і всеохоплюючим, змінюючи не тільки професійну практику в окремих сферах діяльності, але й саму структуру організації соціального життя чи не на усіх його рівнях: побуту, сфери надання послуг, освітою, наукою, медициною, бізнесом, виробництвом й ін.. Зокрема, й в сфері психологічної практики – консультування, підтримки тощо.

При цьому виникає значна кількість питань і проблем, пов'язаних з профе-

сійною етикою, ризиками наслідків користування відповідними послугами. В багатьох країнах питання державного регулювання використання засобів ІІІ в сфері медичних, психологічних, психотерапевтичних послуг виносяться як першочергові. Періодично виникають інциденти і, відповідно, судові позови до компаній-виробників щодо шкоди, завданої ІІІ користувачам послуг, або їх оточенню, починаючи від схиляння до суїцидів / не розпізнання в запитах суїцидальних намірів, й закінчуючи «допомогою» зловмисникам у здійсненні злочинів.

Попри вказане, ІІІ вже стало невід’ємною складовою буття сучасної людини. Зокрема, будь-які запити в глобальних пошукових системах, таких як Google, Bing, на будь-який запит користувача спочатку за умовчанням виводяться результати відповіді ІІІ. Останній стає чи не основним консультантом у повсякденні користувачів Інтернет. Тому, питання, винесене в заголовок параграфу в сучасних умовах життя набуває надзвичайної актуальності.

В результаті аналізу публікацій останніх років можна стверджувати, що науково проблема використання засобів ІІІ в процесі посттравматичного зростання відрефлектована вкрай недостатньо. Поодинокі публікації, які ми віднайшли, були присвячені переважно нейрофізіологічним аспектам і машинному навчанню (Glazebrook A.-J. та ін. (2022, 2023), Kamranvand M. та ін. (2022)). Разом з тим, процес впровадження у психологічну практику засобів ІІІ й проведення відповідних досліджень вже сьогодні йде досить інтенсивно.

Відзначаємо дослідження:

- ❖ з використання чат-ботів, як інструментів зниження симптоматики тривожності і депресивності (Li, H., Zhang, R., Lee, YC. et al., 2023; Feng Y. et al., 2025);
- ❖ з розробки і використання діалогових агентів міжсесійного використання в практиках КПТ (Inbal Nahum-Shani et al., 2018);
- ❖ з «цифрової фенотипізації», тобто цифрового сліду, що залишається в результаті пацієнт-середовищної взаємодії (Oudin A. et al., 2023). У контексті психічного здоров'я потенційні переваги цифрового фенотипування включають створення нових шляхів для надання пацієнтам можливості моніторити і контролювати власне благополуччя;
- ❖ з виявлення прихованих ризиків суїцидальної поведінки з текстів клієнта на основі алгоритмів обробки природної мови (Natural Language Processing) (Bantilan N, Malgaroli M, Ray B, Hull TD., 2021).

Не обходять увагою дану проблему і мас-медіа. Зокрема, відзначаємо публікації в провідних ЗМІ – The Guardian, The Times, The Washington Post й ін.

Основною тематикою таких публікацій є фокусування уваги на ризиках використання ІІІ в даній сфері. Зокрема, на ризиках виникнення залежності, втрати самостійності; на ризиках отримання хибних чи, навіть, шкідливих порад; на тривозі, з одного боку, терапевтів, на неконтрольованому використанні ІІІ клієнтами, а з іншого, клієнтів, на використанні ІІІ терапевтами без їх згоди. Одночасно, фіксується увага на перспективах і можливостях, як то емоційна присутність, доступність і швидкість, психоедукація і самодопомога, зниження стигми.

Виходячи з проаналізованих публікацій можемо стверджувати, що засоби ІІІ в питанні сприяння посттравматичному зростанню військовослужбовця можуть виступати у ролі співрозмовника, помічника і консультанта, тобто може виконувати функції квазісуб'єкта – об'єкта, який наділяється якостями суб'єкта суб'єктом взаємодії. Засоби ІІІ ми можемо розглядати відповідно до складових такого зростання:

- ❖ на соціальному рівні, як посилення соціальної інтеграції, розвиток освіченості;
- ❖ на міжособистісному рівні, як відновлення, налагодження стосунків з близькими – рідними, друзями, колегами;
- ❖ на індивідуальному рівні, як набуття навичок із самодопомоги, самоспостереження; посилення емоційної саморегуляції; збільшення рефлексії; від- / перебудова смислової сфери тощо.

Розглянемо деякі аспекти їх застосування. Одним з найважливіших у посттравматичному розвитку учасника бойових дій є питання соціальної інтеграції (іноді йдеться про реінтеграцію). В цьому напрямку взаємодія з ІІІ як певним асистентом має ґрунтуватися на принципах: *безпеки, поступовості, регулярності, прогресу, оберненого зв'язку*.

Принцип безпеки передбачає, що будь-які кроки відновлення чи інтеграції мають здійснюватися так, щоб мінімізувати ризик повторної травматизації. Це означає, що фокус має зосереджуватися передусім на власних потребах: сон, харчування, передбачуваність середовища й ін.. Перед кожною соціальною або емоційно навантаженою дією мають бути чітко зрозумілими межі, тригери, «план відступу», таймінг, рівень передбаченої стресовості.

Принцип поступовості передбачає допомогу ІІІ-асистента у поділі кожної значної цілі, пов'язаної з інтеграцією, на невеликі завдання – «кроки», з чітким початком, завершенням і критеріями успішності, що не викликати значного емоційного перевантаження, навіть у випадку невдачі.

Принцип регулярності означає, що асистент, *по-перше*, має спрямовувати користувача на повторюваність перед подальшим рухом, наприклад, 2-3 повторення успішного «кроку» перед переходом до наступного. *По-друге*, на нагадування про непродуктивність відмови й необхідність продовження руху.

Принцип прогресу полягає в тому, що військовослужбовець у процесі власної соціальної інтеграції має орієнтуватися не на ідеальний образ інтегрованої людини, але на реальну динаміку, тобто порівнювати не з тим, як «має бути», а з тим, що було вчора, позавчора, тиждень тому.

Усе вказане вище має передбачати фіксацію і обернений зв'язок у вигляді обговорення з асистентом результатів кожного кроку, подій і ситуацій, що виникають в процесі вирішення завдання соціальної інтеграції. Це може бути так званий «вечірній чек-ін», коли наприкінці дня військовослужбовець проговорює: що вдалося, що не зроблено, що було-б непогано повторити, що викликало негативні емоції. Роль ІІІ в якості асистента тут може бути надзвичайно важливою. Саме він, керуючись вказаними вище принципами, допоможе зафіксувати увагу військовослужбовця, на основі його тексту, на «мікроперемогах», на рівні витраченої енергії, на тому, що невдачі не є невдачами, але виключно матеріалом для корекції, на рекомендаціях зупинки і перепочинку тощо.

За змістом завдання соціальної інтеграції може бути розкладено на такі ключові задачі, як відновлення і розширення соціальних контактів, відновлення переживання приналежності, усвідомлення соціальної значимості власної ролі «ветерана-громадянина». У вирішенні кожної з них ІІІ може істотно допомогти.

Розглянемо декілька напрямків використання засобів ІІІ в контексті соціальної інтеграції.

«Картування ресурсів». ІІІ може допомогти скласти карту соціальних контактів особи військослужбовця. Наприклад, можна використовувати такі промпти / сценарій взаємодії.

- ❖ скласти список власних 10-15 осіб, з ким планує особа контактувати в найближчі тижні;

- ❖ дати завдання ІІІ: «Поділи ці контакти на три кола довіри: А – близькі, Б – товариші, В – далекі. Запропонуй перші три безпечні кроки взаємодії з кожним. Склади план на 2 тижні щодо трьох мікродій (написати повідомлення, сходити «на каву», щось разом зробити)».

«Тренування комунікації». В цій задачі ІІІ може відігравати роль різних співрозмовників з різними стилем спілкування – друзів, колег, незнайомців, роботодав-

ців різних статі і віку. Це може бути надзвичайно корисним в тренуванні щодо:

- ❖ відповідей на незручні питання;
- ❖ запрошення до взаємодії;
- ❖ самопрезентації в різних ситуаціях взаємодії – близькі, професійні контакти і роботодавець, знайомий;
- ❖ захисту приватності і власних меж.

Окремо відзначимо важливість цього напрямку в контексті професійної інтеграції, де ІІІ може виступати у ролі тренера при підготовці до співбесіди у пошуку роботи з обов'язковим фідбеком, й відпрацювання «складних розмов» з близькими – про межі, тригери, сигнали напруги, «стоп» – слова й ін.

«Контрольоване розширення комунікації». Тут ІІІ може виконувати функції асистента, що допомагатиме поступовому розширенню контактів від он-лайн до тривалої взаємодії наживо. Кожен крок, як вказувалося вище, може фіксуватися через обернений рефлексивний зв'язок порадами і корегуванням. Наприклад, військовослужбовець за допомогою ІІІ укладає план з п'яти послідовних поступових дій («драбинку») з одним з контактів зі складеного списку:

- ❖ написати знайомому повідомлення в месенджері;
- ❖ зателефонувати й порозмовляти зі знайомим декілька хвилин;
- ❖ домовитися на коротку зустріч;
- ❖ взяти участь у малолюдній події (3-5 осіб);
- ❖ взяти участь у багатолюдній події.

«Відстеження прогресу». ІІІ може виступати у ролі співрозмовника, за допомогою якого військовослужбовець зможе моніторити ситуацію з власної інтеграцією і фіксувати власні досягнення, переглядати плани і формувати нові кроки, перевіряти відповідність досягнень цілям тощо.

«Проведення рефлексивних опитувань». В якості щоденної дії ІІІ може проводити опитування з 4-6 коротких питань, типу «Як я зараз себе почуваю?», «Що і де в тілі я зараз відчуваю?», «Яка думка поруч?», «Що мені може допомогти?». Відповіді на подібні питання він фіксує у стандартизованій формі, допомагає вести журнал, фіксуючи дату і відповіді.

«Аналіз і структурування самозвітів». В даному напрямку ІІІ може виконувати функції допомоги при аналізі рефлексивних записів військовослужбовця. Зокрема, якщо він веде щоденні власні записи, ІІІ може їх структурувати, виділяючи опис події, власні думки, власні емоції і переживання й дії і реагування. Це він може робити за окремим записом й за їх сукупністю, наприклад,

раз на тиждень. Інший аспект – аналіз когнітивних упереджень чи ірраціональних переконань. На основі записаних думок, ІІІ може допомогти викривати приховані установки на катастрофізацію, «чорно-білість», надмірні узагальнення, селективне узагальнення, перебільшення, персоналізацію тощо. Також, запропонувати альтернативні, більш прийнятні (нейтральні) формулювання. Результатом має стати підвищення рефлексивності й саморозуміння, зменшення когнітивних автоматизмів і упереджень. Основними привабливими моментами у використанні засобів ІІІ в аспекті вирішення вказаної проблеми є: зручність і доступність. Завдання самому методично аналізувати власні рутинні записи, особливо зроблених протягом певного періоду – тижня або місяця, завдання труднощі. Його виконання потребує не аби яких зусиль й витрат часу. Тому, за відсутності помічника, такого як ІІІ, воно виконуватиметься неефективно. З іншого боку, засоби ІІІ є доступними 24 на 7 при наявності Інтернет, на відміну від контактів військовослужбовця – консультанта чи друзів.

Разом з тим, маємо розуміти, що ІІІ залишається лише *інструментом у самопідтримці і самодопомозі* й жодним чином не є, й не може бути заміником професійної допомоги за декількох причин, серед яких ключовими є:

- ❖ етична та юридична відповідальність. ІІІ не може ставити діагноз і формулювати результат діагностики, відповідно й не може призначати лікування і допомогу;
- ❖ ризики «галюцинування», тобто генерування неправдивої чи неточної інформації, що може спричинити поглиблення симптомів;
- ❖ неможливість забезпечення безпеки у кризових станах (зокрема, викликати швидку);
- ❖ ризики порушення приватності інформації.

Висновки до підрозділу 1.3:

В поточних умовах війни інформаційне середовище характеризується надмірною інтенсивністю, тригерністю та маніпулятивністю.

Поєднання інформаційного перевантаження з цілеспрямованими ворожими інформаційно-психологічними операціями призводить до зниження критичності мислення, посилення хронічної втоми, в цілому до погіршення психологічного і суб'єктивного благополуччя.

У методичному вимірі екологізація інформаційного простору ґрунтується на екопсихологічному підході, згідно якого даний простір є складовою життєвого простору особистості і пов'язується з її смислами, настановами і діями.

Згідно запропонованій моделі екологічність включає компоненти природності, чистоти, порядку й гармонії, що відповідають емоційно-чуттєвому, соціально-нормативному, діяльнісному та смислового рівням психологічної організації.

Порушення екологічності цих компонентів проявляються відповідно у штучності, засміченості, неорганізованості та дисгармонії інформаційного простору, що підвищує ризики погіршення ментального здоров'я і психологічного благополуччя.

На практиці екологізація передбачає дії, пов'язані з нормалізацією емоційних реакцій, дотриманням інформаційної гігієни, структуруванням зон інформаційного простору та узгодженням інформаційної поведінки з особистісними цінностями й відповідальністю за її наслідки.

Засоби штучного інтелекту можуть виступати допоміжним ресурсом у процесах самоспостереження, соціальної інтеграції та рефлексії, однак мають використовуватися з дотриманням етичних і безпекових обмежень та не можуть замінювати професійну психологічну допомогу.

Узагальнюючи відзначимо, що цілеспрямована й усвідомлена організація персонального інформаційного простору військовослужбовця виступає важливим чинником його психологічної безпеки та забезпечує необхідну умову для посттравматичного зростання.

1.4 Резильєнтність як передумова посттравматичного зростання військовослужбовців–учасників бойових дій

У сучасних умовах повномасштабної війни український народ переживає складні часи, сповнені надзвичайних випробувань. Особливий тягар війни припав на долю військовослужбовців, які, з огляду на специфіку своєї професійної діяльності, найбільше дотичні до її наслідків. Вони стикаються із загрозами для життя, втратою побратимів, важкими пораненнями та загалом із глибоким травматичним досвідом. Проте, попри ці неймовірні виклики, людина здатна знайти в собі сили, щоб подолати найтяжчі життєві випробування.

Наукові дослідження засвідчують, що реакція людини на стресові події не завжди має руйнівний характер, адже більшість людей від природи здатні справлятися з життєвими труднощами (Masten, 2001). Навіть більше, природною реакцією на стресові ситуації є не травматизація, а резильєнтність (Bonanno, 2004).

У цьому контексті важливо уточнити, що у психології поняття «резильєнтність» розглядається як процес і результат успішної адаптації до складного

життєвого досвіду, що ґрунтується на розумовій, емоційній та поведінковій гнучкості й умінні пристосовуватися до зовнішніх та внутрішніх вимог (APA Dictionary of Psychology). Водночас бути стійким – не означає не відчувати страху чи болю. Навпаки, психологічна стійкість полягає в тому, що людина здатна переживати складні емоції, поступово відновлюватися і продовжувати діяти, незважаючи на труднощі.

Поряд із резильєнтністю, що допомагає людині відновитися після негараздів, у частини осіб може розвиватися інший процес – посттравматичне зростання. Його сутність полягає не лише в подоланні наслідків стресу, а й у появі якісно нових смислових і особистісних утворень (наприклад, нові можливості, зміни в стосунках, переосмислення цінностей тощо).

Важливо підкреслити, що посттравматичне зростання не є обов'язковим і його не слід розглядати як «кращий результат» порівняно з резильєнтністю. Людина може успішно адаптуватися без глибинних внутрішніх змін – і це природно. Інша ж, навпаки, може знайти нові сенси й пережити зростання. Якщо посттравматичне зростання пов'язане з глибшими внутрішніми трансформаціями, то резильєнтність – зі щоденним практичним пристосуванням і відновленням (Солодчук, 2025).

Хоча посттравматичне зростання та резильєнтність часто розглядають окремо, між ними існує взаємозв'язок. Дослідження засвідчили, що помірно низький або середній рівень стійкості може бути сприятливим для розвитку зростання (Музичко, 2024). Резильєнтність забезпечує людині базову основу: можливість відновити контроль над ситуацією, знайти ресурси, залучити підтримку, відчути хоча б мінімальний рівень безпеки. У цьому сенсі резильєнтність можна розглядати як *передумову* посттравматичного зростання. Відтак подальший виклад буде присвячено характеристиці резильєнтності та механізмам її формування.

Резильєнтність викликає інтерес науковців як в *зарубіжній* (Дж. Боннано, Т. Брітт, Е. Вернер, Н. Гармезі, С. Лютар, Дж. Девідсон, К. Коннор, С. Мадді, А. Мастен, Дж. Річардсон, М. Руттер, Р. Сміт, Д. Фішер, О. Фріборг та ін.), так і *вітчизняній* (Д. Асонов, С. О. Богдановський, Г. В. Войтович, Е. О. Грішин, Н. Гусак, К. Гуцол, О. М. Кокун, Г. П. Лазос, О. В. Милославська, Т. І. Мельничук, О. Романчук, О. М. Хамініч, В. А. Чернобровкіна, О. Чиханцова, І. М. Ющенко та ін.) науці. У початкових наукових розвідках (ранні роботи Н Гармезі, Дж. Бонанно, а також у дослідженнях К. Коннор і Дж. Девідсона, Г. Вагнільд і Г. Янг, та ін.) вона розглядалася як риса особистості, що захищає від стресу (Connor &

Davidson, 2003). Таке розуміння передбачало, що резильєнтність є вродженою, змінюється дуже повільно і майже не залежить від зовнішніх обставин. Однак подальші дослідження (М. О. Wright, А. S. Masten, А. J. Narayan та ін.) спростували цю гіпотезу. У пізніших працях (Н. Гармезі, С. Лутар, А. Мастен та ін.) резильєнтність трактується як динамічний процес адаптації до стресу, який не є вродженим і може розвиватися впродовж усього життя людини (Кокун, 2025).

Таким чином, бачення резильєнтності як процесу дозволяє відмовитися від умовного поділу військових на «стійких» і «нестійких» та перейти до більш коректної логіки: ***кожен військовослужбовець має певний стартовий рівень стійкості, який за наявності відповідних умов, навчання й підтримки може бути суттєво підвищений.***

У науковій літературі, переважно зарубіжній, описано значення резильєнтності для особистості військовослужбовця, а також її вплив на виконання професійних обов'язків (Д. О. Асонов, С. О. Богдановський, О. В. Милославська, О. О. Хаустова, А. D. Ong, С. S. Bergeman, Т. L. Bisconti, К. А. Wallace, М. F. Georgescu, I. C. Fischer, S. Lowe, F. Cao, J. Li, W. Xin, Z. Yang, D. Wu та ін.). На основі аналізу досліджень можна виділити кілька ключових аспектів резильєнтності військовослужбовців (Солодчук, 2024).

По-перше, позитивний вплив резильєнтності на психічне здоров'я. У наукових розвідках зазначається, що резильєнтні військовослужбовці здатні краще контролювати емоції, швидше відновитися після стресу та повернутися до звичної життєвої активності (Ong et al., 2006; Cao et al., 2023).

Резильєнтність сприяє подоланню емоційних травм і знижує ризик розвитку ПТСР, депресії, тривожних розладів та інших психологічних порушень (Cao et al., 2023). Вона також позитивно впливає на якість сну та життя загалом (Асонов, Хаустова, 2020). Крім того, у військових із високим рівнем стійкості знижений ризик зловживання психоактивними речовинами, депресивних станів і навіть суїцидальних тенденцій (Cao et al., 2023). Відтак, ***резильєнтність є ключовою передумовою збереження психічного здоров'я військовослужбовців упродовж служби.***

По-друге, резильєнтність виступає чинником підтримки бойової ефективності. Психологічна стійкість суттєво впливає на функціонування військовослужбовця в бойових умовах. Цікаво, що від її рівня залежить не лише фізична витривалість, а й здатність до взаємодії в команді та прийняття рішень. Висока резильєнтність дає змогу військовим тривалий час залишатися вмотивованими

навіть за умов інтенсивного стресу та ризику (Sefidan et al., 2021).

Крім того, військовослужбовці з розвиненою стійкістю вирізняються самостійністю, гнучкістю та здатністю швидко адаптуватися до змін. Вони ефективно реагують на непередбачувані ситуації під час виконання службових обов'язків (Милославська, Богдановський, 2023). Це забезпечує не лише їхню безпеку, а й успішне виконання поставлених бойових завдань, що є критично важливим для всього військового колективу.

По-третє, резильєнтність виступає засобом адаптації військовослужбовців після служби. Реалії засвідчують, що після демобілізації колишні військові часто стикаються з труднощами у адаптації до цивільного життя (зміна професійних обов'язків, інші соціальні ролі, пошук нових джерел доходу тощо). Резильєнтність дозволяє зберігати гнучкість і відкритість до змін (ветерани можуть освоїти нові професії і т. п.), ставити нові цілі та втілювати їх. Військовослужбовці з високим рівнем резильєнтності мають плани на життя більш реалістичні, деталізовані, ієрархічні та структуровані (Милославська, Богдановський, 2023).

Військові часто формують міцні зв'язки з товаришами по службі. Проте після демобілізації ці зв'язки можуть розриватися, що призводить до відчуття ізоляції. Примітно, військовослужбовці з вищим рівнем стійкості демонструють високу самооцінку, самоефективність, стабільні міжособистісні стосунки та ефективне розв'язання проблем (Sefidan et al., 2021). Це сприяє їхній інтеграції в суспільство, знижує рівень психологічного напруження, полегшує адаптацію до цивільного життя.

Таким чином, резильєнтність має вагоме значення для військовослужбовців, оскільки підтримує психічне здоров'я, забезпечує здатність ефективно діяти в екстремальних умовах і сприяє успішній реінтеграції після завершення служби. У зв'язку з цим питання її формування набуває особливої актуальності.

Як вже було зазначено вище, резильєнтність є процесом, що підлягає розвитку. Однак для того, щоб цей розвиток був цілеспрямованим і ефективним, важливо **зрозуміти внутрішні психологічні механізми**, через які вона реалізується (Rutter, 1987).

Саме *механізми визначають, як відбувається перехід від стресу до адаптації*. У цьому контексті дослідники (Rutter, 1987; Masten, 2001; Bonanno, 2004; Parsons et al., 2016; Gonzalez-Mendez R. et al., 2023) виокремлюють ключові механізми, які можна об'єднати у декілька груп: когнітивні, емоційно-вольові, поведінкові. Розгляньмо їх детальніше.

Когнітивні механізми резильєнтності визначають, як людина сприймає, інтерпретує та оцінює стресову ситуацію. Вони допомагають військовослужбовцю уникнути паніки й приймати раціональні рішення навіть у складних умовах. Серед ключових когнітивних механізмів можна виокремити:

- 1) **когнітивна переоцінка або рефреймінг** (уміння змінити погляд на ситуацію таким чином, щоб побачити не лише загрозу, а й можливість діяти);
- 2) **когнітивна гнучкість** (бачити кілька варіантів вирішення проблеми);
- 3) **концентрація уваги** (уміння зосередитись на головному);
- 4) **реалістичне мислення** (сприймати ситуацію без перебільшення небезпеки);
- 5) **прогнозування** (передбачати розвиток ситуації й готувати варіанти дій).

Розуміючи важливість зазначених механізмів для стійкості військовослужбовців, окреслимо техніки, що допомагають їх розвивати. Зокрема, це: *ведення щоденника думок* («Я подумав... Це викликало...», аналіз автоматичних думок); **рефреймінг** – практика зміни погляду на ситуацію (наприклад: «Що в цьому виклику я можу використати на свою користь?»); **техніка “СТОП”** – зупинка при стресі → глибокий вдих → оцінка ситуації → планування дії; **вправи на альтернативні сценарії** – пошук кількох варіантів вирішення однієї проблеми; **техніка раціоналізації та зменшення катастрофізації** – «Що найгірше може статися?»; **mindfulness (усвідомленість)** – вправи на фокус уваги: «5-4-3-2-1» (назвати 5 предметів, 4 звуки, 3 запахи і т.д. – щоб “заземлитися”); **групові дебрифінги** після місій з аналізом власних рішень; **рефлексивні вправи** (типу «Що я дізнався про себе під час стресу?»). Коли військовий цілеспрямовано тренує свої когнітивні навички, він вчиться бути ефективним навіть у найскладніших ситуаціях.

Зауважимо, що когнітивні механізми утворюють основу психологічної стійкості. Саме вони, зрештою, запускають подальшу роботу емоційно-вольових і поведінкових механізмів. Іншими словами, **що ми думаємо — те визначає, як ми почуваємось і діємо.**

Емоційно-вольові механізми резильєнтності забезпечують регуляцію емоційних реакцій та контроль поведінки в умовах стресу. Для військовослужбовця ця група механізмів має істотне значення, оскільки запобігає імпульсивним діям у небезпечних ситуаціях. До їх ключових компонентів належать:

- 1) **емоційна саморегуляція** (керування інтенсивністю емоційних реакцій);
- 2) **інгібіторний контроль** (стримування імпульсивних дій – страху, гніву тощо);

3) **вольова регуляція** (дисципліна й витримка в умовах перешкод та виснаження);

4) **емоційна стабілізація** (впорядкування переживань, збереження функціональності);

5) **толерантність до дистресу** (можливість регулювати інтенсивні негативні емоції).

Ці механізми забезпечують керованість поведінки, витримку та здатність діяти навіть у найекстремальніших умовах військової служби.

Проте зазначені механізми не виникають спонтанно, а потребують цілеспрямованого розвитку. Для їх формування **корисними будуть наступні вправи: контроль дихання** – техніка 4–4–6 (вдих – 4 сек., затримка – 4 сек., видих – 6 сек.); **самопідтримувальний внутрішній монолог** – фрази: «Я спокійний», «Я впораюсь», «Я дію чітко»; **вправа “емоційного заземлення”** – описати 3 тілесні відчуття та назвати 2 зовнішні деталі простору; **техніка «емоційного балансу»** – після важкої ситуації записати: що було позитивного, чого навчився, що зроблю інакше; **щоденник емоцій** – регулярне фіксування емоцій, тригерів, реакцій і способів їх подолання; **релаксація, аутогенне тренування** – прослуховування аудіоінструкцій, візуалізація спокійного місця.

Важливо зазначити, що емоційно-вольові механізми нерозривно пов’язані з когнітивними та поведінковими. Зазвичай ми спочатку думаємо, потім відчуваємо – і вже після цього діємо. Саме тому спосіб, у який ми тлумачимо подію, впливає не лише на емоції, а й на вибір поведінкової стратегії.

Поведінкові механізми резильєнтності – це система дій, навичок і стратегій, через які **стійкість реалізується на практиці**. Вони є продовженням когнітивних та емоційно-вольових внутрішніх процесів, однак відбувається **перехід від внутрішньої регуляції до конкретної дії**. Іншими словами, від когнітивної оцінки та емоційно-вольового стану залежить, які саме стратегії людина обирає: активні (діяти, шукати рішення) чи пасивні (уникати).

Проте варто розуміти, що пасивні стратегії у військовослужбовців не завжди є ознакою слабкості. У деяких випадках вони виконують функцію короткочасної паузи, яка дає час на відновлення, зниження емоційного напруження та переоцінку ризиків. Проблемою вони стають лише тоді, коли починають домінувати і не переходять у конструктивну дію.

Щоб краще зрозуміти, як військовослужбовці реагують на стресові ситуації, розглянемо основні поведінкові механізми, які сприяють адаптації та збережен-

ню психологічної стійкості. До них належать: 1) **активне подолання** (спрямованість на дії, які реально зменшують загрозу або вирішують проблему); 2) **самоорганізація і дисципліна** (підтримання внутрішнього порядку через виконання обов'язків навіть за умов виснаження); 3) **навчання на досвіді** (уміння аналізувати власні дії й робити висновки на майбутнє); 4) **проактивність й ініціативність** – здатність діяти на випередження і впливати на обставини.

Щоб ці механізми були дієвими навіть у критичних умовах, військовослужбовцю необхідно регулярно їх тренувати. Зокрема, цьому сприяють такі звички й практики:

- **розклад дня під час стресу** – підтримання стабільного графіка сну, їжі, активності, навіть у складних умовах;

- **техніка “малих кроків”** – щоденне виконання хоча б однієї дії, спрямованої на подолання труднощів;

- **вправи на ініціативність** – ставлення мікрозавдань на випередження (наприклад: “Що я можу зробити до того, як ситуація загостриться?”);

- **фізична активність як поведінкове заземлення** – вправи, ходьба, коротке навантаження і т. п.

Регулярне застосування поведінкових звичок і практик дає змогу військовослужбовцю не лише зберігати функціональність у складних умовах, а й формувати позитивний внутрішній досвід. Коли людина переконується, що її дії дають результат, це підсилює впевненість у власній здатності впливати на ситуацію. Унаслідок цього в когнітивній та емоційній сферах відбуваються позитивні зміни: зростає віра у власну спроможність, знижується відчуття безпорадності, стабілізується емоційний стан.

Таким чином, продуктивні поведінкові дії формують позитивний зворотний зв'язок: досягнення результату зміцнює когнітивні переконання і водночас стабілізує емоційно-вольову сферу.

З огляду на викладене, можна стверджувати, що когнітивні, емоційно-вольові та поведінкові *механізми стійкості функціонують як єдина інтегрована система*. Між ними діє *циклічна взаємодія*: когнітивна оцінка → емоційна регуляція → поведінкові дії → нова когнітивна переоцінка.

Цей цикл може повторюватися, забезпечуючи поступове відновлення та розвиток. Повтор дій формує *досвід*, який знову впливає на оцінку майбутніх ситуацій. Порушення в одній ланці (наприклад, неусвідомлення емоцій або відсутність підтримки) послаблює дію інших, тоді як їхня узгодженість створює ефект

синергії – коли система функціонує як єдине ціле.

Щоб продемонструвати логіку цієї циклічної взаємодії, нижче подано відповідну схематичну модель (рис. 1.4.1).



Рис. 1.4.1. Модель циклічної взаємодії механізмів резильєнтності

Модель циклічної взаємодії механізмів резильєнтності має особливе значення для військовослужбовців, оскільки дозволяє пояснити, *як саме формується психологічна стійкість у бойових і наближених до бойових умовах.*

Військова служба передбачає постійний вплив стресорів, швидкі зміни ситуації, високу відповідальність та ризики, що вимагає від військового не лише витривалості, а й здатності гнучко адаптуватися.

Для практичної роботи психологів запропонована модель може слугувати *структурованим алгоритмом втручання*: вона дозволяє виявити, на якій саме ланці циклу виникає збій і обрати відповідні методи корекції або підтримки.

Розглянемо детальніше можливості практичного застосування цієї моделі у різних напрямках професійної діяльності психолога. У психодіагностичній роботі цю модель можна використовувати як аналітичну карту резильєнтності. Вона дає змогу оцінити, які саме механізми у конкретного військовослужбовця розвинені добре, а які потребують додаткової уваги. Наприклад, за високого рівня когнітивної стійкості, але слабкої емоційно-вольової регуляції, людина може раціонально оцінювати ситуацію, але не здатна впоратися з емоційним напруженням. Такі результати можуть лягти в основу індивідуального плану психологічної підтримки.

На цьому етапі може бути використано наступний **діагностичний інструментарій** (Кокун та ін., 2011): опитувальники когнітивної гнучкості (CFI, тест Струпа і т. п.); емоційної регуляції (Шкала труднощів емоційної регуляції (DERS),

Шкала нервово-психічної напруги Т. А. Немчин, опитувальник вольової саморегуляції А. В. Зверькова і Е. В. Ейдмана, методика оцінка рівня нервово-психічної стійкості «Прогноз» В. Бодрова та ін.); адаптивності та самоефективності (шкала резильєнтності Коннора-Девідсона-10, методика дослідження соціально-психологічної адаптації К. Роджерса–Р. Даймонда, методика “Q-сортування” В. Стефансона, шкала загальної самоефективності Р. Шварцера і М. Єрусалема, методика типового реагування на конфліктні ситуації К. Томаса та ін.); спостереження та клінічне інтерв'ю під час службової адаптації чи ротації. Результати діагностики дозволяють сформувати точний діагностичний профіль військовослужбовця та визначити оптимальні шляхи підвищення його резильєнтності.

У психопрофілактичній роботі схема можна слугувати психоосвітнім матеріалом під час занять. Пояснюючи, що стійкість – це не вроджена риса, а динамічна система внутрішніх механізмів, психолог допомагає учасникам побачити, що її можна цілеспрямовано розвивати – від способу мислення до конкретної дії. Схема також є наочним засобом, який демонструє взаємозв'язок між думками, емоціями й поведінкою. Такий підхід дозволяє учасникам краще розуміти власні реакції на стрес та визначати, на якому етапі варто втрутитися для збереження психологічної рівноваги.

У психотренінговій роботі дана модель може бути застосована для **цілеспрямованого формування механізмів резильєнтності**. Психолог, керуючись нею, може добирати вправи та техніки, що зміцнюють:

- **когнітивні механізми** – через тренування гнучкості мислення, вправи на переоцінку ситуацій, розвиток уваги та навичок «зупинки думки»;
- **емоційно-вольові** – через дихальні техніки, вправи на саморегуляцію, розвиток емоційної усвідомленості, контроль імпульсів, рішучість;
- **поведінкові** – через моделювання складних ситуацій, рольові вправи, тренування стресових реакцій, відпрацювання алгоритмів дій.

У такий спосіб формується не просто набір окремих умінь і навичок, а цілісна резильєнтність – здатність військовослужбовця залишатися зібраним, мислити ясно та відновлювати ресурси навіть у високостресових бойових ситуаціях.

В індивідуальному консультуванні психолог може використовувати модель циклічної взаємодії механізмів резильєнтності для **аналізу реакцій військового на травматичні події**:

1. Ідентифікувати ту групу механізмів, яка працює недостатньо ефективно – когнітивні (катастрофізація), емоційні (зрив контролю), поведінкові (уникання).

2. Поступово допомогти відновити ланцюг – *від осмислення до дії*, підкріплюючи кожен механізм через вправи, рефлексію та підтримку.

На наш погляд, циклічна модель механізмів резильєнтності може бути використана як інструмент для розроблення психологічних інтервенцій, спрямованих на підвищення стійкості військовослужбовців.

Розглянуті механізми резильєнтності – когнітивні, емоційно-вольові та поведінкові – описують внутрішні психічні процеси, через які здійснюється адаптація до стресу. Проте ефективність їхньої роботи значною мірою залежить від того, якими ресурсами вони підкріплені. Іншими словами, психологічні механізми потребують ресурсів, щоб функціонувати повноцінно й стабільно.

Варто усвідомлювати, що механізми й ресурси не існують окремо один від одного, вони взаємопов'язані. Без достатніх ресурсів механізми працюють з меншим потенціалом, а без активних механізмів навіть наявні ресурси можуть залишатися невикористаними. Наприклад, такий ресурс як соціальна підтримка підсилює емоційно-вольові механізми, допомагаючи військовому регулювати тривогу або страх. Натомість когнітивна гнучкість (механізм) дозволяє ефективніше використовувати зовнішні ресурси, оцінювати ризики та приймати зважені рішення.

Інакше кажучи, **резильєнтність** є результатом взаємодії механізмів та ресурсів. *Проявлена резильєнтність стає новим ресурсом і підсилює механізми для майбутніх викликів.* Це дозволяє військовому поступово формувати більш стійку, надійну, зрілу систему адаптації. Ця логіка узагальнено відображена на рис.1.4.2.



Рис. 1.4.2. Взаємодія механізмів і ресурсів резильєнтності

Таким чином, **механізми та ресурси не існують окремо** – вони працюють у єдиній системі, взаємно доповнюючи один одного. *Саме комбінація механізмів і ресурсів формує цілісну систему психологічної стійкості військовослужбовця.*

Тому в нашому огляді доречно перейти до аналізу *ресурсів*, які в науковій літературі описуються як певний запас життєвих можливостей, що може бути використаний людиною для розвитку та подолання труднощів (Вернік, 2019). Традиційно їх поділяють на внутрішні та зовнішні.

До внутрішніх ресурсів належать: 1) *особистісні* – самооцінка, самоефективність, відповідальність, емоційна зрілість, психологічна автономність тощо; 2) *смислові* – смислові орієнтації, цінності та життєві принципи, цілі та внутрішня мотивація, відчуття місії та значущості служби; 3) *психофізіологічні* – витривалість, стресостійкість, адаптивність нервової системи, фізична підготовленість і т. п.

Зовнішні ресурси охоплюють: 1) *соціальні* – довіра у групі, взаємодопомога, згуртованість, позитивне лідерство, соціальна підтримка (побратимів, командирів, сім'ї); 2) *інституційні* – надійність командування, ефективна структура управління, доступ до допомоги (медичної, психологічної), системи ротацій, відпочинку, реабілітації; 3) *матеріальні* – екіпірування, безпечні умови, медичні засоби, доступ до води, тепла, їжі.

Не вдаючись до детального аналізу кожної групи ресурсів, адже вони достатньо добре описані в літературі (Вернік, 2019; Степаненко, Злобіна, Головаха та ін., 2023; та ін.), зосередимося на двох категоріях, які мають ключове значення для стійкості військовослужбовця.

По-перше, надзвичайно вагомими є *соціальні ресурси*. Низка досліджень засвідчує, що якісні соціальні зв'язки є одним із центральних чинників стійкості (Moldjord, Laberg, Rundmo, 2015; Степаненко, Злобіна, Головаха та ін., 2023). Чим вищий рівень взаємної підтримки у підрозділі, тим легше військовослужбовці долають стресові ситуації та зберігають мотивацію до служби. Примітно, що *без взаємопідтримки навіть найпотужніші індивідуальні ресурси виснажуються значно швидше* (Степаненко, Злобіна, Головаха та ін., 2023). У зв'язку з цим важливо формувати згуртованість військового колективу, розвивати навички командної взаємодії та взаємопідтримки.

По-друге, визначальними є *смислові ресурси*. Смысл – це те, що підтримує людину зсередини. Для різних людей він може виявлятися через віру, професійну самореалізацію, творчість або відповідальність за інших. Дослідження В. Франкла переконливо показали, що у надзвичайно травматичних ситуаціях виживали не ті, хто мав найбільший фізичний потенціал, а ті, хто зберігав відповідь на запитання «заради чого?» (Франкл, 2022). Важливо, що саме *смислові ресурси нерідко виявляються потужнішими за фізичні*.

Концепція Франкла особливо релевантна в контексті військової служби. У праці «Людина в пошуках справжнього сенсу» він описав, як внутрішнє відчуття мети та цінності життя дозволяло людям у нелюдських умовах концтабору зберігати гідність, витримувати психологічний тиск та фізичні тортури (Франкл, 2022). На думку автора, навіть коли людина не може змінити обставини, їй залишається свобода у виборі ставлення до них. Ця здатність надавати подіям смислу дозволяє трансформувати страждання на моральну або духовну силу.

Для психолога робота зі смисловими ресурсами полягає в тому, щоб допомогти військовому знайти те, на що він може опиратися всередині себе: сформулювати реалістичні, але значущі цілі, уточнити власні цінності, переосмислити пережитий досвід. Тут добре працюють техніки логотерапії, нарративні підходи, аналіз життєвих історій і вправи, що допомагають людині побачити свої особисті джерела мотивації.

Переходячи від індивідуального рівня до ширшого контексту, варто звернутися до *екологічної моделі резильєнтності* (Ungar, 2011). Вона дозволяє побачити, як саме середовище впливає на доступність і розвиток ресурсів. Згідно цієї концепції, стійкість людини є результатом не лише її внутрішніх якостей, а й взаємодії з середовищем (Ungar, 2011). Резильєнтність формується тоді, коли індивід отримує доступ до ресурсів. Відповідно, важливо створити умови, у яких людина може отримати ці ресурси та користуватися ними.

Тобто, особливістю даного підходу є те, що відбувається зміщення акцентів із *внутрішніх захисних чинників на якість екології* – системи підтримки, стосунків, безпеки, норм та можливостей, що оточують особу. Саме в цьому контексті дослідник виділив *вісім універсальних категорій ресурсів*, які найчастіше асоціюються з високим рівнем стійкості (Ungar, 2011):

1. **Фізична та психологічна безпека** – умови, що мінімізують загрозу життю, здоров'ю та емоційній стабільності.
2. **Структура, порядок і чіткі правила** – прозоре командування, зрозумілі інструкції, стабільний розподіл ролей.
3. **Соціальна підтримка та значущі взаємини** – довіра, підтримка побратимів і сім'ї, взаємна відповідальність у групі.
4. **Матеріальні ресурси** – засоби виживання, доступ до їжі, води, медикаментів, належні побутові умови.
5. **Особистісна компетентність** – когнітивна гнучкість, емоційний контроль, здатність адаптуватися та приймати рішення.

6. **Культурна, духовна або ціннісна опора** – світогляд, патріотизм, віра, культурні сенси, ідентичність.

7. **Справедливість і рівність доступу до ресурсів** – справедливе ставлення, прозорість у прийнятті рішень, збалансоване навантаження.

8. **Підтримувальні стосунки з лідерами й наставниками** – командири, які надихають і підтримують; психологи та наставники, що допомагають орієнтуватися в складних ситуаціях.

Щоб краще зрозуміти, як саме ці ресурси працюють у реальному житті, М. Унгар пропонує аналізувати резильєнтність через їхню взаємодію на **трьох рівнях** (Ungar, 2011): **мікрорівень** – індивідуальні особливості (емоційна стабільність, мотивація, поведінкові навички, когнітивна регуляція тощо); **мезорівень** – соціальне середовище (підрозділ, командир, побратими, сім'я, групова культура); **макрорівень** – організаційні та суспільні чинники (умови служби, логістика, політика, інституційна підтримка, система командування).

Важливо підкреслити, що **резильєнтність формується тоді, коли ресурси на цих рівнях узгоджені та не суперечать одне одному**. У межах екологічного підходу саме система – армія, командування, соціальні інституції – не лише впливає на стійкість військового, а й **несе відповідальність за створення умов**, у яких ця стійкість може розвиватися та підтримуватися.

Наступним кроком у розумінні того, як працюють ресурси на практиці, є теорія збереження ресурсів С. Гобфолла (Hobfoll, 2001). Згідно цього підходу, людина прагне зберігати й накопичувати ті ресурси, які є для неї значущими. А стрес виникає тоді, коли ці ресурси втрачаються. Важливо, що ресурси не існують окремо, вони підсилюють одне одного або разом руйнуються під впливом стресу. З погляду Гобфолла, втрата ресурсів запускає «спіраль втрат»: одна втрата тягне за собою іншу, поступово звужуючи можливості людини для відновлення. Наприклад, хронічне недосипання знижує концентрацію, це збільшує кількість помилок, що, у свою чергу, підсилює тривогу та виснаження. Водночас навіть невеликий приріст ресурсу здатний запустити «спіраль приросту»: короткий відпочинок, підтримка, чітка інструкція чи можливість хоча б частково вплинути на ситуацію швидко підсилюють відчуття контролю й компетентності, а це стабілізує загальний стан.

Звичайно, в умовах військової служби ресурси зазнають постійного виснаження. Високі фізичні навантаження, обмежений сон, тривале перебування у ста-

ні загрози поступово знижують доступність ресурсів. Тому вміння зберігати й раціонально використовувати їх є вкрай важливим для військових.

З огляду на вищезазначене, робота психолога з військовослужбовцями у напрямку формування резильєнтності має бути спрямована на активне управління ресурсами – їх виявлення, відновлення та примноження. Практично це означає: допомогти військовому розпізнати його ресурси, визначити, що виснажує, а що підсилює. Робота з ресурсами має носити системний характер: від індивідуальної психодіагностики до щоденної профілактичної підтримки у підрозділі.

Щоб зробити цей процес більш усвідомленим і керованим, доцільно використовувати спеціальні методи. Один із найефективніших для практичної роботи з військовими – це картування ресурсів (Ungar, 2011). Ця техніка дозволяє побачити ресурси комплексно: не окремими фрагментами, а як цілісну систему, що взаємодіє, підсилюється або слабшає. Для кращого розуміння структури й логіки методу наведемо схему картування ресурсів військовослужбовця (рис.1.4.3).



Рис. 1.4.3. Схема «Картування ресурсів військовослужбовця»

Картування ресурсів військовослужбовця – це практичний інструмент, який допомагає психологу разом із військовим визначити його потенціал.

Робота зі схемою зазвичай починається з того, що психолог пропонує військовослужбовцю уважно розглянути всі представлені групи ресурсів і позначити ті, які зараз є для нього найважливішими. Це дає змогу зібрати первинне уявлення про суб'єктивну опору військового – на що він спирається у службі, у боротьбі зі стресом та у повсякденних справах. Далі психолог допомагає уточнити, які ресурси дійсно працюють, а які є потенційними (не задіяними). Такий підхід зменшує ризик ілюзії «я маю багато ресурсів», коли насправді частина з них потребує підтримки або відновлення.

На наступному етапі військовий разом із фахівцем досліджує, як ці ресурси проявляються в реальних ситуаціях: чи допомагають вони ухвалювати рішення, зберігати контроль, регулювати емоції, взаємодіяти з побратимами.

Це важливо, оскільки ідентифікація ресурсу сама по собі не означає його ефективного використання. Часто виявляється, що наявний ресурс може бути недооціненим або використовуватися не повністю – наприклад, сильна підтримка з боку сім'ї не допомагає у стресі лише тому, що військовий не дозволяє собі звертатися по допомогу.

Після аналізу наявних ресурсів переходять до визначення тих сфер, які потребують підсилення. Психолог разом із військовим визначає найбільш слабкі точки в ресурсній системі: це можуть бути емоційні ресурси, що виснажилися, нестача якісної соціальної підтримки, недостатня впевненість у власних силах або зниження відчуття контролю над подіями.

Важливо не тільки назвати слабкі зони, а й обговорити, що саме може допомогти їх підсилити: нові навички, звички, види діяльності, підтримувальні стосунки, індивідуальні або групові заняття.

Останній етап роботи зі схемою – формування конкретного плану підсилення ресурсів. Він має бути реалістичним, доступним і таким, що відповідає умовам служби. Психолог допомагає військовому обрати 2–3 ключові напрями, які можна почати розвивати вже зараз. Це можуть бути як внутрішні ресурси – робота з самооцінкою, техніки саморегуляції, тренування уваги, – так і зовнішні: налагодження комунікації з побратимами, пошук безпечних контактів, взаємодія з командуванням або сім'єю.

Карта ресурсів не лише відображає потенціал військового, а й дозволяє зрозуміти, які саме елементи екосистеми забезпечують або послаблюють його стійкість. Саме тому картування стає основою для формування висновків про рівень резильєнтності військовослужбовця.

Висновки до підрозділу 1.4:

Підсумовуючи викладене, зазначимо, що резильєнтність – це не вроджена риса, а процес, який можна поступово формувати й зміцнювати. Для військовослужбовців це означає, що стійкість не визначається за принципом «є» чи «немає». Її можна підсилювати через навчання, підтримку, тренування навичок та доступ до необхідних ресурсів.

Резильєнтність проявляється тоді, коли одночасно працюють внутрішні механізми (мислення, емоційна саморегуляція, поведінкові стратегії) і коли військовий має ресурси, на які може опиратися. Саме поєднання механізмів і ресурсів допомагає людині відновлюватися та зберігати ефективність у складних умовах.

Ефективне формування резильєнтності можливе лише за умов системного підходу. Одночасна робота з когнітивними, емоційно-вольовими та поведінковими механізмами, а також із ресурсами різних рівнів – внутрішніми та зовнішніми – забезпечує найбільш стійкий і довготривалий результат.

Розвинена резильєнтність військовослужбовців стає основою колективної витривалості підрозділу й армії загалом, дозволяючи вистояти в умовах постійної небезпеки та невизначеності.

Як слушно зауважив Вінстон Черчилль: «Не важливо, скільки разів ти впав, важливо – скільки разів ти піднявся». Резильєнтність – це саме та внутрішня сила, яка дозволяє піднятися, вистояти й продовжити шлях навіть після найскладніших випробувань.

II. ПРАКТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ-УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

2.1. Сприяння посттравматичному зростанню військовослужбовців-учасників бойових дій засобами позитивної психотерапії

Невизначеність і непередбачуваність сучасного світу підсилюють ризики травматизації та погіршення відчуття безпеки, якості життя і психічного здоров'я; водночас поінформованість про переживання травми дозволяє розглядати її не лише як втрату, а і як джерело позитивних змін та **посттравматичного зростання** (Tedeschi & Calhoun, 2004). З позицій клінічної корисності акцент зсувається на **резильєнтність** як ресурсну систему, що асоціюється зі зниженням дистресу у психотерапії (Bartholomew et al., 2020), а також на інтерес до інтер-

венцій, які підсилюють здатність клієнта самотійно долати негативні впливи.

Для військових актуальним є поєднання підходів, які зберігають здоров'я, відновлюють функціонування та сприяють зростанню, – саме це і становить предмет даного розділу.

Як відомо з численних психологічних досліджень, переживання несприятливих подій часто супроводжується стресовими або травматичними реакціями й зрушеннями у психологічному функціонуванні. За даними міжкультурних оглядів, близько 70% людей упродовж життя стикаються щонайменше з однією потенційно травмівною подією (Benjet et al., 2016; Knipscheer et al., 2020). Традиційно поняття «травма» має негативну конотацію: більшість досліджень фокусується на її несприятливих наслідках для психічного здоров'я. Водночас реакція на травмівну подію не є однорідною і визначається поєднанням біологічних, когнітивно-емоційних, соціальних і контекстних чинників. **ПТСР** – лише одна з можливих траєкторій відповіді, і, за популяційними оцінками, формується приблизно у 5% осіб, які пережили травмівну подію (Yehuda et al., 2015; Atwoli et al., 2015). Поширеність і вираженість наслідків суттєво модулюються типом і «дозою» експозиції (війна/збройний конфлікт, тривалі соціально-економічні кризи, техногенні та природні катастрофи, міжособистісне насильство), а також сприйняттям загрози та втратою контролю.

Масштабні, пролонговані стресори, як-от пандемія COVID-19, стали «глобальним тестом» для систем охорони здоров'я й населення: численні дослідження фіксували зростання симптомів тривоги, депресії та дистресу як найтипівіших психологічних реакцій на пандемію (Ettman et al., 2020; Alfawaz et al., 2021). Проте поряд із негативними наслідками стабільно описують і *непатологічні траєкторії* – від мінімального впливу до швидкого відновлення. Класичні роботи розрізняють принаймні три способи прояву стійкості: *відновлення* (recovery), *опір*/стабільність (resistance/minimal-impact resilience) і *реконфігурацію* (reconfiguration), коли після потрясіння перебудовуються схеми інтерпретації реальності, ролі та пріоритети (Lepore & Revenson, 2006).

На цьому фоні описано феномен **посттравматичного зростання (PTG)** – позитивних змін, що виникають унаслідок зусиль із подолання екстремальних подій. До них належать глибша цінність життя, відкриття нових можливостей, зростання відчуття особистісної сили, поліпшення взаємин, переоцінка пріоритетів і посилення духовності/віри (Tedeschi, & Calhoun, 2004). Принципово, PTG *може співіснувати* з дистресом: людина здатна одночасно переживати страж-

дання і відчувати зростання – це залежить від того, як саме переробляється травматичний досвід (Linley, & Joseph, 2004). Дискусія про природу посттравматичного зростання вказує на «дволику» модель: зростання може бути як *результатом реальної трансформації*, так і *стратегією подолання* (когнітивною переоцінкою), що тимчасово полегшує стан і вимагає подальшої інтеграції.

В комплексній структурі психосоціальних чинників ПТЗ можна виділити п'ять основних блоків:

1) Контекст і «доза» впливу. Сукупність пережитих подій і порогові ефекти ризику для ПТСР задають поле можливих траєкторій: від хронічного дистресу – до реконфігурації та зростання. Це не лінійна залежність «чим тяжче – тим більше ПТЗ»: радше *вікно оптимальної когнітивної залученості*, коли подія достатньо значуща, щоб запустити смислотворення, але не настільки руйнівна, щоб унеможливити обробку (Karam et al., 2014; Linley & Joseph, 2004).

2) Індивідуально-особистісні ресурси (trait-рівень).

– *Життєстійкість (hardiness)* – триєдиний конструкт «залученість–контроль–виклик», що виконує функцію стрес-буфера та підживлює готовність перетворювати труднощі на можливості (Kobasa, Maddi, & Kahn, 1982; Maddi, 2004).

– *Почуття когерентності* (зрозумілість–керованість–осмисленість) надає «раму» для інтерпретації події та регулювання енергії у відновленні; разом із hardiness формує «ядерний» шар опори.

– *Надія, цілі, самоефективність, оптимізм* – диспозиційні змінні, що підтримують віру у вплив на події та спрямованість дій; у пандемічних вибірках саме вони асоціювалися з кращим психологічним благополуччям і нижчим дистресом (Pellerin & Raufaste, 2020; Krok et al., 2021).

– У низці робіт *стійкість* розглядають як *рисову властивість*, яка модерує зв'язок «травма → ПТСР/ПТЗ», знижуючи ризик патологічних наслідків і підвищуючи ймовірність позитивних зрушень (Bensimon, 2012).

3) Когнітивно-емоційні процеси (process-рівень).

– *Зосередженість на проблемі і позитивна реінтерпретація* (когнітивне переозначення події) пов'язані з вищою адаптацією, більшою участю у відновленні та шансами на ПТЗ (Kleim & Ehlers, 2009).

– *Емоційна регуляція* і характер копінгу (уникнення vs. активне подолання) посередковують шлях від травми до наслідків; неадаптивні патерни (самозвинувачення, жорстке уникнення) погіршують прогноз, тоді як навички регулювання афекту – навпаки (Ullman et al., 2014).

– **Смислотворення і духовність**: осмислення втрат і відновлення ціннісного «компасу» – центральні механізми ПТЗ; саме духовно-ціннісний вимір часто описують як **ядро зростання** (Tedeschi & Calhoun, 2004).

4) Реляційно-соціальні чинники.

– **Соціальна підтримка** – один із найстабільніших предикторів позитивної адаптації та ПТЗ: досвід прийняття, турботи й довіри створює «контейнер» для безпечної інтеграції пережитого та стимулює переоцінку життєвих пріоритетів (Linley & Joseph, 2004).

– **Терапевтичний альянс** і «тілесно-відчутний» характер стосунку в терапії сприяють інтеріоризації прийняття та надії – це особливо важливо, коли самопомога без опори на іншу людину є недостатньою.

5) Позитивні емоції та просоціальні стани.

– **Співчуття до себе, вдячність, позитивний афект** підсилюють гнучкість мислення й стійкість до стресу, зменшують симптоми і підтримують мотивацію до змін (Olf et al., 2021; Bonanno, et al., 2007).

– **Психологічний капітал** (поєднання надії, ефективності, витривалості, оптимізму) та **внутрішній локус контролю** асоціюються з позитивним балансом афекту та меншим дистресом у довготривалих кризах (Alfawaz et al., 2021).

Зважаючи на специфіку військового контексту, для військовослужбовців і ветеранів додатковими модераторами стають **характер бойового досвіду, установки та цінності підрозділу, згуртованість і лідерство**, а також **тип копінгу** після повернення. Показано, що **життєстійкість** знижує ризик депресивних симптомів на фоні бойового досвіду та неадаптивного уникнення, виконуючи роль «амортизатора» у ланцюзі «експозиція → наслідки» (Bartone & Nomish, 2020).

Огляд робіт із ветеранами також підкреслює вагу **особистісної стійкості та ресурсів соціальної підтримки** як умов психологічного благополуччя після служби (Pietrzak & Southwick, 2011). У таких умовах ПТЗ частіше пов'язане з **переоцінкою місії / служби, відновленням ролей і глибинною зміною системи смислів**.

Узагальнюючи, слід зазначити, що **негативні наслідки травми – не єдина траєкторія**. Поряд із хронічним дистресом і простим «поверненням до базового рівня» існує шлях **реконфігурації – posttraumatic growth**, який постає з взаємодії:

- (a) **trait-ресурсів** (hardiness, когерентність, надія, самоефективність, оптимізм),
- (b) **когнітивно-емоційних процесів** (зосередженість на проблемі, позитивна реінтерпретація, регуляція афекту, смислотворення),
- (c) **реляційного середовища** (соціальна підтримка, терапевтичний альянс), за

умов адекватної «дози» виклику та доступу до засобів подолання (Lepore & Revenson, 2006; Tedeschi & Calhoun, 2004). Саме ці вузли доцільно цілити в інтервенціях (індивідуальних і групових) для військових, поєднуючи їх із ресурсно-орієнтованими підходами позитивної психотерапії.

За А. Антоновським, здоров'я – не пасивна рівновага, а **динамічно регульований процес** (Antonovsky, 1985, 2987), де багато що визначається індивідуальним ставленням до світу; гуманістично-психодинамічна ППТ концептуально близька цій ідеї, оскільки працює з позитивним образом людини, **позитивною інтерпретацією симптомів** та цілісною **Моделлю Балансу** «Тіло/Сприймання – Діяльність/Досягнення – Контакти/Стосунки – Майбутнє/Уява», яка виступає і моделлю здоров'я, і картою втручань.

Спроба дати поглиблену відповідь на запитання «як допомогти людині розвинути внутрішні ресурси, що сприяють резильєнтності та посттравматичному зростанню» привела до розуміння, що методи Позитивної та Транскультурної психотерапії (ППТ).

Завдання ППТ – допомогти клієнтові **мобілізувати власні ресурси** та привести чотири сфери до динамічного балансу; це природно поєднується з уявленнями про резильєнтність і життєстійкість як системні характеристики, що лежать у різних площинах Балансу (тілесна саморегуляція; когнітивна гнучкість / досягнення; стосунки/підтримка; смисли/цінності).

Техніки, інструменти, правила ППТ – дозволяють вибудувати всеосяжний «буфер ресурсів» водночас у внутрішньому світі клієнта і в його/її оточенні.

Цей буфер допомагає людині опрацювати травматичний досвід і стає чинником, що веде до ПТЗ. Показовим прикладом є позитивна реінтерпретація: оволодіваючи здатністю інакше сприймати подію, клієнт знижує стрес, розширює перспективу і дослівно перетворює кризу на можливість; коли з'являється шанс побачити в пережитому не лише втрати, а й потенціал розвитку, зростає залученість у терапію і ймовірність відновлення (Peseschkian, 2014).

За своєю природою ППТ фокусується на розкритті внутрішнього потенціалу людини, формуванні приймаючого терапевтичного контексту – атмосфери безпеки і довіри, у якій клієнт виробляє власні ефективні стратегії розв'язання проблем; у підсумку це підвищує самоефективність у подоланні стресу (Peseschkian, 2004). Саме такі позитивні зсуви після екстремальних подій описуються поняттям посттравматичного зростання (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Власне, ППТ виступає прикладом салютогенної психотерапії – підходу, зо-

рієнтованого не на дефіцити, а на розвиток ресурсів здоров'я. Мета – стимулювати природні механізми зцілення клієнта, тобто активізувати його/її внутрішні ресурси, спрямовані на віднаходження життєвого балансу і психічного здоров'я через пропорційний розвиток і адекватний розподіл енергії у чотирьох сферах життя: тілесній, когнітивно-діяльнісній, реляційній та духовно-смысловій.

Салютогенна психотерапія – не просто «інший бік» патогенетичного погляду; це якісно нова модель, що переосмислює образ людини, сучасні уявлення про здоров'я/хворобу та контексти життя, а також уточнює цілі й стратегії втручання (Peseschkian, 2004; Jork & Peseschkian, 2006). Ідеї А. Антоновського підкреслюють, що здоров'я – це не пасивна рівновага, а лабільний, активно й динамічно регульований процес; самопочуття істотно залежить від індивідуального ставлення до світу і власного життя (Antonovsky, 1985, 1987). Як гуманістична модель із психодинамічним розумінням конфлікту й поведінковими елементами, ППТ близька до цієї концепції і конкретизує чинники ефективної салютогенної роботи: позитивний, гіднісний образ людини; позитивну інтерпретацію симптомів (перенесення фокуса з діагностики дефіцитів на розвиток ресурсів); холістичний підхід через Модель Балансу, що пояснює, як виглядає здоров'я у практичному житті (Asay & Lambert, 2001; Peseschkian, 2004).

Одним із провідних завдань ППТ є допомога клієнтові в усвідомленні та мобілізації власних ресурсів, аби привести чотири сфери до динамічної рівноваги.

У цій логіці Пезешкіан описує біологічно-фізичну (Тіло/Сприймання), раціонально-інтелектуальну і діяльнісну (Досягнення/Активність), соціально-емоційну (Контакти/Стосунки) та духовно-душевну (Майбутнє/Уява/Сенс) сфери. Потенціал усіх чотирьох притаманний кожній людині, однак середовище і досвід соціалізації підсилюють одні виміри та занедбують інші; тому індивідуальні способи розв'язання конфліктів значною мірою залежать від набутого досвіду, особливо дитячого (Peseschkian, 2004). Резильєнтність і життєстійкість як системні характеристики – у термінах Мадді, «залученість–контроль–виклик» – природно проєктуються на ці сфери: тілесна саморегуляція, когнітивна гнучкість і здатність діяти, спроможність отримувати й надавати підтримку, смислотворення і надія (Maddi, 2004). Типології та структура резильєнтності, описані у сучасних оглядах, лише підкреслюють її холістичну природу і тим самим наповнюють змістом чотири сфери Балансу (Cherry, 2022).

Інструментарій ППТ дозволяє глибоко ідентифікувати внутрішні ресурси стійкості. Окрім клінічних методів, використовується опитувальник WIPPF, що

дає змогу оцінити «актуальні здібності»: *первинні* (щодо ставлення до себе, емоційно-сміслові) і *вторинні* (щодо поведінки).

Первинні – надія, час, віра/сенс, терпіння, контакт, любов/прийняття, впевненість у власних здібностях – формують внутрішню опору; *вторинні* – пунктуальність, щирість, надійність, старанність, справедливість – створюють «поведінковий каркас» реалізації намірів.

Дослідження, проведені з WIPPF у різних вибірках (включно з українськими військовими), показують, що саме ці здібності виступають чинниками і предикторами резильєнтності/хардінесу; причому вони можуть як посилювати, так і підривати стійкість залежно від рівня розвитку та напрямку застосування (Badecka, 2023; Ntarla & Hum, 2024; Chykhantsova & Kuprieieva, 2021; Serdiuk & Otenko, 2021).

Практично сприяти ПТЗ у ППТ означає послідовно створювати умови для активації цих ресурсів і їхньої інтеграції у чотирьох сферах. У «тілі/сприйманні» це – стабілізація, інтероцептивна уважність, доброзичливе ставлення до себе; в «діяльності/досягненнях» – перехід від позиції «жертви» до «того, хто вижив і зростає», тренування когнітивної гнучкості й мікрокроків до нових цілей; у «контактах/стосунках» – карта підтримки, навички просити й приймати допомогу, відновлення важливих ролей; у «майбутньому/сенсі» – переоцінка пріоритетів, смислотворення, надія й духовні ресурси. Ключову роль відіграє терапевтичний альянс: «емоційно значущий, активний і тілесно-взаємодіючий» стосунок має лікувальні властивості, а тепло, прийняття і довіра з боку терапевта інтеріоризуються клієнтом як власна здатність до контакту та безпеки (Remmers, 2021).

Транскультурні інструменти ППТ – метафори, притчі, прислів'я, гумор – допомагають побачити нові смисли й рішення, увімкнути надію та перетлумачити подію; досвід застосування цих засобів, зокрема у прикладах, показує, як «криза стає можливістю» і як через нові цілі та соціальну активність формується зростання (Badecka, 2023; Sarı, Patır, & Bedir, 2024).

ППТ інтегрує роботу з внутрішніми ресурсами та зовнішнім середовищем підтримки, створюючи реальний «буфер» для переживання травми й переходу до ПТЗ. Її сила – у поєднанні позитивної реінтерпретації, теплих і структурованих стосунків, розвитку первинних і вторинних здібностей, а також у холістичній Моделі Балансу, що робить зміни видимими і керованими. Стреси, травми і кризи неминучі, однак розвиток резильєнтності як здібності, процесу і результату –

можливий: саме до цього прагне салютогенно зорієнтована позитивна психотерапія (Southwick et al., 2014).

Отже, механізмами позитивної психотерапії, що сприяють посттравматичному зростанню, є:

(1) **Позитивна реінтерпретація** трансформує значення події, знижує стрес і розширює перспективу («криза → можливість»), підвищуючи участь і шанси на відновлення.

(2) **Тілесно-реляційна вісь терапії**: «емоційно значущі, активні й тілесно відчутні» стосунки в альянсі інтеріоризуються як здатність до прийняття, довіри й контакту – це ключовий носій безпеки для інтеграції афекту і тіла у смислову канву.

(3) **Модель Балансу** як «карта» відновлення у чотирьох сферах: тілесна самодопомога/стабілізація; когнітивна гнучкість і досягнення; соціальна підтримка й кордони; цінності/майбутнє.

Невизначеність і непередбачуваність сучасного світу підсилюють ризики травматизації та погіршення відчуття безпеки, якості життя і психічного здоров'я; водночас поінформованість про переживання травми дозволяє розглядати її не лише як втрату, а і як джерело позитивних змін та *посттравматичного зростання* (Tedeschi & Calhoun, 2004).

З позицій клінічної корисності акцент зсувається на *резильєнтність* як ресурсну систему, що асоціюється зі зниженням дистресу у психотерапії (Bartholomew et al., 2020), а також на інтерес до інтервенцій, які підсилюють здатність клієнта самотійно долати негативні впливи. Для військових актуальним є поєднання підходів, які зберігають здоров'я, відновлюють функціонування та сприяють зростанню, – саме це і становить предмет даного розділу.

Як відомо з численних психологічних досліджень, переживання несприятливих подій часто супроводжується стресовими або травматичними реакціями й зрушеннями у психологічному функціонуванні. За даними міжкультурних оглядів, близько 70% людей упродовж життя стикаються щонайменше з однією потенційно травмівною подією (Benjet et al., 2016; Knipscheer et al., 2020).

Традиційно поняття «травма» має негативну конотацію: більшість досліджень фокусується на її несприятливих наслідках для психічного здоров'я. Водночас реакція на травмівну подію не є однорідною і визначається поєднанням біологічних, когнітивно-емоційних, соціальних і контекстних чинників. ПТСР – лише одна з можливих траєкторій відповіді, і, за популяційними оцінками,

формується приблизно у 5% осіб, які пережили травмівну подію (Yehuda et al., 2015; Atwoli et al., 2015).

Поширеність і вираженість наслідків суттєво модулюються типом і «дозою» експозиції (війна/збройний конфлікт, тривалі соціально-економічні кризи, техногенні та природні катастрофи, міжособистісне насильство), а також сприйняттям загрози та втратою контролю.

Масштабні, пролонговані стресори, як-от пандемія COVID-19, стали «глобальним тестом» для систем охорони здоров'я й населення: численні дослідження фіксували зростання симптомів тривоги, депресії та дистресу як найтипівіших психологічних реакцій на пандемію (Ettman et al., 2020; Alfawaz et al., 2021). Проте поряд із негативними наслідками стабільно описують і **непатологічні траєкторії** – від мінімального впливу до швидкого відновлення. Класичні роботи розрізняють принаймні три способи прояву стійкості: **відновлення** (recovery), **опір/стабільність** (resistance/minimal-impact resilience) і **реконфігурацію** (reconfiguration), коли після потрясіння перебудовуються схеми інтерпретації реальності, ролі та пріоритети (Lepore & Revenson, 2006).

На цьому фоні описано феномен **посттравматичного зростання (PTG)** – позитивних змін, що виникають унаслідок зусиль із подолання екстремальних подій. До них належать глибша цінність життя, відкриття нових можливостей, зростання відчуття особистісної сили, поліпшення взаємин, переоцінка пріоритетів і посилення духовності/віри (Tedeschi, & Calhoun, 2004).

Принципово, PTG **може співіснувати** з дистресом: людина здатна одночасно переживати страждання і відчувати зростання – це залежить від того, як саме переробляється травматичний досвід (Linley, & Joseph, 2004). Дискусія про природу посттравматичного зростання вказує на «дволику» модель: зростання може бути як **результатом реальної трансформації**, так і **стратегією подолання** (когнітивною переоцінкою), що тимчасово полегшує стан і вимагає подальшої інтеграції.

В комплексній структурі психосоціальних чинників ПТЗ можна виділити п'ять основних блоків:

1) Контекст і «доза» впливу. Сукупність пережитих подій і порогові ефекти ризику для ПТСР задають поле можливих траєкторій: від хронічного дистресу – до реконфігурації та зростання.

Це не лінійна залежність «чим тяжче – тим більше ПТЗ»: радше **вікно оптимальної когнітивної залученості**, коли подія достатньо значуща, щоб запустити

смыслотворення, але не настільки руйнівна, щоб унеможливити обробку (Karam et al., 2014; Linley & Joseph, 2004).

2) Індивідуально-особистісні ресурси (trait-рівень).

– ***Життєстійкість (hardiness)*** – триєдиний конструкт «залученість–контроль–виклик», що виконує функцію стрес-буфера та підживлює готовність перетворювати труднощі на можливості (Kobasa, Maddi, & Kahn, 1982; Maddi, 2004).

– ***Почуття когерентності*** (зрозумілість–керованість–осмисленість) надає «раму» для інтерпретації події та регулювання енергії у відновленні; разом із hardiness формує «ядерний» шар опори.

– ***Надія, цілі, самоефективність, оптимізм*** – диспозиційні змінні, що підтримують віру у вплив на події та спрямованість дій; у пандемічних вибірках саме вони асоціювалися з кращим психологічним благополуччям і нижчим дистресом (Pellerin & Raufaste, 2020; Krok et al., 2021).

– У низці робіт **стійкість** розглядають як **рисову властивість**, яка модерує зв'язок «травма → ПТСР/ПТЗ», знижуючи ризик патологічних наслідків і підвищуючи ймовірність позитивних зрушень (Bensimon, 2012).

3) Когнітивно-емоційні процеси (process-рівень).

– ***Зосередженість на проблемі і позитивна реінтерпретація*** (когнітивне переозначення події) пов'язані з вищою адаптацією, більшою участю у відновленні та шансами на ПТЗ (Kleim & Ehlers, 2009).

– ***Емоційна регуляція*** і характер копінгу (уникнення vs. активне подолання) посередковують шлях від травми до наслідків; неадаптивні патерни (самозвиначення, жорстке уникнення) погіршують прогноз, тоді як навички регулювання афекту – навпаки (Ullman et al., 2014).

– ***Смыслотворення і духовність***: осмислення втрат і відновлення ціннісного «компасу» – центральні механізми ПТЗ; саме духовно-ціннісний вимір часто описують як **ядро** зростання (Tedeschi & Calhoun, 2004).

4) Реляційно-соціальні чинники.

– ***Соціальна підтримка*** – один із найстабільніших предикторів позитивної адаптації та ПТЗ: досвід прийняття, турботи й довіри створює «контейнер» для безпечної інтеграції пережитого та стимулює переоцінку життєвих пріоритетів (Linley & Joseph, 2004).

– ***Терапевтичний альянс*** і «тілесно-відчутний» характер стосунку в терапії сприяють інтеріоризації прийняття та надії – це особливо важливо, коли самодопомога без опори на іншу людину є недостатньою.

5) Позитивні емоції та просоціальні стани.

– *Співчуття до себе, вдячність, позитивний афект* підсилюють гнучкість мислення й стійкість до стресу, зменшують симптоми і підтримують мотивацію до змін (Olf et al., 2021; Bonanno, et al., 2007).

– *Психологічний капітал* (поєднання надії, ефективності, витривалості, оптимізму) та *внутрішній локус контролю* асоціюються з позитивним балансом афекту та меншим дистресом у довготривалих кризах (Alfawaz et al., 2021).

Зважаючи на специфіку військового контексту, для військовослужбовців і ветеранів додатковими модераторами стають *характер бойового досвіду, установки та цінності підрозділу, згуртованість і лідерство*, а також *тип копіngu* після повернення.

Показано, що *життєстійкість* знижує ризик депресивних симптомів на фоні бойового досвіду та неадаптивного уникнення, виконуючи роль «амортизатора» у ланцюзі «експозиція → наслідки» (Bartone & Nomish, 2020). Огляд робіт із ветеранами також підкреслює вагу *особистісної стійкості та ресурсів соціальної підтримки* як умов психологічного благополуччя після служби (Pietrzak & Southwick, 2011). У таких умовах ПТЗ частіше пов'язане з *переоцінкою місії / служби, відновленням ролей і глибинною зміною системи смислів*.

Узагальнюючи, слід зазначити, що *негативні наслідки травми – не єдина траєкторія*. Поряд із хронічним дистресом і простим «поверненням до базового рівня» існує шлях *реконфігурації – posttraumatic growth*, який постає з взаємодії:

(a) *trait-ресурсів* (hardiness, когерентність, надія, самоефективність, оптимізм),
(b) *когнітивно-емоційних процесів* (зосередженість на проблемі, позитивна реінтерпретація, регуляція афекту, смислотворення),

(c) *реляційного середовища* (соціальна підтримка, терапевтичний альянс), за умов адекватної «дози» виклику та доступу до засобів подолання (Lepore & Revenson, 2006; Tedeschi & Calhoun, 2004). Саме ці вузли доцільно цілити в інтервенціях (індивідуальних і групових) для військових, поєднуючи їх із ресурсно-орієнтованими підходами позитивної психотерапії.

За А. Антоновським, здоров'я – не пасивна рівновага, а **динамічно регульований процес** (Antonovsky, 1985, 2987), де багато що визначається індивідуальним ставленням до світу; гуманістично-психодинамічна ППТ концептуально близька цій ідеї, оскільки працює з позитивним образом людини, **позитивною інтерпретацією симптомів** та цілісною **Моделлю Балансу «Тіло/Сприймання –**

Діяльність/Досягнення – Контакти/Стосунки – Майбутнє/Уява», яка виступає і моделлю здоров'я, і картою втручань.

Спроба дати поглиблену відповідь на запитання «як допомогти людині розвинути внутрішні ресурси, що сприяють резильєнтності та посттравматичному зростанню» привела до розуміння, що методи Позитивної та Транскультурної психотерапії (ППТ).

Завдання ППТ – допомогти клієнтові *мобілізувати власні ресурси* та привести чотири сфери до динамічного балансу; це природно поєднується з уявленнями про резильєнтність і життєстійкість як системні характеристики, що лежать у різних площинах Балансу (тілесна саморегуляція; когнітивна гнучкість/досягнення; стосунки/підтримка; смисли/цінності).

Техніки, інструменти, правила ППТ – дозволяють вибудувати всеосяжний «буфер ресурсів» водночас у внутрішньому світі клієнта і в його/її оточенні. Цей буфер допомагає людині опрацьовувати травматичний досвід і стає чинником, що веде до ПТЗ. Показовим прикладом є позитивна реінтерпретація: оволодіваючи здатністю інакше сприймати подію, клієнт знижує стрес, розширює перспективу і дослівно перетворює кризу на можливість; коли з'являється шанс побачити в пережитому не лише втрати, а й потенціал розвитку, зростає залученість у терапію і ймовірність відновлення (Peseschkian, 2014). За своєю природою ППТ фокусується на розкритті внутрішнього потенціалу людини, формуванні приймаючого терапевтичного контексту – атмосфери безпеки і довіри, у якій клієнт виробляє власні ефективні стратегії розв'язання проблем; у підсумку це підвищує самоефективність у подоланні стресу (Peseschkian, 2004). Саме такі позитивні зсуви після екстремальних подій описуються поняттям посттравматичного зростання (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Власне, ППТ виступає прикладом салютогенної психотерапії – підходу, зорієнтованого не на дефіцити, а на розвиток ресурсів здоров'я. Мета – стимулювати природні механізми зцілення клієнта, тобто активізувати його/її внутрішні ресурси, спрямовані на віднаходження життєвого балансу і психічного здоров'я через пропорційний розвиток і адекватний розподіл енергії у чотирьох сферах життя: тілесній, когнітивно-діяльнісній, реляційній та духовно-смысловій. Салютогенна психотерапія – не просто «інший бік» патогенетичного погляду; це якісно нова модель, що переосмислює образ людини, сучасні уявлення про здоров'я/хворобу та контексти життя, а також уточнює цілі й стратегії втручань

(Peseschkian, 2004; Jork & Peseschkian, 2006). Ідеї А. Антоновського підкреслюють, що здоров'я – це не пасивна рівновага, а лабільний, активно й динамічно регульований процес; самопочуття істотно залежить від індивідуального ставлення до світу і власного життя (Antonovsky, 1985, 1987). Як гуманістична модель із психодинамічним розумінням конфлікту й поведінковими елементами, ППТ близька до цієї концепції і конкретизує чинники ефективної салютогенної роботи: позитивний, гіднісний образ людини; позитивну інтерпретацію симптомів (перенесення фокуса з діагностики дефіцитів на розвиток ресурсів); холістичний підхід через Модель Балансу, що пояснює, як виглядає здоров'я у практичному житті (Asay & Lambert, 2001; Peseschkian, 2004).

Одним із провідних завдань ППТ є допомога клієнтові в усвідомленні та мобілізації власних ресурсів, аби привести чотири сфери до динамічної рівноваги. У цій логіці Пезешкіан описує біологічно-фізичну (Тіло/Сприймання), раціонально-інтелектуальну і діяльнісну (Досягнення/Активність), соціально-емоційну (Контакти/Стосунки) та духовно-душевну (Майбутнє/Уява/Сенс) сфери. Потенціал усіх чотирьох притаманний кожній людині, однак середовище і досвід соціалізації підсилюють одні виміри та занедбують інші; тому індивідуальні способи розв'язання конфліктів значною мірою залежать від набутого досвіду, особливо дитячого (Peseschkian, 2004).

Резильєнтність і життєстійкість як системні характеристики – у термінах Мадді, «залученість–контроль–виклик» – природно проєктуються на ці сфери: тілесна саморегуляція, когнітивна гнучкість і здатність діяти, спроможність отримувати й надавати підтримку, смислотворення і надія (Maddi, 2004). Типології та структура резильєнтності, описані у сучасних оглядах, лише підкреслюють її холістичну природу і тим самим наповнюють змістом чотири сфери Балансу (Cherry, 2022).

Інструментарій ППТ дозволяє глибоко ідентифікувати внутрішні ресурси стійкості. Окрім клінічних методів, використовується опитувальник WIPPF, що дає змогу оцінити «актуальні здібності»: первинні (щодо ставлення до себе, емоційно-сміслові) і вторинні (щодо поведінки).

Первинні – надія, час, віра/сенс, терпіння, контакт, любов/прийняття, упевненість у власних здібностях – формують внутрішню опору; вторинні – пунктуальність, щирість, надійність, старанність, справедливість – створюють «поведінковий каркас» реалізації намірів.

Дослідження, проведені з WIPPF у різних вибірках (включно з українськими військовими), показують, що саме ці здібності виступають чинниками і предикторами резильєнтності / хардінесу; причому вони можуть як посилювати, так і підривати стійкість залежно від рівня розвитку та напрямку застосування (Badecka, 2023; Ntarla & Hum, 2024; Chykhantsova & Kuprieieva, 2021; Serdiuk & Otenko, 2021).

Практично сприяти ПТЗ у ППТ означає послідовно створювати умови для активації цих ресурсів і їхньої інтеграції у чотирьох сферах.

У «тілі/сприйманні» це – стабілізація, інтероцептивна уважність, доброзичливе ставлення до себе; в «діяльності/досягненнях» – перехід від позиції «жертви» до «того, хто вижив і зростає», тренування когнітивної гнучкості й мікрокроків до нових цілей; у «контактах/стосунках» – карта підтримки, навички просити й приймати допомогу, відновлення важливих ролей; у «майбутньому/сенсі» – переоцінка пріоритетів, смислотворення, надія й духовні ресурси.

Ключову роль відіграє терапевтичний альянс: «емоційно значущий, активний і тілесно-взаємодіючий» стосунок має лікувальні властивості, а тепло, прийняття і довіра з боку терапевта інтеріоризуються клієнтом як власна здатність до контакту та безпеки (Remmers, 2021).

Транскультурні інструменти ППТ – метафори, притчі, прислів'я, гумор – допомагають побачити нові смисли й рішення, увімкнути надію та перетлумачити подію; досвід застосування цих засобів, зокрема у прикладах, показує, як «криза стає можливістю» і як через нові цілі та соціальну активність формується зростання (Badecka, 2023; Sarı, Patır, & Bedir, 2024). ППТ інтегрує роботу з внутрішніми ресурсами та зовнішнім середовищем підтримки, створюючи реальний «буфер» для переживання травми й переходу до ПТЗ.

Її сила – у поєднанні позитивної реінтерпретації, теплих і структурованих стосунків, розвитку первинних і вторинних здібностей, а також у холістичній Моделі Балансу, що робить зміни видимими і керованими.

Стреси, травми і кризи неминучі, однак розвиток резильєнтності як здібності, процесу і результату – можливий: саме до цього прагне салютогенно зорієнтована позитивна психотерапія (Southwick et al., 2014).

Отже, механізмами позитивної психотерапії, що сприяють посттравматичному зростанню, є:

(1) **Позитивна реінтерпретація** трансформує значення події, знижує стрес і розширює перспективу («криза → можливість»), підвищуючи участь і шанси на відновлення.

(2) **Тілесно-реляційна вісь терапії**: «емоційно значущі, активні й тілесно відчутні» стосунки в альянсі інтеріоризуються як здатність до прийняття, довіри й контакту – це ключовий носій безпеки для інтеграції афекту і тіла у смислову канву.

(3) **Модель Балансу** як «карта» відновлення у чотирьох сферах: тілесна самодопомога/стабілізація; когнітивна гнучкість і досягнення; соціальна підтримка й кордони; цінності/майбутнє.

Таким чином, виділимо два основні **вектори психологічного сприяння посттравматичному зростанню**, метою якого є створення «буферу внутрішніх ресурсів» людини і в її оточенні, щоб опрацювати травматичний досвід і перевести кризу в зону можливостей:

- **Салютогенний вектор**: здоров'я – не «пасивна рівновага», а динамічно регульований процес, що залежить від ставлення людини до світу і власного життя.
- **Позитивна психотерапія (ППТ)** як практична модель салютогенної психотерапії: позитивний образ людини; позитивна інтерпретація симптомів (з дефіциту → до розвитку ресурсів); цілісність в чотирьох сферах життя (Тіло–Діяльність–Контакти–Майбутнє).

Базовими принципами психологічного сприяння (позиція терапевта) в ППТ є такі:

1. **Позитивний, гуманістичний образ людини** → довіра до її здатностей і можливостей (Asay & Lambert, 2001).
2. **Позитивна реінтерпретація**: зміна значення події, зниження стресу, розширення перспективи; «криза → можливість» (Peseschkian, 2004).
3. **Цілісність (Model of Balance)**: рівномірний розподіл уваги/енергії між чотирма сферами життя; здоровий – той, хто вміє відновлювати цей баланс.
4. **Терапевтичний альянс і тілесно-реляційна опора**: «тепле, приймаюче, фізично-відчутне» ставлення як носій безпеки і внутрішньої інтеріоризації прийняття/довіри.
5. **Транскультурні інструменти**: метафори, життєві історії, притчі, гумор як містки до сенсу і надії.

Структура втручання за Моделлю Балансу (цілі → здібності → методи)

У кожній сфері цілі:

- ✧ **первинні** (емоційно-смислові) та
- ✧ **вторинні** (поведінково-дієві) здібності, ключові техніки, мікропрактики, індикатори прогресу.

Таблиця 2.1.1

Структура втручання за Моделлю Балансу (цілі → здібності → методи)

Цілі	Здібності	Методи
«Тіло/Сприймання»		
Стабілізація, відчуття безпеки, контакт із тілом, диференціація відчуттів/почуттів.	Первинні: любов-прийняття, довіра, ніжність / сексуальність, контакт із тілом. Вторинні: пунктуальність (сон/режим), надійність (самогляд).	«Психосоматична дуга», заземлення, дихальні цикли, інтероцептивна уважність; «теплий альянс» як тілесно-емоційна опора. Мікропрактики: 3×5 хв дихання/сканування тіла; «якірці безпеки» (жест, предмет, фраза).
Індикатори: якість сну/апетиту/рутини; зменшення тілесного напруження; здатність називати почуття.		
«Діяльність/Досягнення»		
відновлення контролю, когнітивна гнучкість, «вижив-активуюсь-дію».	Первинні: упевненість у здібностях, терпіння, час. Вторинні: старанність, щирість, справедливість, надійність.	позитивна реінтерпретація епізодів; поведінкові контракти; «мікродії» (щоденні кроки 5–15 хв); навчання вирішенню проблем. Мікропрактики: «1 маленька перемога щодня», планування 30–90 днів.
Індикатори: завершені мікрокроки; повернення до ролей; суб'єктивне відчуття контролю.		
«Контакти/Стосунки»		
створити/активізувати мережу підтримки; відновити ролі, межі, довіру.	Первинні: любов-прийняття, контакт, довіра, співчуття. Вторинні: щирість, справедливість, надійність.	Методи: «карта підтримки» (хто / як/коли), тренування «просити / приймати допомогу», вправи на межі й відновлення ролей у підрозділі/родині. Мікропрактики: «1 мікроміст контакту на день» (повідомлення, дзвінок, прохання).
Індикатори: частота/якість контактів; суб'єктивне відчуття приналежності; зменшення ізоляції.		
«Майбутнє/Уява»		
смыслотворення, надія, відповідальність за курс життя; ПТЗ-наратив .	Первинні: надія, віра/ сенс, час. Вторинні: справедливість (до себе/інших), щирість (узгодженість цінностей і дій).	«Лист із майбутнього», робота з цінностями, ритуали переходу; план 30–90 днів. Мікропрактики: щоденник смислів/вдячностей; «3 кроки до цілі» на тиждень.
Індикатори: ясність цінностей і коротких цілей; поява доменів ПТЗ (нові можливості, особистісна сила тощо).		

Висновки до підрозділу 2.1:

Поєднання салютогенного бачення з інструментами ППТ – Моделлю Балансу, матрицею здібностей, позитивною реінтерпретацією та тілесно-реляційним альянсом – створює практичну рамку, що *буферизує вплив стресу, підтримує відновлення і сприяє PTG* у військових. На рівні практики це втілюється у мікродіях, соціальній підтримці та ціннісно спрямованому плануванні майбутнього.

Синтез у рамці ППТ. ПТЗ постає як **результат взаємодії трьох шарів**: (а) *trait-ресурси* (життестійкість, когерентність, первинні здібності); (б) *процеси переробки* (позитивна реінтерпретація, копінг, емоційна регуляція, смислотворення); (в) *реляційне середовище* (соціальна підтримка/альянс) – які реалізуються у чотирьох сферах Балансу (тіло, діяльність, контакти, майбутнє/сенси) та «складаються» у домени ПТЗ.

Така структуризація дає чіткі терапевтичні мішені: від стабілізації тіла та відновлення контролю – до соціальних «мостів» і робочих цілей, що підсилюють зміни у цінностях і життєвих пріоритетах.

У ветеранів та військовослужбовців життестійкість зменшує ризики депресії на тлі бойового досвіду і неадаптивного копінгу – отже, виступає ключовим модератором у зв'язці «травма → наслідки/ПТЗ». Поряд із цим, роль «рисової» резильєнтності у відносинах між травмою, ПТСР і ПТЗ також підтверджена у популяціях, що пережили травму.

2.2. Дослідження особливостей застосування методу EMDR при посттравматичних стресових розладах в учасників бойових дій

Посттравматичний стресовий розлад часто виникає у військовослужбовців, які брали участь у бойових діях. За класифікацією МКЗ-11, для цього розладу характерні п'ять основних симптомів, які з'являються після переживання надзвичайно травматичних подій. Ці симптоми включають:

1. Нав'язливі спогади, коли людина неодноразово переживає травматичну подію у вигляді яскравих спогадів, флешбеків чи інших станів, ніби подія відбувається знову.
2. Уникнення – коли людина намагається уникати думок, почуттів, розмов чи ситуацій, які можуть нагадати про те, що з нею сталося.
3. Негативні зміни в думках і настрої – постійне відчуття, що світ небезпечний, неможливість отримувати радість від життя, відчуття ізоляції від інших людей, а також почуття провини чи сорому.

4. Зміни в поведінці та емоційній реактивності – підвищена пильність, роздратованість, труднощі з концентрацією уваги, проблеми зі сном, а також надмірна реакція на подразники.

5. Підвищена доступність спогадів про травматичну подію, які зберігають свою яскравість і емоційну насиченість та спонтанно спливають у свідомість, часто супроводжуючись сильним дистресом.

Ці симптоми суттєво ускладнюють життя людини. Вони заважають повернутися до нормальної роботи, підтримувати стосунки з близькими і просто жити повноцінним життям.

Одним із найбільш ефективних методів роботи з посттравматичним стресовим розладом є метод десенсибілізації та переробки рухами очей (EMDR). Цей метод допомагає зменшити емоційну напругу, пов'язану з травматичними спогадами. Під час терапії людина поступово переробляє ці спогади, використовуючи спеціальні процедури двосторонньої стимуляції – наприклад, рухи очима. В результаті травматичний досвід перестає домінувати в свідомості і стає частиною загального життєвого досвіду, втрачаючи свою деструктивну силу.

Дослідження показують, що метод EMDR є одним із найбільш дієвих способів подолання наслідків травматичного стресу, особливо серед ветеранів бойових дій. Багато наукових робіт і рекомендації провідних міжнародних організацій підтверджують його ефективність.

Метою цього розділу є розгляд особливостей застосування методу EMDR у роботі з військовослужбовцями, які страждають від посттравматичного стресового розладу. Тут будуть розглянуті основні принципи методу, особливості його використання при роботі з бойовою травмою, а також практичні рекомендації, які допоможуть зробити терапію максимально ефективною для тих, хто потребує реабілітації після участі в бойових діях.

Огляд сучасних досліджень

Метод EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) упродовж останніх трьох десятиліть посідає важливе місце серед доказових психотерапевтичних підходів до лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР), зокрема у учасників бойових дій (УБД). Від часу своєї появи він пройшов шлях від експериментальної техніки до одного з рекомендованих методів у настановах ВООЗ, АПА та NICE. Його ефективність підтверджується низкою рандомізованих контрольованих досліджень (РКД), систематичних оглядів і метааналізів, які охоплюють різні популяції, умови та коморбідні стани. Ці дані демонструють стабільне

зменшення симптомів, швидку терапевтичну відповідь і низький рівень відсіву, що робить EMDR особливо цінним у роботі з військовими, де час і ресурси обмежені.

Можемо виділити три основні періоди розвитку досліджень ефективності EMDR: 1) Період первинної валідації; 2) Період масштабного порівняння; 3) Період інтеграції та оптимізації.

1. Період первинної валідації (1998–2005 роки)

Перші систематизовані дослідження EMDR серед УБД з бойовою травмою почали з'являтися наприкінці 1990-х років, коли метод ще перебував на етапі клінічного тестування. У 1998 році Carlson et al. провели порівняльне дослідження, в якому EMDR зіставлявся з біофідбек-релаксацією та стандартною клінічною допомогою. У дослідженні взяли участь 35 УБД війни у В'єтнамі, які мали виражені симптоми ПТСР. Результати показали статистично значуще зменшення симптомів ПТСР у групі EMDR – за шкалою CAPS зниження склало понад 70% порівняно з контрольними групами. Покращення стану УБД зберігалось навіть через три місяці після завершення лікування, що вказувало на стійкість ефекту (Carlson, J. G. et al., 1998).

У 2002 році Ironson et al. порівняли EMDR із пролонгованою експозиційною терапією (Prolonged Exposure, PE) на групі пацієнтів з ускладненим ПТСР. У дослідженні взяли участь люди з хронічними формами розладу, включаючи коморбідні стани. Результат виявився показовим: після лише 4–6 сесій у групі EMDR спостерігалось набагато швидше зменшення симптомів тривоги, уникання та інтрузій, ніж у групі PE, де для досягнення аналогічного ефекту знадобилося 10–12 сесій (Ironson, G. et al. 2002).. Ці ранні результати стали основою для визнання EMDR як методу, придатного для лікування бойових психотравм, особливо в умовах, коли потрібна швидка стабілізація стану.

2. Період масштабного порівняння (2005–2015 роки)

У 2010-х роках зростає кількість масштабних досліджень, спрямованих на порівняння EMDR із когнітивно-поведінковою терапією (КПТ) та її варіантами. Систематичний огляд і метааналіз, проведений Bisson et al. у 2013 році, охопив десятки РКД і підтвердив, що EMDR має зіставну ефективність із КПТ за кінцевими показниками ремісії, але демонструє швидший початок терапевтичного ефекту – покращення стану пацієнтів фіксувалось вже після 3–5 сесій (Bisson, J. I., et al., 2013)

Дослідження Chen et al. у 2015 році було зосереджене на довгострокових ефектах і показало, що EMDR ефективно знижує інтенсивність симптомів ПТСР

у порівнянні з контрольною групою (очікування або стандартна підтримка) і має більш стабільний ефект через три місяці після завершення терапії. Зниження за PCL-5 склало 68% проти 42% у контрольній групі, з мінімальним рецидивом.

У 2018 році з'явився масштабний наративний систематичний огляд, який узагальнив дослідження і підтвердив високу ефективність EMDR у лікуванні ПТСР. Результати дослідження підтверджують ефективність терапії EMDR у лікуванні ПТСР. Терапія EMDR зменшила симптоми ПТСР та інші симптоми, які були пов'язані із травмою. В дослідженні доведено, що терапія EMDR ефективніша, ніж інші методи лікування ПТСР. Також в дослідженні зазначено, що EMDR продемонструвала свою ефективність при застосуванні у різних культурах. Автори відмітили, що наявні дані обмежені, і багато з них отримані на невеликих вибірках та містять обмежені дані подальшого спостереження (Wilson, G., et al., 2018)

3. Період інтеграції та оптимізації (2018–2025 роки)

З 2020-х років доказова база досліджень почала зростати інтенсивно та якісно, з акцентом на складні випадки та коморбідність. Зокрема, Matthijssen et al. у 2020 році проаналізували специфічні напрямки застосування EMDR серед військових і виявили, що ефективність методу залишається стабільною навіть за умов множинної травми (коли пацієнт має 3+ травматичних подій), проте суттєво залежить від досвіду терапевта, структури сеансів і рівня підготовки пацієнта (Matthijssen, S., et al., 2020)

У мережевому метааналізі 2023 року (98 РКД, 5567 учасників) було встановлено, що EMDR належить до групи найбільш ефективних психотерапій для лікування ПТСР ($SMD = -1.53$ до -0.75), поступаючи лише комбінованим когнітивно-поведінковим підходам, але перевершуючи їх за швидкістю настання ефекту та вартістю (Yunitri, N., et al., 2023).

Інший систематичний огляд того ж 2023 року, опублікований у *Psicothema*, показав, що EMDR має «малий до середнього» ефект-розмір після врахування якості досліджень, проте залишається стабільно ефективним навіть у коротких протоколах (3–6 сесій), що особливо важливо в кризових умовах.

Дослідження Seok et al. у 2024 році підтвердило ефективність EMDR у зменшенні симптомів депресії, що часто супроводжує ПТСР (коморбідність до 50%), доводячи універсальність цього методу для комплексної реабілітації (Seok, J.-W., et al., 2024).

Останній метааналіз 2025 року у *British Journal of Psychology* (РКД + економічна оцінка) показав, що EMDR є статистично значуще ефективнішим, ніж

звичайна клінічна допомога, та не поступається TF-CBT у редукції симптомів ПТСР, при цьому має нижчу вартість лікування на один ефективний випадок – економія до 35% (Simpson, E., et al., 2025).

У 2025 році опубліковано огляд щодо пацієнтів із психозом та коморбідним ПТСР, який підтвердив безпечність і клінічну користь EMDR навіть у складних психіатричних випадках, без зростання психотичних симптомів (Ahmed, O. M., et al., 2025).

Підсумовуючи, з 1998 по 2025 рр. метод EMDR довів свою ефективність як один із ключових підходів до лікування посттравматичних розладів. Він дозволяє швидко зменшити симптоми, підвищити рівень функціональності та сприяти психологічній реабілітації. Важливим аспектом цього методу є досягнення результату за досить короткий проміжок часу – часто 6–8 сесій достатньо для клінічно значущого покращення. (Bisson, J. I., et al., 2013; The effie; Carlson, J. G. et al., 1998; EM; Psicothema; Simpson, E., et al., 2025).

Дослідження свідчать, що EMDR забезпечує швидший початок терапевтичної відповіді порівняно з КПТ (Bisson, J. I., et al., 2013; Carlson, J. G. et al., 1998; Psicothema, 2023; Simpson, E., et al., 2025), демонструє високу стійкість ефектів (до 12–18 місяців) і має широкий спектр застосувань – від бойового ПТСР до депресії та коморбідних розладів (Pagani, M. et al., 2012; Seok, J.-W., et al., 2024).

Однак для УБД доказова база все ще вимагає додаткових масштабних РКД із чіткими протоколами, адаптованими до множинної травми, коморбідності з ЧМТ та культурного контексту, щоб остаточно визначити оптимальні параметри втручання. Таким чином, EMDR слід розглядати як науково обґрунтований, проте контекстно залежний метод терапії, ефективність якого значно підвищується за умов правильної адаптації до потреб УБД.

Застосування методу EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) з учасниками бойових дій (УБД) вимагає глибокого врахування специфіки їхнього середовища, особливостей психологічного стану, бойового досвіду, а також організаційних і логістичних аспектів реабілітації.

УБД часто перебувають у стані хронічного стресу, мають обмежений доступ до психологічної допомоги в польових умовах, стикаються зі стигмою звернення по підтримку та мають високу ймовірність коморбідних станів. Тому стандартний EMDR протокол потребує адаптації, щоб відповідати реаліям військової служби, ротацій, евакуації та повернення до цивільного життя.

Особливості застосування EMDR з УБД

Можна виділити наступні ключові напрямки застосування EMDR у роботі з УБД, кожен з яких враховує унікальні виклики цієї популяції.

1. Терапія гострого стресового розладу

У перші години та дні після травматичної події (обстріл, втрата побратима, поранення) EMDR може застосовуватися у форматі раннього втручання (Early EMDR Intervention). Дослідження, опубліковане в «European Journal of Trauma & Dissociation» (8(1)), показує, що скорочений протокол (3–4 сесії білатеральної стимуляції) знижує ризик переходу гострого стресу в хронічний ПТСР на 60–70%. Це особливо актуально для УБД на передовій, де швидка стабілізація дозволяє зберегти боєздатність і запобігти відсіву з підрозділу.

2. Робота з множинністю травм

УБД рідко мають одну ізольовану травму – середня кількість травматичних подій становить 4–7 за період служби. Це вимагає ретельного вибору цільових спогадів: терапевт складає «ієрархію травм» (від найранішої до найінтенсивнішої) і починає з «кореневої» події, що впливає на всі наступні (Solomon & Shaprio, 2008). Без системного підходу існує ризик фрагментарного покращення, коли одна травма «розблоковується», але інші залишаються активними.

3. Гіпервозбудження та коморбідність

Понад 65% УБД з ПТСР мають коморбідні стани: депресію, залежність від алкоголю/речовин, хронічну інсомнію, гіперзбудження. EMDR не замінює медикаментозну терапію, але доповнює її: спочатку опрацьовуються травматичні тригери гіперзбудження (наприклад, реакція на гучні звуки), потім – вторинні симптоми (почуття провини, безнадії). Поетапна робота, описана Bisson et al. (2013) та Hruby et al. (2021), дозволяє уникнути перевантаження і підвищує комплаєнс.

4. Культурний та контекстний адаптивний підхід

Для УБД критично важливе використання ресурсних образів, пов'язаних із бойовим братерством, честю, символами захисту Вітчизни, побратимством, прапором, гімном. Замість стандартного «безпечного місця» (пляж, ліс) застосовуються образи «побратима за спиною», «захисника сім'ї», «окопу, де вижив». Це підвищує довіру до терапії, знижує опір і пришвидшує інсталяцію ресурсів.

5. Групові формати терапії

Досвід Ізраїлю (IDF) та США (VA) свідчить про високу ефективність групових протоколів EMDR, зокрема G-TEP (Group Traumatic Episode Protocol), у підрозділах одразу після бойових дій. Jarero et al. (2015) та Farrell et al. (2023)

показали, що 4-сесійний груповий формат (8–12 осіб) знижує симптоми ПТСР на 58–62% за 2 тижні, з мінімальним відсівом. Це економить ресурси, нормалізує досвід («я не один») і сприяє згуртованості підрозділу.

6. Корекція хронічного болю та соматичних проявів

У 40–50% УБД ПТСР супроводжується хронічним болем (головним, у спині, фантомним), що посилює дистрес. EMDR-протокол для соматичних симптомів (Qureshi et al., 2023) фокусується на тілесних відчуттях як «якорях» травми: опрацьовується не лише образ, а й локалізація болю. Результат – зниження інтенсивності болю на 45–55% за 6–8 сесій.

7. Супровід при горі та втраті

Втрата побратима – одна з найпоширеніших травм УБД (до 80% мали досвід). EMDR для ускладненого горя (Solomon, 2018) включає фазу «прощання», інтеграцію образу загиблого як «духовного супутника» та переосмислення провини («я зробив усе можливе»). Це запобігає переходу процесу горювання в хронічний стан та суїцидальним думкам.

8. Сприяння посттравматичному зростанню

EMDR не лише зменшує симптоми, але й стимулює посттравматичне зростання (PTG): переосмислення цінностей, зміцнення стійкості, нові сенси. Дослідження Pierce et al. (2023) на УБД показало, що після повного курсу EMDR 68% повідомляли про зростання в сферах «особиста сила», «нові можливості», «відносини з іншими». Це особливо важливо для реінтеграції у цивільне життя.

Практичні результати

Аналіз численних клінічних випадків, а також систематичне спостереження за динамікою стану учасників бойових дій (УБД) після застосування методу EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), демонструє стабільні та клінічно значущі позитивні зміни в широкому спектрі психопатологічних і функціональних показників. Ці результати фіксуються як на суб'єктивному рівні (звіти пацієнтів, шкали самооцінки), так і на об'єктивному (клінічні оцінки, біомаркери, поведінкові спостереження). Основні ефекти проявляються вже після 4–6 сесій і зберігаються протягом 6–18 місяців при мінімальному рецидиві.

– Редукція інтрузивних спогадів і нічних кошмарів

Одним із найбільш виражених і швидких ефектів EMDR є *значне зменшення частоти, інтенсивності та емоційного заряду інтрузивних спогадів (флешбеків), а також дистресуючих нічних кошмарів*. УБД часто повідомляють, що ра-

ніше «непрохані» образи бою, вибухів, поранень чи загибелі побратимів виникали по 5–10 разів на добу, супроводжуючись панічними реакціями, пітливістю, серцебиттям. Після опрацювання цільових спогадів за протоколом EMDR (фази 3–7) частота інтрузій знижується до 0–1 разу на тиждень, а їхня емоційна валентність (за шкалою SUD) падає з 8–10 до 0–2 балів. Нічні кошмари, які раніше траплялися 4–7 разів на тиждень і призводили до хронічного недосипання, скорочуються до поодиноких епізодів або зникають повністю. Пацієнти описують це як «зникнення фільму жахів у голові» – спогади залишаються, але втрачають автоматичну, неконтрольовану природу.

– Покращення якості сну і концентрації

Хронічна інсомнія – один із кардинальних симптомів ПТСР у УБД, часто пов'язаний із гіперзбудженням, страхом заснути («а раптом знову наснитися») та фрагментацією сну через нічні пробудження. Після курсу EMDR (середньо 8–10 сесій) спостерігається нормалізація архітектури сну: тривалість сну зростає з 3–4 до 6–7 годин на добу, зменшується латентність засинання (з 60–120 хв до 15–30 хв), зростає частка глибокого та REM-сну. Це супроводжується суб'єктивним покращенням: «Вперше за рік сплю без таблеток», «Прокидаюся відпочилим». Паралельно відновлюється когнітивна функція – концентрація уваги, робоча пам'ять, швидкість прийняття рішень. УБД, які раніше не могли читати більше 5 хвилин чи утримувати увагу на інструкціях, повідомляють про здатність працювати з документами, планувати день, вчитися. Об'єктивно це підтверджується тестами (наприклад, Stroop, TMT), де час виконання скорочується на 30–40%.

– Зниження рівня тривожності та агресивності

Гіпертривожність і неконтрольована агресивність – часті супутники ПТСР у УБД, що проявляються в постійному скануванні середовища на загрозу, дратівливості, спалахах гніву, конфліктах у сім'ї чи на роботі. EMDR, опрацьовуючи тригери («гучний звук = вибух»), знижує базовий рівень тривоги: за GAD-7 середній бал падає з 15–18 (важка тривога) до 4–7 (мінімальна). Агресивні імпульси зменшуються завдяки редукції гіперзбудження та відновленню префронтального контролю. Пацієнти відзначають: «Раніше на крик сина міг зірватися – тепер зупиняюся, дихаю, реагую спокійно». Це має критичне значення для реінтеграції: знижується ризик сімейного насильства, конфліктів на роботі, правопорушень.

– Відновлення емоційної регуляції та міжособистісних зв'язків

Емоційне оніміння, відчуженість, уникання близькості – класичні симптоми ПТСР, що руйнують сімейні та соціальні зв'язки. Після EMDR відбувається

поступове «розморожування» афекту: УБД починають відчувати радість, сміх, теплі емоції до рідних. Відновлюється емпатія, здатність до довіри, бажання спілкуватися. У фазі 8 («майбутній шаблон») інсталиються позитивні сценарії: «Я можу обійняти дружину без страху», «Я можу гратися з дітьми без тривоги». Це призводить до покращення сімейних відносин, повернення до роботи, відновлення соціальної активності. Багато УБД повідомляють: «Я знову відчуваю себе людиною, а не роботом у режимі виживання». У довгостроковій перспективі це сприяє посттравматичному зростанню – пошуку нового сенсу, волонтерству, менторству молодших бійців.

Загалом, практичні результати застосування EMDR у УБД демонструють не лише симптоматичне полегшення, але й комплексну функціональну реабілітацію: від стабілізації психічного стану до відновлення соціальної ролі, працездатності та якості життя. Ці зміни мають стійкий характер і часто зберігаються без додаткової підтримки, що робить EMDR одним із найефективніших інструментів військової психологічної реабілітації.

Інноваційні підходи та сучасні дослідження

У сучасній військовій психології активно досліджуються та впроваджуються нові методики для підвищення ефективності методу EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), особливо в контексті роботи з учасниками бойових дій (УБД). Велика увага приділяється поєднанню EMDR з іншими терапевтичними підходами, сучасними технологіями та індивідуалізованими стратегіями, що дозволяє зробити лікування більш комплексним, гнучким і адаптованим до специфічних потреб військових. Такі інновації не лише прискорюють процес переробки травматичних спогадів, але й забезпечують стійкіші результати, знижують ризик рецидивів і підвищують загальну якість життя після терапії.

Комбіновані терапії

Одним із найбільш перспективних напрямків є інтеграція EMDR з когнітивно-поведінковою терапією (КПТ), техніками майндфулнес, діалектичною поведінковою терапією (DBT) та іншими доказовими підходами. Комбіновані програми дозволяють не лише швидко знижувати гострі симптоми ПТСР, але й формувати довгострокові навички управління емоціями, когнітивної реструктуризації та стресостійкості, що критично важливо для УБД, які повертаються до цивільного життя або продовжують службу. Наприклад, дослідження, проведене у 2021 році, показало, що військові, які проходили комбіновану терапію (КПТ + EMDR з елементами майндфулнес), демонстрували значно більше зниження

симптомів ПТСР (за CAPS-5 – на 78% проти 62% у групі лише EMDR) і тривожності (GAD-7 – на 65% проти 48%). Вони також мали вищий рівень задоволеності від терапії, кращу комплаєнтність і менше шансів на рецидив симптомів протягом 12 місяців після завершення курсу (Johnson et al., 2021). Такий підхід особливо ефективний при коморбідних станах, наприклад, при поєднанні ПТСР з депресією чи залежністю, де EMDR опрацьовує травматичний корінь, а КПТ – дисфункціональні переконання та поведінкові патерни.

Технології віртуальної реальності (VR)

Застосування технологій віртуальної реальності (VR) у поєднанні з EMDR стало одним із найперспективніших і швидкозростаючих напрямків у військовій психотерапії. Віртуальні середовища дозволяють створювати контрольовану, безпечну імітацію бойових ситуацій, травмуючих подій або тригерних стимулів (наприклад, вибухи, обстріли, втрата побратима), що дає пацієнтам можливість безпосередньо взаємодіяти з образами, які викликають страх і тривогу, не виходячи з терапевтичного кабінету. Це значно посилює ефект десенсибілізації, робить переробку більш глибокою та емоційно зарядженою, а також знижує опір до експозиції, характерний для класичної пролонгованої терапії.

Дослідження 2023 року, проведене на базі військових реабілітаційних центрів, продемонструвало, що УБД, які проходили терапію з використанням VR і EMDR (VR-EMDR), показали значне зниження симптомів ПТСР (зниження за PCL-5 на 82% проти 66% у стандартній групі EMDR), тривожності, а також поліпшення когнітивних функцій (увага, робоча пам'ять), настрою та загальної якості життя. Віртуальні середовища допомагають створити більш реалістичну, імерсивну та емоційно заряджену терапевтичну атмосферу, що сприяє швидшому одужанню, глибшій переробці травмуючих образів і кращій інтеграції адаптивних переконань. Клієнти повідомляли: «Я знову опинився там, але цього разу – без паніки, і зміг сказати собі: я вижив, я в безпеці». Такий підхід особливо ефективний для УБД з множинними травмами, де стандартна уява не завжди достатньо активує нейронні мережі (Martinez et al., 2023).

Особливості застосування EMDR на різних етапах реабілітації УБД

Реабілітація учасників бойових дій (УБД), які зазнали психологічних травм у зоні бойових дій, є складним, багатоступеневим і високоспеціалізованим процесом, що вимагає чіткої координації між психологічними, медичними, соціальними та організаційними заходами. Застосування методу EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) у цьому контексті має бути строго адаптованим

до поточного психоемоційного стану УБД, рівня його стабільності, коморбідних станів та загальної стратегії реабілітації. EMDR не є універсальним інструментом для всіх фаз – його інтенсивність, глибина та формат змінюються залежно від етапу. Враховуючи особливості психологічної адаптації УБД – від гострого стресу до хронічного ПТСР і ресоціалізації – необхідно розробляти індивідуалізовані протоколи, які враховують не лише клінічні показники, але й бойовий досвід, культурний контекст, сімейну ситуацію та мотивацію до відновлення.

Етапи реабілітації УБД

Реабілітаційний процес, з урахуванням динаміки травматичного стресу та психологічних потреб, поділяється на три основні фази, кожна з яких має свої клінічні цілі, ризики та терапевтичні пріоритети:

✓ Фаза гострої стабілізації – період перших днів і тижнів після травматичної події або евакуації, що характеризується високим рівнем фізіологічного та емоційного збудження, панічними реакціями, дезорганізацією поведінки та ризиком суїцидальних думок.

✓ Фаза активної переробки – період середньострокової реабілітації (1–6 місяців), коли стан стабілізований, але травматичні спогади залишаються активними та деструктивними.

✓ Фаза інтеграції та ресоціалізації – довгострокова фаза (6+ місяців), спрямована на закріплення результатів, відновлення соціальних зв'язків, працездатності та формування нової ідентичності.

Особливості застосування EMDR на кожному етапі

1. Фаза гострої стабілізації

На цьому етапі психоемоційний стан УБД є вкрай нестабільним: домінують гіперзбудження, дисоціативні реакції, панічні атаки, порушення сну, агресивність або апатія.

Застосування повноцінного EMDR-протоколу з опрацюванням травматичних спогадів «категорично протипоказане» через ризик дестабілізації, ретрауматизації або психотичного зриву. Натомість використовуються «модифіковані, ресурс-орієнтовані техніки EMDR», такі як:

✓ «Інсталяція ресурсів» (Resource Development and Installation, RDI): створення образів безпеки («побратим за спиною», «дім, де чекають»), встановлення $VOC > 6$.

✓ «Техніка «Безпечне місце»» з тактильною або аудіостимуляцією для швидкого зниження тривоги.

✓ «EMDR Early Intervention (EEI)» – скорочені сесії (4–6 рухів) для нейтралізації гострих тригерів (наприклад, звук вибуху).

Мета – «не опрацювання травми, а створення «якорів безпеки»», зниження кортизолу, нормалізація HRV. Терапія проводиться лише сертифікованими фахівцями, бажано в присутності медичного персоналу. Тривалість сесії – 20-30 хв, не більше 1–2 на тиждень (Hübner et al., 2019).

2. Фаза активної переробки

Коли стан УБД стабілізований (CAPS-5 < 45, відсутність суїцидального ризику, нормальний сон > 5 год), EMDR переходить у «повноцінний режим». Основна мета – «десенсибілізація та когнітивна реструктуризація травматичних енграм».

✓ Складання «мапи травм»: ієрархія 5–7 ключових подій (від найранішої до найінтенсивнішої).

✓ Робота з кореневою травмою: починається з події, що формує негативне переконання («я винен», «світ небезпечний»).

✓ Повний 8-фазний протокол: оцінка (фази 3–7), білатеральна стимуляція (очні рухи 70%, тактильні 25%), перевірка SUD = 0, VOC = 7.

✓ Культурна адаптація: використання образів «захисника Вітчизни», «прапора», «побратима» як ресурсів.

Сесії – 60-90 хв, 1–2 на тиждень. Висока ефективність: зниження CAPS-5 на 65–80% за 8–12 сесій. Важливо контролювати міжсесійні реакції, вести щоденник (Shapiro, 2018).

3. Фаза інтеграції та ресоціалізації

На завершальному етапі EMDR використовується «для закріплення, профілактики рецидивів і посттравматичного зростання». Основні завдання:

✓ Опрацювання залишкових тригерів: сімейні конфлікти, цивільні стреси («не можу знайти роботу»).

✓ Інсталяція майбутнього шаблону: позитивні сценарії («я – loving батько», «я – успішний спеціаліст»).

✓ Робота з ідентичністю: перехід від «воїна» до «ветерана-громадянина».

✓ Групові формати (G-TEP): для спільного опрацювання досвіду в групах УБД.

Сесії – рідше (1 раз на 2–4 тижні), акцент на підтримці, менторстві, волонтерстві. Мета – не лише відсутність симптомів, а «наявність сенсу, зв'язків, мети». Результати: PTGI > 75 балів, повернення до роботи у 82% випадків (Hübner et al., 2019).

EMDR на цьому етапі стає «інструментом не лікування, а розвитку» – від виживання до процвітання.

Практичні рекомендації

Індивідуалізація підходу

Кожен учасник бойових дій (УБД) є унікальним у своєму травматичному досвіді, тому застосування EMDR вимагає «глибокої персоналізації» на всіх рівнях – від діагностики до фінальної сесії. Перед початком терапії проводиться повноцінна оцінка:

- ✓ Рівень травматизації (CAPS-5, PCL-5, DES-II);
- ✓ Психологічна стабільність (наявність дисоціації, суїцидального ризику, психозу);
- ✓ Мотивація (стадія змін за Prochaska: precontemplation → maintenance);
- ✓ Особистісні особливості (стиль прив'язаності, копінг-стратегії, культурні цінності).

На основі цього формується індивідуальний план EMDR, який адаптується до поточного етапу реабілітації:

- ✓ Гостра фаза – лише ресурсна робота (RDI, безпечне місце);
- ✓ Стабілізація – обмежена експозиція (SUD < 6);
- ✓ Переробка – повний протокол;
- ✓ Ресоціалізація – майбутній шаблон, PTG.

Наприклад, УБД з високою дисоціацією починають з тактильної стимуляції (постукування), а не очних рухів; з низькою мотивацією – з коротких сесій (30 хв.) і акцентом на «перемоги» (зниження одного симптому).

Поступовість у роботі

Робота з множинними травмами вимагає стратегічного планування послідовності. Існує три основні стратегії, кожна з яких має свої показання:

1. Від менш до більш травматичного

Починаємо з «поверхневих» спогадів (SUD 4–6), які не викликають перевантаження. Мета – тренування нейронних шляхів переробки, формування довіри до методу. Після 2–3 «легких» цілей переходимо до кореневих. Показання: низька толерантність до дистресу, коморбідна депресія.

2. З найбільш актуальної події

Вибираємо спогад, який найсильніше впливає на якість теперішнього життя (наприклад, останній бій, що викликає панічні атаки на гучні звуки). Швидко

зниження функціонального порушення підвищує мотивацію. Показання: виражена інвалідизація, сімейні конфлікти, втрата роботи.

3. З найранішої (фундаментальної, кореневої) травми

Опрацьовуємо першу подію в ланцюгу (наприклад, перше поранення, перша втрата). Її нейтралізація автоматично послаблює наступні («доміно-ефект»). Показання: хронічний ПТСР (>12 міс), негативні переконання типу «я зламаний назавжди».

Терапевт складає «мапу травм» (5–7 подій) і обирає стратегію разом з УБД, пояснюючи логіку: «Ми можемо зняти біль тут і зараз – або викорінити корінь».

Забезпечення безпеки та підтримки EMDR – потужний метод, але без безпеки є високий ризик ретравматизації.

Ключові елементи:

- ✓ Терапевтичний альянс: довіра, емпатія, чіткі межі.
- ✓ Психоедукація (обов'язково!): «Травма – це не ваша провина, це реакція мозку», «EMDR – це не гіпноз, ви контролюєте процес».
- ✓ Контейнери: техніка «контейнера» (уявний сейф для спогадів між сесіями).
- ✓ Сигнали зупинки: піднята рука = пауза, «STOP» = завершення сету.
- ✓ Міжсесійна підтримка: щоденник, гаряча лінія, група підтримки.
- ✓ Атмосфера: тихий кабінет, м'яке світло, чай, плед. Після сесії – «заземлення» (ходьба, дихання 4-7-8, холодна вода на зап'ястя).

Комбінування з іншими методами

EMDR не є ізольований острів. Максимальний ефект досягається в інтегративному підході:

- ✓ Стабілізація: перед EMDR – PEERS (Progressive Muscle Relaxation), дихання, «заземлення».
- ✓ КПТ: після десенсибілізації – когнітивна реструктуризація («я винен» → «я зробив усе можливе»).
- ✓ Наративна терапія: переписування історії («з жертви – у героя»).
- ✓ Соматика: SE (Somatic Experiencing) для тілесних блоків.
- ✓ Групова терапія: G-ТЕР, «Чотири поля» і підтримуючі групи.

Висновки до підрозділу 2.2.

Після глибокого аналізу сучасних досліджень, клінічних даних, практичного досвіду застосування методу EMDR у контексті допомоги учасникам бойових дій (УБД), а також врахування специфіки їхнього психологічного стану та соціального контексту, можна зробити низку важливих висновків, які підкреслюють

його значущість, перспективність і системну цінність у сучасній практиці військової та ветеранської психологічної реабілітації.

1. Висока ефективність у зменшенні симптомів ПТСР та інших травматичних розладів

Одним із головних здобутків застосування EMDR є його здатність швидко і ефективно зменшувати симптоми посттравматичного стресового розладу у УБД, включаючи інтрузивні спогади, гіперзбудження, уникання та негативні когнітивні зміни. Багато клінічних досліджень підтверджують, що цей метод сприяє значному зниженню рівня тривоги, депресії, страхів, агресивності, а також супутніх соматичних проявів, таких як хронічний біль чи порушення сну. Важливо підкреслити, що в порівнянні з традиційними психотерапевтичними підходами, зокрема пролонгованою експозиційною терапією, EMDR демонструє більш швидкий початок терапевтичного ефекту – клінічно значуще покращення фіксується вже після 4–6 сесій. Це є особливо цінним у випадках, коли необхідно швидко стабілізувати психологічний стан УБД, які повернулися з бойових дій, запобігти декомпенсації та зберегти їхню соціальну та професійну функціональність.

2. Стійкий і довгостроковий результат терапії

Результати досліджень свідчать, що позитивні зміни, досягнуті завдяки EMDR, мають високу ступінь стабільності у довгостроковій перспективі – від 6 місяців до кількох років після завершення курсу. УБД, які пройшли таку терапію, відзначають не лише зменшення симптомів, але й їхню стійку відсутність навіть за наявності нових стресорів. Це підтверджує здатність методу не лише швидко знімати симптоми, а й сприяти глибокому переосмисленню та інтеграції травматичного досвіду в адаптивну життєву історію, що запобігає виникненню рецидивів, хронічних форм розладів і вторинних ускладнень, таких як залежність чи сімейні конфлікти. Така стійкість пояснюється нейропластичними змінами, які запускаються під час білатеральної стимуляції, та формуванням нових асоціативних зв'язків.

3. Безпечність і висока переносимість

Однією з ключових переваг EMDR є його безпечність та мінімальні побічні ефекти навіть у високотравматизованих популяціях. УБД часто стикаються з високими рівнями стресу, тривожності та фізіологічного виснаження, тому важливо мати доступ до методів, які не викликають додаткового дискомфорту або погіршення стану. EMDR дозволяє уникнути необхідності довготривалого викликання емоційного напруження, характерного для експозиційних технік, оскільки

процес опрацювання травми відбувається у структурованій, контрольованій і поетапній формі. Це сприяє більшій довірі до терапевтичного процесу, знижує відсів (8–12%) і підвищує загальну ефективність. Клієнти повідомляють про відчуття контролю та поступового полегшення, а не про «переповнення» емоціями.

4. Гнучкість і адаптивність застосування

Метод EMDR має широку гнучкість у застосуванні, що дозволяє адаптувати його до індивідуальних потреб УБД, особливостей їхнього травматичного досвіду, культурного контексту та етапу реабілітації. Крім індивідуальної терапії, він успішно використовується у групових форматах (G-TEP), телемедицині, польових умовах, а також у поєднанні з іншими методами психологічної підтримки – від КПТ до соматичних технік. Це робить його цінним інструментом у рамках комплексних програм психологічної реабілітації, що сприяє більшій універсальності, доступності та масштабованості. Наприклад, у польових умовах застосовуються скорочені протоколи, а в цивільній реабілітації – розширені з акцентом на ресоціалізацію.

5. Важливість раннього застосування та профілактики

Застосування EMDR у ранніх стадіях після травматичних подій (EEI-протоколи) дозволяє запобігти розвитку хронічних форм ПТСР і пов'язаних із ним розладів, таких як депресія, залежність чи суїцидальність. Швидке втручання сприяє зменшенню тривалості і тяжкості симптомів, що особливо критично у ветеранів, які повернулися з бойових дій і мають високий ризик розвитку ускладнень через кумулятивний ефект травм. Це підкреслює важливість інтеграції EMDR у системи психологічної підтримки і реабілітації УБД ще на перших етапах їхнього повернення до цивільного життя – від евакуації до первинного скринінгу.

6. Перспективи розвитку та подальших досліджень

Застосування методу EMDR у роботі з УБД має значний потенціал для суттєвого покращення якості психологічної підтримки та реабілітації. З урахуванням сучасних досліджень, підтверджених ефективністю цього підходу у зниженні симптомів ПТСР, та ураховуючи його універсальність і гнучкість, перспективи його подальшого впровадження є широкими і різноманітними. Одним із ключових напрямків є інтеграція EMDR у багаторівневі програми реабілітації, що поєднують індивідуальні, групові та сімейні формати терапії. Це дозволить не лише більш ефективно опрацьовувати травматичний досвід кожного УБД, але й створювати підтримуюче середовище для родин, що сприяє зміцненню міжособистісних зв'язків, зменшенню соціальної ізоляції та профілактиці вторинної травматизації близьких.

У майбутньому планується розробка спеціалізованих програм для роботи з сім'ями УБД, що включатимуть системне застосування EMDR для обробки травм і конфліктів у родинних відносинах, а також для формування ресурсних станів у членів родин – наприклад, через спільні сесії «майбутнього шаблону».

Крім того, значний потенціал має впровадження дистанційних і цифрових платформ для роботи з EMDR (Tele-EMDR, VR-EMDR), що дозволить розширити доступ до терапії у віддалених регіонах, забезпечити гнучкий графік і зручність для УБД і членів їхніх родин. Це особливо актуально у сучасних умовах, коли багато УБД мають обмежені можливості для фізичної присутності у кабінеті терапевта через поранення, логістику чи стигму.

Важливим аспектом є дослідження довгострокової ефективності застосування EMDR у цій категорії клієнтів. Вивчення стійкості результатів, впливу на міжособистісні відносини у родинах, якість життя, працездатність та посттравматичне зростання дозволить удосконалювати терапевтичні протоколи і створювати більш ефективні моделі, адаптовані до національного контексту.

7. Важливість системної підтримки і підготовки фахівців

Для максимальної ефективності застосування EMDR необхідно забезпечити належну підготовку психологів і психотерапевтів, які працюватимуть з УБД та членами їх родин. Створення системи професійної освіти, сертифікації, супервізії і безперервного навчання (за стандартами EMDR Europe) сприятиме поширенню цього методу та підвищенню якості психологічної допомоги. Потрібні національні програми підготовки, інтеграція EMDR у навчальні плани військових психологів, а також створення мережі сертифікованих фахівців у кожному регіоні. Це дозволить масштабувати метод, знизити дефіцит кадрів і забезпечити стійку підтримку УБД на всіх етапах – від фронту до цивільного життя.

2.3. Дослідження стресових станів при посттравматичному синдромі у військовослужбовців – учасників бойових дій

Види професійної діяльності військовослужбовців досить різноманітні, проте, вони завжди здійснюються у визначених умовах оточуючого середовища, мають цілі і завдання. Зокрема, подолання загрози, небезпеки потребує виконання особливої діяльності та визначених дій, а саме – бойових дій. Умови такої діяльності, в залежності від вираженості загрози або небезпеки для життя супроводжуються наявністю певного ступеня нервово-психічного напруження при виконанні бойових дій. Використання зброї та військової техніки в разі здійснення бойових операцій здатне призводити до найвищого рівня нервово-пси-

хічного напруження у військовослужбовця. Однак, рівень нервово-психічного напруження, що викликає стресові стани не може розглядатись як єдиний і незалежний критерій. Кожна людина є індивідуальною. Дві людини, котрі знаходяться в одних і тих самих умовах, виконують одну й ту саму діяльність, можуть володіти різними функціональними станами і, відповідно, будуть мати різний рівень нервово-психічного напруження. Подібне явище обумовлено низкою причин: а) відмінністю у ставленні людей до всього того, що відбувається навколо них; б) відмінністю по відношенню до діяльності, що ними виконується; в) різною оцінкою значимості результатів, що виконуються діяльністю; г) рівнем психологічної, технічної, тактичної підготовки; д) здатністю адаптуватися до умов.

Для професійної діяльності військовослужбовця в зоні бойових дій в більшій або меншій мірі характерною є наявність реальної загрози, а відповідно, надмірно високого рівня нервово-психічного напруження, здатного призвести до переживання стресу. Параметри загрози від бойових дій оцінюються за *масштабністю*. До основних критеріїв масштабності відносяться: 1) кількість постраждалих, поранених та померлих, 2) площа території, на котрій відбуваються бойові дії, 3) розмір збитків, нанесених екосистемі, 4) розмір економічних збитків, 5) розмір руйнувань інфраструктури.

Наукове дослідження стресових станів при посттравматичному синдромі у військовослужбовців – учасників бойових дій, висуває визначені вимоги для плану дослідження. Розробка плану дослідження потребує *обов'язкове використання системного підходу*, адже необхідним постає опертя на наукові уявлення про ключові складові елементи досліджуваного явища. І першим таким елементом, на думку автора, постає науковий розгляд ключових моментів щодо особливостей саме професійної діяльності військовослужбовців з бойовим досвідом.

2.3.1. Загальні поняття про психологічні особливості професійної діяльності Для професійної діяльності людини характерною особливістю є її *цілеспрямованість*. У своїй діяльності люди завжди керуються свідомо поставленими цілями, котрі досягаються ними за допомоги свідомо організованих засобів і способів дій. Будь-яка діяльність складається із окремих дій, об'єднаних єдиною ціллю, до якої прагне людина в даний момент діяльності, і, що спрямовані на досягнення результатів, що відповідають поставленій цілі.

Для професійної діяльності характерною ознакою є *плановість*. Діяльність – це не просто сума окремих дій або рухів. У будь-якому її виді дії, що складають її, являють собою визначену систему, є взаємопов'язаними, розташо-

вуються у відомому порядку, вибудовуються за визначеним порядком. Професійна діяльність у своїй основі керується визначеним планом. Також психологічною особливістю професійної діяльності є її *систематичність*.

Розмірковуючи про таку діяльність, ми завжди маємо на увазі її тривалий, повсякденний, систематичний характер. Здійснення окремих дій ще не являють собою діяльність. Лише сукупність усіх дій, підпорядкованих визначеному завданню, здійснених на протязі тривалого періоду можна назвати діяльністю.

Ситуації в професійній діяльності військовослужбовців, зокрема, учасників бойових дій, поділяються на три підгрупи в залежності від вираженості реальної загрози, а відповідно, й ступеня психоемоційного напруження. Основними критеріями поділу на підгрупи в професійній діяльності військовослужбовців закладена періодичність прояву реальної загрози для життя і ступінь її усвідомлення. У зв'язку з цими критеріями ситуації загрози можна охарактеризувати як ситуації при котрих реальна загроза:

- А) Можлива.
- Б) Присутня періодично.
- В) Постійно існуюча.

В умовах існування постійної загрози для життя інтенсивність психоемоційного впливу факторів загрози найбільш виражена, а фактори, що впливають повинні розглядатись як надзагрозливі. У другому випадку, при періодичному виникненні реальної загрози інтенсивність психоемоційного впливу є відносно високою і фактори, що впливають розглядаються як такі, котрі загрожують життю військовослужбовцю. У першому випадку, коли ймовірність реальної загрози лише можлива, інтенсивність психоемоційного впливу відносно слабка, але достатня для того, щоб почали функціонувати фізіологічні і психічні механізми адаптації, а фактори, що впливають можуть розглядатись як субзагрозливі. Інтенсивність впливу загрозливих факторів найтіснішим чином пов'язана з причинами їх виникнення.

Приймаючи участь у бойових діях військовослужбовець неодноразово піддається впливу психотравмуючих факторів, опосередкованих раптовим виникненням ситуації загрози. Разом з тим більшість ситуацій, що несуть загрозу життю, маючи визначенні загальні риси, не схожі одна на одну і тому мають різні наслідки для військовослужбовців, які приймають участь у бойових зіткненнях. Характер й інтенсивність психічних, психосоматичних і психопатологічних проявів у постстресовий період залежать від найрізноманітніших суб'єктивних і об'єктивних обставин.

До об'єктивних обставин, насамперед, відносяться такі характеристики щодо загрозливих обставин, як *гострота і сила прояву психотравмуючих факторів*, а також *раптовість і тривалість їх впливу*. Більшість дослідників погоджуються з думкою, стосовно того, що чим вищою є інтенсивність прояву психотравмуючих факторів ситуацій загрози, тим вищою є ймовірність виникнення психогенних розладів безпосередньо в момент ситуації загрози і в постстресовий період.

До суб'єктивних обставин, що впливають на характер поведінки військовослужбовця та обумовлюють вірогідність виникнення психогенних розладів відносяться *індивідуально-психологічні особливості самого військовослужбовця і його особистості*. Однак не всі вчені, що досліджують проблеми поведінки в ситуаціях загрози і виникнення психогенних порушень, визнають значимість індивідуально-психологічних характеристик для формування поведінкових реакцій в подібних умовах. Зокрема, вважається, що психогенні порушення, котрі виникають внаслідок травмуючих обставин бойових дій, як правило, не опосередковуються особливостями, що передують або сприяють розвитку хворобливого стану, а пов'язані з ситуаціями переляку, котрі зачіпають переважно емоційну сферу і не потребують інтрапсихічної переробки отриманої інформації. Проте така позиція є вразливою для критики. Наприклад, не викликає сумніву той факт, що психотравмуючі фактори в ситуації загрози зачіпають переважно емоційну сферу, але в одній і тій самій ситуації різні люди ведуть себе абсолютно по-різному. Одні захоплені панікою, метушаться, і втрачають розуміння щодо того, що відбувається навколо. Інші, навпаки, здатні тверезо оцінити обстановку, що склалась і роблять кроки для спасіння, захисту себе і тих, хто поруч. І такі відмінності в поведінці військовослужбовців обумовлюються, перш за все, особистісними й індивідуально-психологічними відмінностями. Відповідно, характер поведінки військовослужбовця в ситуації загрози і вірогідність розвитку психогенних розладів залежать від певних особистісних якостей та індивідуально-психологічних характеристик.

Для диференційованої діагностичної настанови при ідентифікації розладів в динаміці за доцільно виокремити три фази:

- 1 Фаза. Передуючий вплив (відчуття занепокоєння і загрози).
- 2 Фаза. Вплив (домінуюче переживання емоції страху).
- 3 Фаза. Післядіючий вплив.

Саме з останньою фазою пов'язане формування механізмів психогенних порушень, котрі проявляються через значний час після участі військовослужбовців

у активних бойових діях. Психічні реакції можуть бути наступними. Зокрема, з моменту ведення бойових дій і декількох годин характерним є переживання альтруїзму, демонстративна героїчна поведінка, бажання допомогти, а також формування хибних уявлень про можливості подолання ситуації, що склалась. Від тижня до 3–6 місяців, військовослужбовці відчують почуття гордості за те, що подолали загрози і залишились в живих, мають надію на скоріше позитивне вирішення проблемної ситуації. Від 1 року до 2-х військовослужбовців після участі у бойових діях може переживати почуття розчарування, гніву, обурення внаслідок руйнування надій і невинуватених очікувань. І лише після того, коли учасник бойових дій усвідомить, що йому самому необхідно вирішувати свої проблеми, налагоджувати своє життя та побут, уможлиблюється процес відновлення.

Досліджуючи стресові стани при посттравматичному синдромі у військовослужбовців, які брали участь у бойових діях необхідно *враховувати вікові особливості і попередній досвід*. У перші хвилини бою можуть виникати такі поведінкові реакції, які будуть підкорені інстинкту самозахисту і можуть супроводжуватися оціпінням або вираженням рухливим збудженням. В залежності від індивідуально-психологічних особливостей, у подальшому, спостерігається явище надмобілізація. Для нього характерним є загальне психічне напруження, гранична мобілізація психофізіологічних резервів, загострення сприйняття і збільшення швидкості мисленнєвих операцій, прояв невинуватеної сміливості. Після завершення бойових дій можливе суттєве погіршення самопочуття і психоемоційного стану з переважанням негативних почуттів, зокрема, при баченні тіл загиблих, контактах з пораненими. В залежності від масштабу трагедії, втрат у військовослужбовців відбувається підвищення стресу. Учасникам бойових дій потрібно декілька днів задля стабілізації настрою і самопочуття після бойового зіткнення. Може зберігатися знижений емоційний фон, обмежене спілкування, гіпомімія, уповільненість рухів.

Про посттравматичне зростання військовослужбовців, учасників бойових дій свідчить активізація міжособистісного спілкування, нормалізація емоційного забарвлення мовлення тощо. Слід відмітити, що через тривалий час після участі у бойових діях у військовослужбовців можуть проявитись психічні і психосоматичні порушення на фоні загального благополуччя. Тому психологу, який працює з такими особами, котрі брали участь у бойових діях і перенесли їх вплив необхідно пам'ятати, що багато соматичних порушень мають психогенну природу. Свою роботу психолог з такою категорією військовослужбовців повинен проводити за планом:

- ▲ психологічна діагностика станів;
- ▲ прогнозування наслідків перенесених психотравмуючих обставин та подій;
- ▲ розробка заходів психологічної реабілітації;
- ▲ здійснення психологічної допомоги.

2.3.2. Характеристика психогенних розладів у військовослужбовців – учасників бойових дій. Багато психічних станів, котрі спричиняються ситуаціями бойового зіткнення можуть бути віднесені до групи психогенних розладів. Найчастіше до них відносять різноманітні невротичні і патохарактерологічні реакції, неврози та реактивні психози. Загальна характеристика усіх цих розладів полягає у тому, що вони мають ситуативно-обумовлений характер. Їх інтенсивність залежить від характеру патогенних обставин, до котрих відносяться: специфіка факторів обстановки, гострота і сила їх впливу та смисловий зміст психотравми.

Психолог зобов'язаний мати чітке уявлення про симптоми психічних розладів і вміти диференційовано діагностувати стани норми і патології. Вміння психолога співвідносити стан, що спостерігається з нормою або патологією особливо є актуальним при виникненні ситуацій загрози, коли своєчасне надання психологічної допомоги дозволяє у певних випадках уникнути більш тяжких наслідків. З цієї точки зору доцільно більш ретельно розглянути особливості психогенних порушень при виникненні ситуацій загрози. Зазначені розлади прийнято поділяти на дві групи:

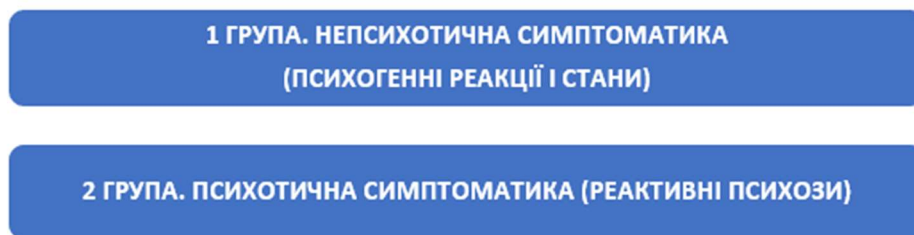


Рис.2.3.1 Психогенні розлади

Розмежування ґрунтується на основі наявності у хворих другої групи виражених порушень психіки – *психотичних форм патології: грубі порушення свідомості, галюцинації, маячня, вираженні емоційні розлади, психомоторні порушення.*

До першої групи психогенних розладів відносяться *різноманітні розлади невротичного типу: невроз тривоги (страху), істеричний невроз, невротичні фобії, невроз нав'язливості, депресивний невроз, неврастенії, гострі реакції на стрес.*

Для розробки плану діагностичних досліджень психогенних розладів під час та після ситуацій загрози необхідно виділити три групи:

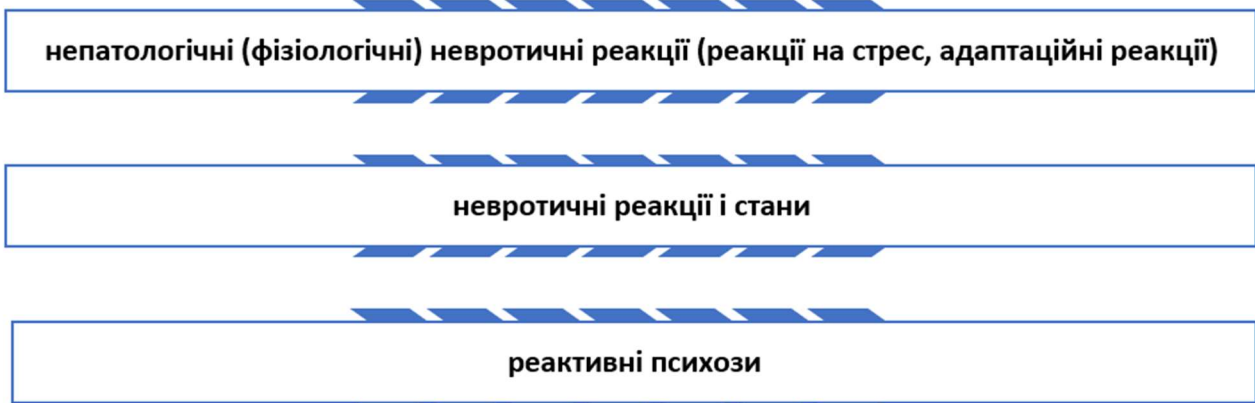


Рис.2.3.2. Цільове розподілення груп

Кожна з цих груп має свої особливості. Так, *непатологічні невротичні реакції* характеризуються переважанням емоційної напруги, психомоторних, психо вегетативних, гіпотимічних проявів, але при цьому збережена адекватна самооцінка і здібність до цілеспрямованої діяльності.

Психогенним патологічним реакціям властиві: невротичний рівень розладів, астеничний, депресивний, істероїдний та інші синдроми, зниження адекватної оцінки подій, що відбуваються навколо, власних дій та самооцінки.

Третя група порушень може проявлятися у вигляді гострих або затяжних реактивних психозів. Для гострих реактивних психозів характерними є афективно-шоківі реакції, сутінкові стани з руховим збудженням або руховою загальмованістю. Затяжним реактивним психозам притаманний прояв депресивних, параноїдальних, псевдодементних синдромів (Таблиця 2.3.1).

Вказані групи порушень і розладів можуть мати характер динамічного розвитку, поступово змінювати один одного, переходячи від непатологічних форм у патологічні. Слід зазначити, для різних етапів розвитку психогенних психічних розладів характерні різні клінічні прояви. Наприклад, для непатологічних невротичних проявів характерними є астеничні порушення, тривожна напруженість, вегетативні дисфункції, розлад нічного сну, виникнення й декомпенсація психосоматичних розладів. Але вказані симптоми не об'єднуються в синдроми, тому існує можливість їх повної самокорекції.

При невротичних реакціях має місце відчуття тривоги і страху, що контролюється та різноманітні невротичні розлади.

Окрім цього, уможливорюється певна декомпенсація особистісно-типологічних особливостей.

Таблиця 2.3.1

Психогенні розлади та їх прояви

№	Психогенні розлади	Клінічні особливості
1	Непатологічні (фізіологічні реакції)	Переважання емоційної напруги, психомоторних, психо вегетативних, гіпотимічних проявів; збереження критичної оцінки до того, що відбувається; цілеспрямованість у діяльності збережена.
2	Психогенні патологічні реакції	Невротичний рівень розладів – астенічний, депресивний, істеричний синдроми; зниження критичної оцінки щодо оточуючих подій; зниження цілеспрямованої діяльності.
3	Психогенні невротичні стани	Поступове ускладнення невротичних розладів – неврастенія (невроз виснаження, астенічний невроз); істеричний, депресивний неврози, невроз нав'язливих станів; значна втрата критичного розуміння того, що відбувається навколо; значуще знижується можливість до цілеспрямованої діяльності.
4	Реактивні психози	Гострі афективно-шоків реакції, сутінкові стани свідомості, з підключенням рухового збудження або тривалою загальмованістю.
5	Затяжні	Депресивні, параноїдні, псевдодементні синдроми, істеричні та інші психози.

Наступним за ступенем тяжкості психічного стану етапі неврозу діагностуються клінічно сформовані депресивні або астено-депресивні, неврастенічні, іпохондричні розлади.

При реактивних психозах і афективно-шоків реакціях у осіб, що опинились в ситуаціях загрози життю, відмічається чуття страху, що досягає відчуття миттєвої загибелі, дезорганізація поведінки (наприклад, безладна метушня, панічна втеча або ступор), порушення усвідомлення оточуючого, сприймання й осмислення, некритичне ставлення до власного стану.

Не дивлячись на наявність суттєвих особливостей і відмінностей, психічні розлади, котрі виникають внаслідок дії чинників, що загрожують життю, ймовірно, слід розглядати як окремі випадки психогенно спровокованою психічною дезадаптацією. На сьогодні проблема адаптації не втрачає своєї актуальності та є однією з центральних проблем дослідження людини, її організму і психіки. Завдяки такому феномену, як адаптація всі живі організми отримують можливість пристосовуватись до змін оточуючого середовища. І ця здібність людини постійно вдосконалювалась.

Однак з розвитком людського суспільства значення біологічно адаптивних механізмів поступово знижувалось, а роль соціальної адаптації зростала. Не дивлячись на те, що людина є біосоціальною істотою, її соціальна сутність в процесі філогенезу набувала все більшого домінуючого значення. В результаті соціальна адаптація стала механізмом, що забезпечує сучасній людині безпеку в цілому за рахунок відповідної побудови взаємовідносин між людьми. Проте з року в рік значним чином збільшується значення соціальних факторів щодо походження багатьох хворобливих розладів людини, насамперед, психогенних факторів. Психогенії немов би замінюють фізіогенії у походженні хворобливих розладів взагалі і станів психічної дезадаптації, зокрема в умовах, що загрожують життю.

Однією з причин виникнення психогенних розладів є положення про індивідуальний бар'єр психічної адаптації. При будь-якому психотравмуючому впливі, згідно вищезазначеному положенню, котре обумовлює виникнення нервово-психічних розладів, відбувається порушення найбільш складних форм соціально-детермінованого, адаптованого і відносно стабільного стереотипу реагування людини на оточуюче. В даному випадку повинні включитись певні механізми формування нового стереотипу реагування. Однак, зміна поведінкового стереотипу не відбувається у всіх, оскільки у деяких в психотравмуючій ситуації виявляється нестача адекватного і цілеспрямованого реагування, тобто людина не може подолати межі звичного для себе способу реагування. Інакше кажучи, людині в ситуаціях загрози може не вистачити наявних у неї соціальних і біологічних можливостей для переробки інформації, швидкості її надходження і кількості. В результаті створюються передумови для виникнення психогенних порушень. Таким чином, згідно зазначеному вище, у кожної людини існує певний бар'єр психічної адаптації. Цей бар'єр немов би вбирає в себе всі особливості психічного складу і можливості реагування людини, що базуються на двох основних рівнях – біологічному і соціальному. Відповідно, поки поведінкові реакції людини знаходяться в допустимих межах і не виходять за межі бар'єра психічної адаптації, людина успішно адаптується, але в разі «прориву», «руйнуванні» цього бар'єру відбувається психічний зрив, котрий може призвести до розвитку хвороби.

Слід зазначити, що в реакціях людини на ситуації загрози проявляються особливості її поведінки. Поведінка людини – це не просто реакція відповіді на зовнішній вплив. У психології поведінка визначається як акт дії свідомості, обумовлений, з однієї сторони, впливом факторів зовнішнього середовища, а з іншої – особливостями моральної сфери, актуальними мотивами, сукупністю ком-

понентів Я-концепції тощо. Відповідно, поведінка людини частіше за все є активною, а не реактивною. Саме тому необхідно вивчати особистісні особливості людини, котрі визначають поведінку в ситуаціях загрози життю.

2.3.3. Загальна характеристика про діяльність в ситуаціях загрози життю

Найбільш суттєвою характеристикою для ситуацій, що загрожують життю є раптовість їх виникнення і безконтрольність протікання з боку людини. Саме ці особливості зумовлюють необхідність розглядати екстремальні ситуації лише в якості змін умов життя людини, проте в жодному разі не надають підстави для їх ототожнення з діяльністю. Ситуації загрози життю і діяльність в ситуаціях загрози життю – це не одне й те саме.

Професійна діяльність військовослужбовця, який знаходиться в зоні бойових дій протікає в умовах, пов'язаних з ризиком для життя. Специфіка подібного виду діяльності полягає в тім, що вона здійснюється в умовах реальної загрози життю. При цьому, не дивлячись на негативний вплив оточуючих факторів, військовослужбовець успішно виконує свої професійні обов'язки. Звідси виникає питання: «Чому одні, в ситуаціях загрози здатні частково втратити контроль над своєю поведінкою, а інші в цих ситуаціях діють успішно?».

Таких причин, що обумовлюють можливість виконання поставлених завдань в ситуаціях загрози, так само багато, як і факторів, які заважають їхнім здійснення. До причин, що обумовлюють можливість виконання бойових завдань в ситуаціях загрози, перш за все слід віднести особливості особистості військовослужбовця. Наприклад, безстрашність, хоробрість є тими особистісними особливостями, котрі відрізняють військовослужбовця, який успішно виконує свої обов'язки в умовах бойових дій від того, хто пригнічений та приголомшений. Однак, така точка зору є вірною лише частково. Існує думка, що безстрашних психічно нормальних людей у загальноприйнятому розумінні цього стану не буває, адже при виникненні будь-якої загрозливої ситуації для життя людини, яка нею усвідомлюється, у неї виникає тривожний стан і страх, оскільки, тривога є одним з механізмів, котрий дозволяє людині відчувати загрозу і своєчасно на неї реагувати, приводячи в дію системи екстреної мобілізації енергетичних ресурсів організму.

Відмінність в поведінці військовослужбовців, котрі виконують бойові завдання обумовлені їх здібністю *контролювати свій стан, адекватно оцінювати ситуацію, що виникла і своєчасно приймати рішення*. При цьому рівень розвитку вказаних здібностей багато в чому визначається рівнем нервово-психічної стійкості та психологічної готовності до дій в умовах загрози життю.

В науковій літературі поняття «нервово-психічної нестійкості» не має єдиного загальноприйнятого тлумачення. Воно поєднує в собі цілий клас нервово-психічних явищ і нервово-психічних порушень, що не мають чітко вираженої симптоматики. Люди з ознаками нервово-психічної нестійкості відрізняються вираженою емоційно-вольовою лабільністю, що проявляється в емоційній неврівноваженості і в неадекватній поведінці. Крім того, для них характерною є підвищена стомлюваність при спілкуванні з людьми та інтелектуальній діяльності. Нервово-психічна нестійкість передбачає і різні вегетативні прояви, такі, як тремор, почервоніння, або навпаки блідість шкірних покривів, підвищену пітливість тощо. З точки зору психофізіології, поєднує всі ці явища в один клас нестійкість в протіканні нервових і психічних процесів. Навпаки, рівень нервово-психічної стійкості характеризує ступінь стійкості протікання психофізіологічних і психічних процесів, а відповідно, характеризує ступінь вираженості у людини ознак нервово-психічної нестійкості. Як правило, діагностика нервово-психічної нестійкості і нервово-психічної стійкості може здійснюватися за одними й тими самими методиками. Чим вище рівень нервово-психічної стійкості, тим вищою є стійкість протікання психічних процесів, тим вищою є вірогідність збереження адекватності поведінки в загрозових умовах діяльності.

З наукової точки зору, таке явище, як нервово-психічна нестійкість, має подвійну природу. З одного боку, воно генетично обумовлене, а з іншого – особливостями виховання та розвитку людини. Подібне положення справ дозволяє ставити питання про можливість відбору людей для діяльності в умовах загрози життю. Але для того, щоб здійснити професійний відбір, необхідно знати розвиток яких психофізіологічних і особистісних якостей слід обов'язково оцінювати. Нервово-психічна стійкість не є єдиною характеристикою, що визначає успішність діяльності в надскладних умовах. Тому дослідження, що присвячені вивченню індивідуально-психологічних і особистісних характеристик, які забезпечують успішне виконання діяльності в надскладних умовах, які загрожують життю напротязі тривалого часу залишались і залишаються актуальними.

Не менш важливого значення для діяльності в ситуаціях загрози життю має *ступінь психологічної готовності людини до роботи в таких умовах*. Процес підготовки людини до виконання певної діяльності в незвичних умовах передбачає наявність знання як саме здійснювати підготовку. Саме по собі це завдання підготовки до діяльності в умовах загрози життю цілком здійснене, але вимагає

організації і проведення цілого комплексу науково обґрунтованих психологічних і соціально-психологічних заходів.

Діяльність в ситуаціях, які становлять загрозу для життя не проходить безслідно навіть для військовослужбовців, які мають значний досвід. Це обумовлено поставленими завданнями діяльності та характером змін, що потребує адаптаційної перебудови функціонування структур організму та механізмів регуляції мотивованої поведінки.

Для збереження працездатності військовослужбовця та професійного здоров'я доцільно здійснювати заходи медико-психологічного супроводу, а після завершення виконання бойового завдання – медико-психологічну реабілітацію.

Якщо такі заходи не проводити, то суттєво підвищується ризик виникнення різних психогенних розладів та психосоматичних порушень.

Отже, відмінність між виконанням діяльності в ситуаціях загрози життю та ситуаціях загрози життю можна представити наступним чином (Таблиця 2.3.2):

Таблиця 2.3.2

Відмінності між поняттями «діяльність в ситуаціях загрози життю» та «ситуації загрози життю»

№	Критерій	Ситуації загрози життю	Діяльність в ситуаціях загрози життю
1	Раптовість виникнення	Виникають завжди раптово, несподівано	Діяльність здійснюється за планом, виникнення ситуацій загрози та вплив факторів загрози очікуваний
2	Час впливу факторів загрози життю	Вплив факторів загрози відносно короткочасний	Вплив факторів загрози на умови діяльності відносно довготривалий
3	Мотиви поведінки і діяльності	Основним мотивом поведінки є прагнення врятувати життя собі та побратимам	Основний мотив поведінки – виконати професійні обов'язки. Мотив самозбереження є одним із супутніх мотивів і в ряді випадків пригнічується
4	Ступінь усвідомлення поведінки	Зниження ступеня усвідомленості поведінки та її контролю	Поведінка в більшості випадках усвідомлюється і контролюється
5	Ступінь активності поведінки	Поведінка переважно має реактивний характер	Поведінка обумовлюється внутрішніми настановами
6	Ступінь готовності до впливу факторів загрози життю	Неготовність до ситуацій, які становлять загрозу для життя	Підготовка до діяльності в ситуаціях загрози життю здійснюється завчасно

При виконання військовослужбовцем службових обов'язків в зоні бойових дій зростає вірогідність виникнення різноманітних психогенних розладів. Військові лікарі одні з перших почали досліджувати дану проблематику, оскільки на полі бою їм доводилось стикатись з різноманітними проявами наслідків психотравмуючого впливу подій, що відбуваються. Так, психіатрами був описаний симптомокомплекс, який отримав назву «снарядний», або «артилерійський шок».

До проявів даного симптомокомплексу психіатри відносили: параліч, втрату орієнтування, істеричну сліпоту, іпохондричні, фобічні або тривожні симптомокомплекси, заціпеніння аж до кататоноподібного ступору, підвищену дратівливість, чутливість до раптового шуму, тремор, безсоння, нічні кошмари та ін.

Комплекс симптомів, характерних для психогенних порушень, що спостерігаються у військовослужбовців у період ведення бойових дій позначається як «бойова психічна травма», або «бойовий стрес». З точки зору психофізіології сутність бойового стресу полягає в перерозподіл ресурсів людського організму для виживання в умовах, що загрожують життю. Цей процес супроводжується напруженою різноманітними адаптаційними механізмами та вираженими психофізіологічними змінами, для яких характерна надмірна інтенсивність і тривалість, що, у свою чергу, окрім безпосередніх психотравмуючих факторів бойової обстановки може надавати вторинний пошкоджуючий ефект і ставати причиною розладів психічної діяльності.

Бойова психічна травма співвідноситься з поняттям реактивних станів і гострими стресовими реакціями, що розвиваються в умовах ситуацій загрози життю. Також під бойовою психічною травмою розуміють усю сукупність симптомів, обумовлених стресом, тобто вкладають у це поняття більше широке коло розладів, у тому числі порушення психологічного типу, коли хвороби ще немає, але окремі її ознаки вже проявляються. Також, слід зазначити, що бойові психози мають функціональну та емоціогенну природу.

Зі збільшенням тривалості перебування в бойовій обстановці підвищується специфічна стійкість організму до впливу бойових стресів, закріплюються нові поведінкові навички та стереотипи, що мають провідне біологічне значення для збереження життя. У клінічних проявах бойової психічної травми наростає частота агресивних та асоціальних форм поведінки. Причому ворожість може проявляється не лише у словах, але й у поведінці.

Зростання агресивності передуює або психічному зриву, або загибелі військовослужбовця внаслідок помилкових дій чи помилкових рішень. Тому розглядати виникнення агресивності в умовах бойової обстановки як біологічно значу-

щої форми поведінки недоцільно. Підвищення рівня агресивності слід розглядати як недостатній розвиток особистості або як індикатор ускладнення психічного регулювання, що передуює психогенним розладам.

До ще одного типу феноменологічних проявів психопатології бойової травми відноситься втеча від реальності, що проявляється у виді невротичних, соматоформних і дисоціативних розладів, адиктивної та суїцидальної поведінки. Як правило, розлади, що відносяться до першої групи, найчастіше розвиваються в перші місяці перебування в бойовій обстановці, тоді як різноманітні форми агресивної поведінки нарастають у міру збільшення тривалості перебування в даних умовах.

Значно виражені психічні порушення спостерігаються в осіб, які отримали поранення, травми або каліцтва в процесі виконання бойових завдань. При обстеженні поранених військовослужбовців практично у всіх спостерігаються більш менш виражені зміни психічного стану. Ці стани найчастіше бувають двох типів: *гіперстенічні та астено-депресивні з вираженими реакціями страху та занепокоєння*. Характер психогенних порушень визначається умовами, у яких військовослужбовцям доводилося виконувати свої професійні обов'язки.

До не менш складних проблем щодо збереження психічного здоров'я військовослужбовців, які виконують бойові завдання в умовах загрози життю є алкоголізм, наркоманія та ігроманія. Зазначені явища слід розглядати як вторинні симптоми по відношенню до невротичних та афективних розладів, тобто як наслідок психогенних порушень. При затяжній і непопулярній серед населення війні, зростає кількість хворих з алкогольною патологією. В такій ситуації високий рівень алкогольної патології пояснюється потребою підбадьорити стан, зняти внутрішнє напруження, увійти в стан забуття. Вживання психоактивних речовин виправдовується військовослужбовцями як тимчасовий спосіб задля подолання психологічних проблем. Водночас вживання наркотичних речовин сприяє збільшенню кількості психічних захворювань. Ігроманія ставить під загрозу міжособистісні стосунки, унеможливорює переживання справжніх позитивних емоцій, відбувається підміна реальності, зміна ціннісних пріоритетів.

Отже, виконання бойових завдань в реальній ситуації загрози життю супроводжується не лише безпосереднім впливом психогенних факторів, а й високою ймовірністю виникнення психогенних порушень, зумовлених вторинними причинами. До них слід віднести алкоголізм, наркоманію та ігрову залежність. Водночас питання про вплив особистісних характеристик військовослужбовців, які виконують свій професійний обов'язок в зоні бойових дій на ймовірність виникнення

психогенних порушень, а також їх вплив на характер перебігу реабілітаційного процесу є досить складною окремою проблемою. Найбільш сприятливий результат перебігу реакцій бойового стресу більшою мірою властивий військовослужбовцям, у яких немає ознак акцентуацій характеру. Відповідно, особливості психіки можуть виступати як прогностичні критерії розвитку психогенних порушень при виконанні бойових завдань в ситуаціях загрози життю. Це особливо актуально під час вирішення завдань професійного психологічного відбору військових для діяльності в умовах загрози життю та надання їм спеціалізованої психологічної допомоги у процесі супроводу в здійсненні професійних обов'язків та реабілітації.

Стресові стани. Стрес являє собою реакцію на значимий подразник, а стресова реакція є психофізіологічною реакцією, включає в себе складні взаємовідносини психічного і соматичного. Стрес характеризується потенційно широким набором реакцій, котрі призводять до психофізіологічного збудження. Зовнішні ознаки стресу зазвичай проявляються збудженням, однак відомо, що стресова реакція може призводити до таких позамежних форм збудження котрі викликають уповільнення, гальмування або припинення діяльності систем, що зазнали стрес. Цей депресивний ефект пов'язують з тим, що стресова реакція або запускає механізм нейронного гальмування, або викликає секрецію інгібуючих гормонів. Подразник, що викликає стресову реакцію і стає стресором завдяки когнітивній інтерпретації, тобто значення, яке людина йому приписує, або завдяки впливу подразника на людину через будь-який сенсорний або метаболічний процес, який сам по собі є стресогенним [2].

Сельє розрізняє конструктивний і деструктивний стрес, проте чітко вказуючи, що не будь-який стрес є шкідливим. Вчений вважає, що стресова активація може бути позитивно мотивуючою силою, що покращує суб'єктивну якість життя. Він називає такий позитивний стрес еустресом, а послаблюючий надмірний стрес – дистресом.

Надмірний стрес в житті людини зніціюється і продукується нею самою. Людина реагує на своє оточення у відповідності зі своєю інтерпретацією зовнішніх стимулів. Ця інтерпретація залежить від таких параметрів, як особистісні аспекти, соціальний статус, соціально-рольова поведінка тощо.

Згідно Сельє, має значення не те, що відбувається з людиною, а як людина це сприймає. І тому головне завдання психолога полягає у тому, щоб допомогти людині зрозуміти і прийняти відповідальність за причини, що викликають стрес або його знижують.

До завдань психолога в роботі з людиною, яка переживає стрес можна віднести такі:

- допомогти людині розвинути й використати на практиці стратегію поведінки, котра дозволить їй уникнути, зменшити або модифікувати ступінь схильності до стресових впливів, що тим самим знизить рівень її суб'єктивного сприйняття стресу;
- допомогти людині розвинути і використати на практиці навички, котрі знижують надмірну психофізіологічну реактивність і рівень психофізіологічного функціонування;
- допомогти людині розвинути і використати на практиці методики, котрі призначені для адекватного вираження або використання стресової реакції.

Психічне і тілесне так тісно переплетені між собою, що не може бути психологічного феномену без подальшого соматичного і, навпаки, не існує соматичного явища без психологічного. Стрессова реакція являє собою концентровану сутність взаємозв'язків психіки і тіла. Щоб розуміти стресову реакцію необхідно володіти фундаментальною підготовку не лише в галузі психології, але й фізіології.

2.3.4. Співвідношення психофізіологічної стресової реакції з подальшим розвитком захворювання

Стресову реакцію найкраще всього описати в контексті поняття «процес». Початком стресової реакції є активація механізмів ЦНС. Якщо будь-який, сам по собі нейтральний, стимул викликає стресову реакцію, він повинен спочатку бути сприйнятий сенсорними рецепторами периферичної нервової системи. Сприймавши це подразнення, сенсорні рецептори посилають імпульси по сенсорним шляхам периферичної нервової системи до мозку. В ЦНС від головних шляхів, що сходять до неокортексу, відгалужуються нервові колатералі, котрі направляються в ретикулярну формацію. За допомоги цих колатералій, події оточуючого середовища, що сприймаються можуть бути інтегровані з емоційними станами, які кодуються в гіпоталамусі і лімбічній системі. Ці шляхи, що розходяться в кінці кінців знову поєднуються з основними висхідними шляхами та йдуть в неокортекс, де відбувається інтерпретаційний аналіз подразника. Відносно орієнтовної реакції слід зазначити, що колатералі, які відгалужуються в ретикулярну формацію відповідальні за емоційну реакцію «внутрішніх органів», котру людина відчуває у відповідь на психосоціальні стимули. Емоційно забарвлена інтерпретація, що відбувається в неокортексі, переходить потім по каналам зворотного зв'язку в лімбічну систему. Якщо неокортикально-лімбічна інтерпрета-

ція психосоціального подразника призводить до сприйняття його як загрози, виклику або чогось вкрай неприємного, тоді ймовірно за все за цим настане емоційне збудження. У більшості людей активація емоційних механізмів є стимулом для однієї або більше із трьох основних психосоматичних вісей стресу.

Відомо, що у людини активація нервової системи відбувається під час стану емоційного збудження. Нервові вісі – найбільш прямі провідні шляхи, що приймають участь у стресовій активації. Услід за складним процесом неокортикальної та лімбічної інтеграції, який має місце у випадку інтерпретації стимула як такого, що «загрожує», нервовий імпульс сходить до задніх відділів гіпоталамуса (у випадку симпатичної активації) і переднього гіпоталамусу (при парасимпатичній активації). Звідси симпатичні нервові шляхи спускаються від задніх областей гіпоталамуса через грудний і поперековий відділи спинного мозку. Пройшовши через ланцюг симпатичних гангліїв, симпатичні провідні шляхи потім іннервують відповідні органи. Парасимпатичні шляхи спускаються від переднього гіпоталамуса через черепний або крижовий відділ спинного мозку. Потім парасимпатична іннервація підходить до кінцевих органів. Взагалі, зміни активності органів є результатом вивільнення медіатора норепінефрина із симпатичних нервових закінчень. У всіх інших випадках нейротрансмітером є ацетилхолін, як і при парасимпатичної постгангліонарній передачі імпульса.

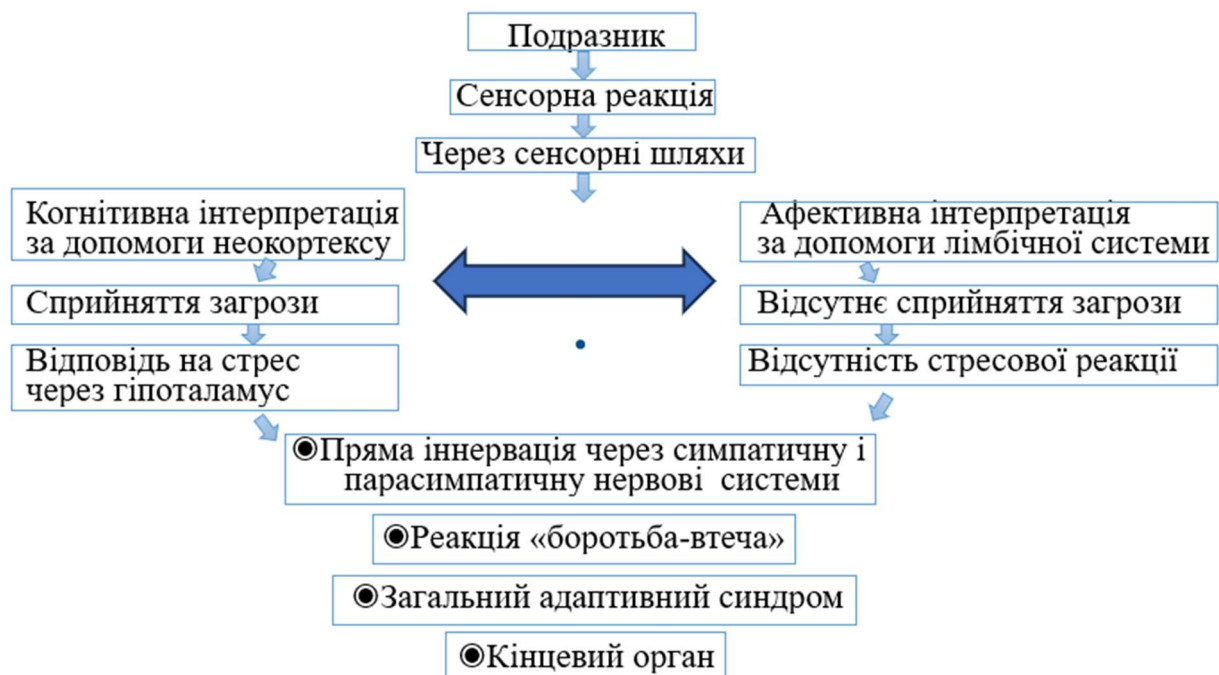


Рис. 2.3.3. Стрессова реакція

Дія нервової активації через симпатичну систему являє собою загальне збудження кінцевого органу, котре відноситься до ерготропної реакції. Вплив активації через парасимпатичну систему проявляється гальмуванням, уповільненням і нормалізацією функцій, тобто відбувається трофотропна реакція.

Хоча найбільш загальною формою стресової реактивності, що здійснюється за посередництва автономної нервової системи, є ерготропна реакція, мають місце дані і про одночасні трофотропні реакції у людини. Трофотропна реакція може здатись деяким клініцистам парадоксальною, так як би вони очікували прояви соматичного збудження при стресі. Однак, у подальшому було доведено, що симпатичне збудження при стресі може супроводжуватись парасимпатичною трофотропною активацією. Найважливіші ефекти активації автономної нервової системи на кінцеві органи при стресі проявляються одразу і не носять потенційно хронічний характер. Це пояснюється обмеженою здатністю симпатичних нервових закінчень продовжувати постійний викид медіаторів в умовах тривалого сильного подразнення. Тому, для того щоб підтримувати високий рівень стресової активації на протязі більш тривалого часу, повинна бути задіяна додаткова психофізіологічна вісь стресової реакції. Ця вісь отримала назву реакції *«боротьби або втечі»*. Центральним органом, що приймає участь у цій реакції є мозковий шар надниркових залоз, внаслідок чого вона набуває як нейрогенний (завдяки залученню автономної нервової системи), так і ендокринний характер. Реакція *«боротьба–втеча»* розглядається як мобілізація організму, що підготовлює м'язи до дії у відповідь на загрозу, котра сприймається. Цей механізм дає можливість людині або боротися з загрозою, або втікати від неї. Гомеостатична, нейроендокринна реакція *«боротьба або втеча»* може бути активована у людини за допомогою *різноманітних психологічних впливів*, включаючи *різноманітні психосоціальні подразники*. Дорсомедіальна частина мигдалевидного тіла являє собою найвищий центр, що відповідає за виникнення реакції *«боротьби або втечі»* – функціонально дискретна психофізична вісь. З цього центру низхідний потік нервової імпульсації прямує до латеральної та задньої гіпоталамічних областей. Звідси нервові імпульси проходять далі через грудний відділ спинного мозку сходяться у черевному ганглії, а потім іннервують мозковий шар надниркових залоз.

Стимуляція мозкового шару призводить до виділення адреналіну і норадреналіну в систему кровообігу. Дія цих медулярних катехоламінів повинна посилювати генералізовану адренергічну соматичну активність людини. Тому з функціональної точки зору вона ідентична прямій симпатичній іннервації.

Специфічні соматичні зміни, котрі спостерігаються у людини і являють собою очевидний результат активації задньої частини мигдалевидного тіла і гіпоталамо-гіпофізарної вісі у відповідь на психосоціальні подразники можна звести до таких (рис.2.3.4):



Рис.2.3.4. Ефект стимуляції осі кори наднирникових залоз

Найбільш пролонговані соматичні реакції на стрес є результатом активації ендокринних осей. Існують три основні ендокринні вісі, котрі залучаються в стресову реакцію людини: адрено-кортикальна, соматотропна і тиреоїдна. Ці вісі не лише пов'язані з найдовшими фазами стресової реакції, але й потребують для активації більш інтенсивної стимуляції. Ці три ендокринні вісі людини можуть бути активовані за допомогою багаточисленних і різноманітних психологічних впливів, включаючи психосоціальні стимули.

Феномен загального адаптаційного синдрому дозволяє у сукупності прослідкувати значення ендокринних вісей при хронічному стресі. Загальний адаптаційний синдром підрозділяють на три стадії.

Перша стадія – це стадія бойової тривоги. Така реакція являє собою мобілізацію всіх захисних механізмів організму. Під час цієї фази ендокринна система відповідає активацією трьох вісей (рис.2.3.5):

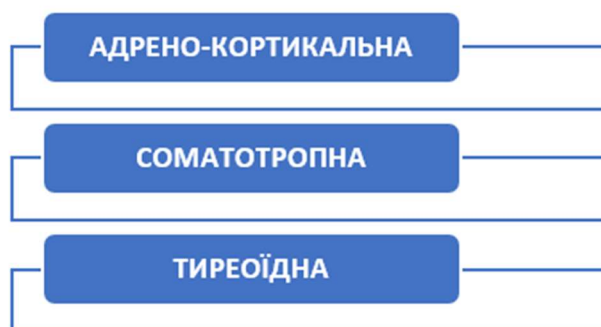


Рис.2.3.5. Ендокринні вісі

Проте провідне значення на цій стадії належить адрено-кортикальній системі. Наступна фаза називається стадією резистентності, на якій відбувається різке зниження активності процесів, характерних для фази занепокоєння. Ця стадія вирізняється високим рівнем соматичної резистентності. Вона виражає спробу організму підтримати стан гомеостазу в присутності стресора, котрий викликав фазу занепокоєння. Якщо вплив стресора буде продовжуватись, то у підсумку адаптивні механізми, що приймають участь у підтримці стадії резистентності, вичерпають себе. Тоді організм вступить у фінальну фазу – стадію виснаження. Тут організм ще раз запускає в дію генералізовану реакцію бойової тривоги. Три ендокринні вісі знову різко активізуються. В деяких випадках під великою загрозою може опинитися виживання організму.

Важливе значення для стресової реакції має задній гіпофіз. Він отримує нервові імпульси від супраоптичних ядер гіпоталамуса. Стимуляція, що надходить від цих ядер призводить до вивільнення гормону вазопресина (антидіуретичний гормон – АДГ) і окситоцина в систему кровообігу. АДГ діє на організм людини за допомогою збільшення проникності збираючих каналців, розташованих поряд за дистальними висхідними циліндрами в гломерулярних структурах нирок. Кінцевим результатом цього процесу є затримка води в організмі. Зокрема, у відповідь на негативні психологічні впливи спостерігається виражена тенденція до затримки води в організмі людини.

Переживання надмірного стресу може призвести до тяжких психічних станів і різних захворювань. Як зазначено вище, всі можливі вісі стресової реакції не можуть активізуватись одразу у однієї й тієї ж людини. Так само не реальним є вплив на всі можливі системи кінцевих органів на протязі однієї стресової реакції. Однак питання про спосіб, яким організм людини особливим чином обирає, на який саме орган і через яку вісь впливає стресова реакція, залишається відкритим для роздумів.

Поведінкова модель. Для того, щоб емоційні реакції набули патогенетичного значення, вони повинні бути інтенсивними або тривалими, або і тими й іншими одночасно. Фактори, від котрих залежить саме в якому органі виникнуть патологічні зміни є такі:

1. Генетичний фактор біологічної схильності органа до розвитку в ньому порушень внаслідок психофізіологічної активації.

2. Зовнішні фактори схильності органа до розвитку порушень внаслідок психофізіологічної активації. До них відносяться вплив харчування, інфекцій, фізичних травм.

3. Специфічні структури, залучені в процеси фізіологічної реактивності.

4. Ступінь залучення органу в психофізіологічну реакцію, котра характеризується інтенсивністю, частотою та тривалістю впливу на орган.

Психофізіологічна модель. Тенденція людини до аналогічних за своїм характером патернів психофізіологічних реакцій у відповідь на різноманітні стресуючі стимули визначаються як стереотипність реакцій.

Стереотипність реакцій уявляється як різновид теорій слабого органу психосоматичного захворювання. Немає чіткого визначення щодо зумовленості вибору органа генетично або цей вибір залежить від навчання, або є набутих наслідком хвороби або фізичної травми. Про те сам факт існування стереотипності реакції є недостатнім, щоб викликати захворювання.

Для розвитку негативних змін в органі стресова реакція повинна часто активуватись. Після того, як стереотипний орган зазнав через стресову реакцію психофізіологічного збудження, він повинен повернутись до вихідного рівня активності з деяким запізненням, що в дійсності і відбувається. Таке порушення гомеостазу є першою фазою захворювання.

Автономний вплив, що сповільнює дезактивацію органа, збільшує напругу в цій системі. Якщо будь-який кінцевий орган достатньо тривалий час піддається психофізіологічному перенавантаженню (надмірній стимуляції), то в цьому органі з часом будуть проявлятися ознаки патології або дисфункції (John T. Cassioppo, Louis G. Tassinary, Gary G., 2017).

Специфічні емоції продукують специфічні типи стресової реактивності. При агресії стресова реакція активує симпато-адреналову систему, тоді як при депресії і аутизації активується система передній гіпофіз – кора надниркових залоз.

Згідно теорії гіпокінетичного захворювання стресова реакція у сукупності з пригніченою фізичною активністю призводить до розвитку психосоматичних захворювань. Якщо стресова реакція викликається досить часто або підтримується тривалий час, то розвиток захворювання стає достатньо ймовірним. Чим довше дана система залучена у патерн емоційних реакцій, що розвиваються, тим вищою є ймовірність розвитку в ній психосоматичного розладу.

Будь-яка структура або функція організму може стати кінцевим ланцюгом психосоматичних явищ – в особливості ті, які безпосередньо іннервуються і регулюються автономною нервовою системою. Захворювання, які зазвичай вважаються пов'язаними зі стресом і найчастіше зустрічаються клініцисту представлені в таблиці 2.3.3.

Таблиця 2.3.3

Прояви надмірного стресу в системах організму людини

РОЗЛАДИ	ХВОРОБИ ТА ПРОЯВИ
Шлунково-кишкові розлади	Виразкова хвороба шлунку, дванадцятипалої кишки, неспецифічний виразковий коліт
Розлади серцево-судинної системи	Есенціальна гіпертонія, аритмії, мігренозні головні болі, хвороба Рейно
Розлади системи дихання	Алергії, бронхіальна астма, гіпервентиляція
Розлади скелетно-м'язової системи	Болі у м'язах, запалення кісток і м'язів, ревматоїдний артрит, остеоартроз
Шкіряні захворювання	Екзема, вугрові висипи, кропивниця і псоріаз
Розлади імунної системи	Лімфопенія, психосоматичні, інфекційні, утворення пухлин, переродження тканин

Психологічні прояви стресової реакції. Психологічними розладами, що найбільш часто пов'язуються з надмірним стресом, є такі (рис.2.3.6):

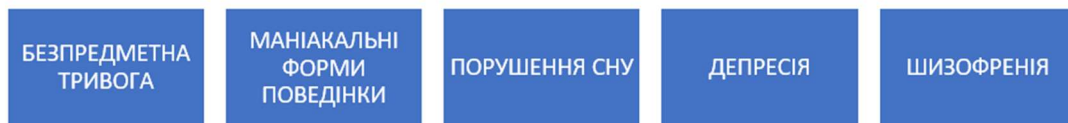


Рис.2.3.6. Психологічні розлади, що пов'язані з надмірним стресом

Як гострі, так і хронічні стресові епізоди пов'язані з розвитком безпредметної тривоги, а також маніакальною поведінкою без визначеної цілеспрямованості. Високий рівень симпатичної активності здатен викликати тривожні реакції. Така тривога може виникати в результаті симпатичної та пропріорецептивної імпульсації на кору головного мозку. Таким чином, генералізований ерго-тропний тонус може призводити до стану хронічної та безпредметної тривоги. Звичайна симпатична імпульсація з пропріорецептивним зворотнім зв'язком може сприяти виникненню таких станів збудження, як манія, тривога та безсоння. Пропріорецептивні імпульси, що виявляються в умовах подібних до високої напруги в скелетній мускулатурі, можуть сприяти розвитку тривожних реакцій.

З фізіологічної точки зору надмірне нервеве збудження, висхідне через ретикулярну активуючу систему до лімбічної області і неокортексу, призводить до виникнення неорганізованої і нефункціональної нервової імпульсації, що виявляється в наявності у хворого симптомів порушення сну, невизначеній тривозі, а іноді

й маніакальної поведінки. В кожному з трьох перерахованих прикладів активація психофізіологічної стресової реакції передуює появі дифузній безпредметній тривозі.

Стресуючі події, що призводять до уявлень про те, що будь-які зусилля є марними, а положення є безпомічним чітко пов'язуються з психофізіологічним стресовим збудженням. Афективним проявом, котре слідує за цим, і є депресія. Психологічні данні та аналіз соціальної поведінки також підтримують уявлення про те, що надмірний стрес, передуює депресивній реакції, а соціальні стресори можуть призводити до депресивних розладів. Також переживання стресу може призводити до такого захворювання як шизофренія. Згідно поведінкового підходу це захворювання розглядається як порушений адаптивний механізм втечі при зіткненні з провокуючою тривогу ситуацією. У хворих на шизофренію надмірний стрес мав значення, прискорюючи повторні госпіталізації. *Надмірний стрес може мати значення при різних психічних захворюваннях взагалі, а також і психопатій, зокрема, в залежності від індивідуальної схильності*. Питання щодо природи цієї схильності дотепер залишається відкритим.

Діалектика посттравматичного синдрому у військовослужбовців – учасників бойових дій. Посттравматичний синдром (ПТС) – це захисна реакція психіки, що розвивається внаслідок потужного психотравмуючого впливу загрозливого або катастрофічного характеру, що супроводжується екстремальним стресом. Основними клінічними проявами виступають повторні переживання елементів травматичної події в ситуації «тут і зараз» у формі флешбеків, сновидінь зі сценами жахів, що повторюються. ПТС супроводжується частіше тривогою та панікою, але можливо також гнівом, злістю, почуттям провини, безнадійності, прагненням уникати внутрішні та зовнішні стимули, що нагадують чи асоціюються зі стресором. Поява симптомів є суто індивідуальною і залежить від індивідних та особистісних особливостей людини. ПТС задіює лише ту сферу життя, де відбулась травматична подія. І хоча ПТС є частиною норми, проте потребує дослідження, аналізу і психологічних профілактичних заходів фахівця психолога.

У якості пускових факторів ПТС у військових виступають події, які здатні викликати дистрес – військові дії, виконання бойових завдань, терористичні акти, перебування у полоні, свідчення загибелі іншої людини, отримання звістки про несподівану чи насильницьку смерть близької людини. При ПТС працюють психологічні захисти. Психіка справляється зі стресом, намагаючись витіснити чи знецінити травмуючий досвід. Повертаючись із зони бойових дій, військовослужбовцю доводиться заново адаптуватися до мирних умов життя. Відчуття

внутрішнього дискомфорту призводить до переосмислення та розбудові моральних цінностей та світосприйняття. Найскладнішим для учасника бойових дій при поверненні до мирного життя є складне завдання смислотворення, переосмислення трагічного досвіду війни та коригування всієї системи сприймання життя.

До поведінкових особливостей ПТС у військовослужбовців, що перебували в зоні бойових дій відноситься конфліктність у сім'ї, з родичами, колегами по роботі, спалахи гніву, зловживання алкоголем та наркотиками. До проблем, з якими вони можуть стикнутися відноситься прояв демонстративної поведінки та підозрілість. Крім того, зазначаються: страх нападу ззаду; почуття провини за те, що залишився живий; ідентифікація себе з убитими.

Для учасників бойових дій характерні також емоційна напруженість та емоційна відособленість, підвищена дратівливість і агресивність, безпричинні спалахи гніву, напади страху та тривоги. Відзначаються яскраві «бойові» сни і нічні кошмари, що повторюються, нав'язливі спогади про психотравмуючі події, що супроводжуються важкими переживаннями, раптові сплески емоцій з «поверненням» до психотравмуючої ситуації (рис.2.3.7).

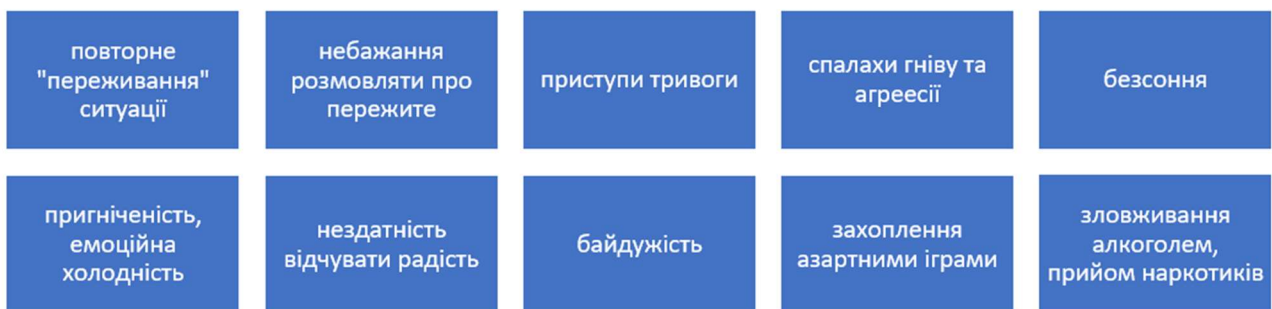


Рис.2.3.7. Основні симптоми ПТС у військовослужбовців – учасників бойових дій

Фізіологічні симптоми ПТС у військовослужбовців – учасників бойових дій представлені на рис.2.3.8.



Рис. 2.3.8. Фізіологічні симптоми ПТС у військовослужбовців – учасників бойових дій

Динаміка переживання посттравматичного стресу включає 4 етапи.

Перший етап, настає одразу після дії травмуючого фактора, психіка людини відмовляється сприймати те, що сталося. Ця фаза називається фазою «заперечення», чи шоку. Людина намагається втекти від надто болючих для неї переживань. Вона знає про те, що сталося, але не може прийняти це на емоційному рівні. Як правило, перший етап переживання посттравматичного стресу відносно нетривалий.

Другий етап – фаза агресії та провини. Поступово приймаючи втрату, людина починає звинувачувати в тому, що трапилося всіх у світі. Найчастіше після цього людина звертає агресію на саму себе і відчуває інтенсивне почуття провини. Такі переживання пояснюються спробою знайти справедливість у несправедливому світі. Після того як людина усвідомлює, що обставини сильніші за неї, настає третя фаза, яка виявляється в депресивних настроях.

Третій етап супроводжується почуттями безпорадності, покинутості, самотності. На цій фазі втрачається відчуття мети і життя позбавляється сенсу. Вкрай важливою на цьому етапі є ненав'язлива підтримка близьких. Крім того, людина у депресивному настрої швидко втрачає інтерес до спілкування.

Четвертий етап переживання посттравматичного стресу – фаза зцілення. Відбувається свідоме та емоційне прийняття свого минулого та набуття нового сенсу життя. Людина виявляється здатною взяти з того, що сталося, корисний життєвий досвід.

Висновки до підрозділу 2.3:

Дослідження стресових станів при ПТС у військовослужбовців – учасників бойових дій має бути поетапно структурованим і логічним.

Про наявність ПТС свідчать наступні симптоми у військовослужбовця на протязі місяця: не менше одного випадку вторгнення спогадів, не менше одного випадку уникнення, не менше двох випадків прояву надмірної збудливості та реактивності та не менше двох випадків когнітивних порушень та розлади настрою.

Вторгнення спогадів проявляється наступним чином:

- «Зворотні кадри», які знову і знову оживляють травмуючі події, що супроводжуються такими соматичними проявами, як прискорення серцебиття або потовиділення.

- «Важкі» сни.

- «Лякаючі» думки.

Такі спогади можуть негативно впливати на повсякденний перебіг життя військовослужбовця. Вони починаються з власних думок, відчуттів.

Слова, об'єкти та ситуації, що нагадують про травмуючу подію, також можуть спровокувати вторгнення спогадів.

Уникнення проявляється у небажанні відвідувати місця, події чи об'єкти, що нагадують про травмуючий досвід та у небажанні переживати думки та почуття, пов'язані з пережитою подією. Речі або ситуації, що нагадують про травмуючу подію, можуть спровокувати симптоми уникнення. Через такі симптоми людина може вносити корективи в організацію свого повсякденного життя.

Надмірна збудливість та реактивність виявляється у наступному:

- Швидке входження у тривожний стан.
- Відчуття знаходження «на межі».
- Проблеми зі сном.
- Спалах гніву, агресії.

У міру того, як інші симптоми виявляються під впливом факторів, що провокують, нагадують про травмуючу подію, симптоми збудливості характеризуються сталістю. Вони можуть бути причиною, через яку людина може відчувати стрес чи гнів.

Ці симптоми можуть ускладнити виконання повсякденних дій, зокрема, таких як сон, прийом їжі, концентрація уваги.

Когнітивні порушення та розлад настрою проявляються насамперед у наступному:

- Труднощі з утриманням у пам'яті ключових моментів подій, що травмують.
- Негативні думки про себе чи світ.
- Болісні відчуття, такі як почуття провини, несправедливості.
- Болісне переживання розуміння неможливості змінити або вплинути на хід подій.
- Втрата інтересу до діяльності, що приносила задоволення.

Когнітивні порушення та розлад настрою починаються або посилюються після травмуючої події. Під впливом таких симптомів людина відчуває відчуження.

Важливо розуміти, що не у всіх, хто перебував в ситуаціях загрози життю розвивається ПТС.

Схильність до ПТС може бути пов'язана з багатьма факторами, що підвищують або знижують ймовірність розвитку синдрому. Наприклад, деякі фактори – фактори ризику – підвищують ймовірність розвитку ПТС. Інші фактори, навпаки, знижують ризик його розвитку.

До факторів, що сприяють появі ПТС відносяться: пережиті загрозливі ситуації та несприятливі події, власні страждання або страждання та вбивство ін-

ших людей, відчуття безпорадності та сильного страху, відсутність підтримки після пережитого, зловживання психоактивними речовинами, алкоголем, додаткові стресові фактори (втрата роботи, житла, смерть близької людини, фізичні ушкодження, суперечки в родині, розчарування, не виправдання очікувань).

До факторів, що здатні підвищити стійкість до ПТС належать: визнання необхідності звернення за підтримкою, вміння позитивно сприймати власні події перед загрозою, наявність стратегії подолання негативних ситуацій або вміння прийняти обставини і зробити висновки та здібність до ефективного реагування на страх.

2.4. Дослідження афективних проявів у поведінці військовослужбовців –учасників бойових дій

Повномасштабна війна в Україні призвела до безпрецедентних психотравмуючих викликів. Травма, пов'язана з війною, становить загрозу життю чи здоров'ю, оскільки людина зазнає прямого насильства або стає свідком жорстокості. Безпосередній вплив війни є згубною життєвою подією, яка може призвести до довгострокових змін у психічному благополуччі, розладів психічного здоров'я та глибокого емоційного болю.

Умови війни призводять до погіршення психічного здоров'я значної частини населення. Війна негативно впливає як фізично, так і емоційно. Особливу групу ризику становлять військовослужбовці–учасники бойових дій. Їх досвід участі у бойових діях супроводжується високим рівнем стресового навантаження, яке зумовлює виникнення специфічних психологічних реакцій та призводить до змін емоційного стану й поведінкових реакцій.

Військовослужбовці–учасники бойових дій перебувають не лише в умовах постійної загрози життю, але й у просторі глибокої моральної, ціннісної, міжособистісної травматизації. Травматичний досвід, як правило, не обмежується однією подією, а формується під впливом сукупності повторюваних стресових ситуацій, що виникають упродовж певного періоду. Це особливо характерно для учасників бойових дій, які систематично зазнають травматичних подій під час військових операцій. Особливість травматичного досвіду полягає в його суб'єктивності: одна й та сама подія може по-різному впливати на різних осіб. Для одних наслідки можуть проявлятися у формі тривалого й інтенсивного емоційного болю, що може зберігатися протягом місяців або навіть років, тоді як інші здатні відновити внутрішню рівновагу у коротший термін і повернутися до звичного життя. Така варіативність реакцій на травму зумовлена індивідуальними психологічними ресурсами, попереднім життєвим досвідом та рівнем соці-

альної підтримки (Р. Тедескі, Б. Мур, К. Фальке, Д. Голдберг, 2025, с. 34).

Хоча процес відновлення після травматичних подій є природним та типовим для більшості осіб, у певної частини постраждалих можуть спостерігатися тривалі психологічні та психосоціальні наслідки. Такі порушення виявляються на різних рівнях функціонування особистості:

- ✓ емоційний рівень: відчуття самотності, гніву, смутку, тривожності; поширені явища панічних атак і нічних кошмарів;
- ✓ когнітивний рівень: труднощі у концентрації уваги, нав'язливі спогади про травматичні події, схильність до зациклення на їх окремих аспектах;
- ✓ поведінковий рівень: соціальна ізоляція, зниження апетиту, надмірна збудливість;
- ✓ фізичний рівень: хронічна втома, головний біль, соматичні прояви;
- ✓ соціальний рівень: зниження задоволеності міжособистісними стосунками, труднощі у збереженні близькості з членами сім'ї та соціальним оточенням.

Травматичні події мають значний емоційний, когнітивний, поведінковий, фізичний і соціальний вплив. Незалежно від того, чи це насильство, чи ситуація уникнення загрози смерті на полі бою, особи, які пережили травму, змушені активно боротися з її наслідками.

Психологічні наслідки травматичного стресу можуть призвести до посттравматичного стресового розладу. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це психопатологічний стан, який *може розвинутися після травматичної події*. Діагностичні критерії ПТСР поділяють на декілька категорії:

➤ Повторне переживання травматичного досвіду. Після психотравмуючої події людині складно дистанціюватися від пережитого. Симптоми включають нав'язливі думки, нічні кошмари, флешбеки, а також епізоди часткової «відключеності» від реальності. У клінічній практиці цей феномен часто ілюструють прикладом військовослужбовця, який, почувши гучний звук, сприймає його як постріл і мимоволі «переноситься» у ситуацію бойових дій.

➤ Симптоми уникнення. Характеризуються намаганням уникати будь-яких нагадувань про травматичну подію, небажанням говорити або думати про неї, а також прагненням дистанціюватися від місць, людей чи ситуацій, які асоціюються з пережитим.

➤ Негативні зміни у когнітивній сфері та настрої. До цієї категорії належать стійке відчуття смутку, негативні переконання щодо себе та інших, відчуження від близьких, зниження здатності відчувати позитивні емоції. У такий спо-

сіб підкреслюється, що депресивний компонент є невід'ємною складовою ПТСР.

➤ Підвищене збудження та реактивність. Ця група симптомів охоплює дратівливість, прояви агресії, порушення сну, підвищену тривожність і відчуття постійної загрози. Вони виражаються у стані гіперпильності, надмірної напруженості та нервозності (American Psychological Association, 2022).

Ці симптоми можуть доповнюватися іншими проявами, залежно від індивідуально-психологічних особливостей людини та специфіки травматичного досвіду.

У діагностичних класифікаціях, зокрема DSM, описано значно ширший спектр симптоматики, проте на практиці фахівці з психічного здоров'я відзначають й інші труднощі, які не входять до переліку критеріїв, але суттєво впливають на якість життя. Важливо підкреслити, що у клінічній картині ПТСР симптоми проявляються неоднозначно: одні проявляють переважно ознаки уникнення, інші – порушення сну, дратівливості чи виражених афективних реакцій. ПТСР нерідко поєднується з великим депресивним розладом, генералізованим тривожним розладом, панічним розладом, а також із високим рівнем зловживання психоактивними речовинами й соматичними порушеннями. Це свідчить про комплексний характер ПТСР і зумовлює необхідність цілісного, міждисциплінарного підходу до лікування та підтримки психічного здоров'я людини (Р. Тедескі, Б. Мур, К. Фальке, Д. Голдберг, 2025, с. 61–62).

Протягом останніх років особлива увага психотерапії травми зосереджена на посттравматичному стресовому розладі, оскільки він є одним із найбільш поширених психічних наслідків травматичного досвіду та може виникати у будь-якої людини, яка зазнала дії травмуючих подій. Водночас ПТСР не є єдиним можливим результатом травми: у більшості людей, які пережили екстремальні ситуації, клінічно значущий розлад не формується. Навіть у випадках діагностованого ПТСР цей стан не є незмінним. За належної підтримки та психотерапевтичної роботи можливе поступове зниження симптоматики та відновлення. Важливо підкреслити, що наявність ПТСР не виключає ймовірності посттравматичного зростання. Більше того, саме процес подолання наслідків травматичного досвіду може стати основою для особистісного розвитку та формування нових життєвих смислів (Р. Тедескі, Б. Мур, К. Фальке, Д. Голдберг, 2025, с. 64).

Посттравматичне зростання визначається як процес позитивних змін, які відбуваються внаслідок переживання глибоких кризових ситуацій (Tedeschi, Calhoun, 2004). Цей феномен характеризується тим, що людина, яка зіткнулася з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), знаходить нові способи осмис-

лення свого досвіду, що призводить до якісно іншого рівня функціонування, порівняно з дотравматичним. Модель посттравматичного зростання, запропонований R. Tedeschi та L. Calhoun, описується як екстремальна подія, яка руйнує базові переконання людини про себе та світ, перериває безперервність особистісного наративу й робить звичні способи подолання стресу (психологічні захисти, копінг-стратегії) неефективними. Відповідь людини на травму зазвичай включає процес осмислення події та переоцінки життєвих цінностей, що сприяє формуванню адаптивних стратегій подолання: травматична подія → кризова реакція (шок, дистрес, ПТСР-симптоми) → осмислення травми (переоцінка життєвих цінностей) → адаптивні стратегії подолання → формування нового бачення себе і світу → посттравматичне зростання. Цей процес дає можливість людині інтегрувати свій травматичний досвід і поступово формувати нове бачення себе та світу, що в результаті може призвести до посттравматичного зростання.

Посттравматичне зростання може проявлятися у формі позитивних змін у самосприйнятті, міжособистісних стосунках та життєвій філософії, що, у свою чергу, сприяє підвищенню самосвідомості та впевненості в собі, більш відкритому ставленні до інших, глибшій оцінці життя та виявленню нових можливостей (Tedeschi, Calhoun, 1996). У соціальному дискурсі як негативний, так і позитивний досвід завжди розглядався як рушійна сила змін.

У військовій країні все частіше можна почути: «Я не був би тим, хто я є сьогодні, якби не пережив того жахливого досвіду». Це люди так формують свій шлях виходу з травми. Вони помічають, що, крім страждань і болю, усвідомлення досвіду робить їх сильнішими. Особистісні ресурси – життестійкість, самоефективність, резильєнтність та емоційна стабільність – відіграють ключову роль у формуванні стресостійкості та посттравматичного зростання серед українців, постраждалих від війни. Адаптивний потенціал людини полягає у здатності трансформувати страждання в ресурс зростання навіть в умовах активного воєнного конфлікту. Це дає змогу розробляти цілеспрямовані психологічні інтервенції для підвищення стійкості й психологічного добробуту постраждалих.

Як зазначає Р. Тедескі, емоційна регуляція – це один з основних елементів посттравматичного зростання. Щоб зростати, потрібно бути в «правильному» настрої. У військовослужбовців – учасників бойових дій накопичений травматичний досвід часто виступає каталізатором посттравматичного зростання. Хоча подібний досвід не є винятковим лише для військових, саме в цій групі він виявляється найбільш поширеним та інтенсивним, особливо у випадках безпосередньої участі

в бойових діях (Р. Тедескі, Б. Мур, К. Фальке, Д. Голдберг, 2025, с. 68).

С. Декель, Т. Ейн-Дор та З. Соломон, досліджуючи ізраїльських ветеранів, виявили, що вищий рівень симптомів ПТСР у 1991 році був предиктором більш вираженого посттравматичного зростання у 2003 році, а підвищений рівень ПТСР у 2003 році – передумовою зростання у 2008 році (Dekel et al., 2012). Водночас слід зауважити, що ветерани перебували під належним психотерапевтичним та медичним супроводом, що дозволяло подолати симптоматику та сприяло формуванню позитивних змін.

О. Мельник, С. Лукомська, досліджуючи українських ветеранів війни упродовж 2015-2019 років виявили, що учасники бойових дій віком від 31 до 45 років характеризуються високим індексом посттравматичного зростання: високі показники виявлено у 58,3% досліджуваних, тоді як низькі – лише у 8,9%. Найменш вираженими у цій віковій групі є духовні зміни (високі показники зафіксовано лише у 29,2%, низькі – у 38,1%), натомість найбільш значущими є «підвищення цінності життя» (високі бали – у 45,5%, помірні – у 40,3%) та «нові можливості» (відповідно 44,1% і 34,3%). Для учасників бойових дій старших за 45 років характерна відсутність високих показників за будь-якою зі шкал посттравматичного зростання. Найбільш вираженими у них виявилися середні значення за шкалами «сила особистості» (51,6%) та «підвищення цінності життя» (64,4%), тоді як за іншими шкалами переважають низькі показники. Загалом більшість представників цієї вікової групи характеризуються помірним рівнем посттравматичного зростання. (Мельник О. В., 2019, с. 83-84). Отже, дослідження посттравматичного зростання після важливих життєвих подій показали, що чинники, які сприяють посттравматичному зростанню, різняться залежно від травми. Зокрема, не сама травма є каталізатором змін, а раптовий розпад фундаментальних припущень людини та когнітивний процес, пов'язаний з відновленням функціональних припущень (Е. Senol-Durak, М. Di Tella, А. Romeo, 2023). Разом із тим, посттравматичне зростання не виключає появи емоційних стресів та розладів. Травмовані ветерани часто відчувають себе «не зрозумілими» у суспільстві, а їхній емоційний досвід створює бар'єр між ними та соціальним оточенням.

Військовослужбовці–учасників бойових дій, які повернулися з фронту, можуть переживати надто важкі травматичні емоції. Екстремальні умови, високе фізичне й психологічне напруження призводять до виникнення специфічних емоційних станів, серед яких особливе місце посідають афективні прояви.

Військові часто переживають дисрегуляцію афектів – порушення здатності

керувати своїми емоціями. Проявляється це у раптових спалахах гніву або нападів, повній емоційній відключці; у непередбачуваних змінах настрою; у складності вираження почуттів словами; у гіперпильності або надмірній тривожності.

Афект як короточасний, але надзвичайно інтенсивний емоційний стан, може виконувати як мобілізуючу функцію (швидка реакція на небезпеку, рішучість у критичній ситуації), так і деструктивну (імпульсивні вчинки, агресія, втрата контролю). Саме тому дослідження афективних проявів у поведінці військовослужбовців є важливим для розуміння механізмів адаптації та дезадаптації у бойових та післябойових умовах.

Дослідження афективних проявів має важливе значення для профілактики психологічних розладів та розробки ефективної системи психологічної допомоги. У цьому контексті особливого значення набуває концепт інтерсуб'єктивної підтримки, що ґрунтується на емпатії, діалозі та автентичному контакті. Поняття інтерсуб'єктивності активно розробляється у феноменологічній (Е. Husserl, А. Schutz), психоаналітичній (R. Stolorow, D. Orange) та гуманістичній психології (С. Rogers), де інтерсуб'єктивність трактується як процес спільного конструювання сенсу.

Роберт Столороу у своїй праці «Травма та людське існування» (Stolorow, 2007) застосовує феноменологічно-контекстуалістичний підхід у межах теорії інтерсуб'єктивних систем. Зосереджуючись на афективному вимірі, він аналізує вплив травматичного досвіду на особистість. Зокрема, травма розглядається як досвід нестерпного афекту, наслідками якого є глибоке відчуття самотності та ізоляції, втрата «абсолютизму» повсякденності, порушення сприйняття часу (тимчасовості), зниження відчуття буття (онтологічне несвідоме).

У межах теорії інтерсуб'єктивних систем, у якій афект розглядається як центральний для розуміння людської психіки та міжособистісних взаємозв'язків, травма визначається як досвід нестерпного афекту. При цьому сама подія або тілесні відчуття, що виникають під час травматичної ситуації, не розглядаються як травма. Як зазначає Р. Столороу, «Біль – це не патологія» (Stolorow, 2007, с. 10). Джерелом патологічних наслідків, на його думку, є нездатність витримати афективний досвід, пов'язаний із травмою. Такий досвід потребує опрацювання у взаємодії з іншими людьми для того, щоб бути інтегрованим у світ особистісного досвіду. Оскільки афекти та емоції виникають у міжсуб'єктивному полі, тривожні переживання вимагають процесу, який Столороу визначає як «налаштування» з боку іншої людини чи спільноти. Це «налаштування» полягає у відчутті зрозумілості

та прийняття, коли надмірний афект розділяється з іншим у «контексті утримування». Саме в такому контексті афективний досвід отримує можливість бути «інтегрованим». За відсутності налаштування з боку іншого, людина не здатна витримати інтенсивний емоційний стан і змушена шукати неадаптивні способи його регуляції, що найчастіше проявляється у формі дисоціації.

У випадках, коли травма виникає в ранньому дитинстві, неінтегровані афективні переживання можуть зберігатися у соматизованій, невербалізованій формі. Натомість у підлітковому та дорослому віці, за наявності мовних ресурсів для вербалізації емоцій, але за неможливості інтегрувати певний травматичний досвід, такі неінтегровані стани почуттів можуть проявлятися як дисоціативні або соматизовані феномени. Лише в процесі їх вербалізації у взаємодії з іншою людиною стає можливим їх інтегрування у структуру особистісного досвіду.

Буланже опирається на сучасні варіації теорії об'єктних відносин і використовує такі поняття, як «часткові об'єкти переслідування», для опису того, як травма впливає на структуру та функціонування свідомості. Її підхід акцентує увагу не стільки на безпосередній феноменології травматичного стану, скільки на наслідках інтерналізованих об'єктних стосунків, які формують внутрішній світ травмованої особи. У цьому контексті Буланже демонструє, що травма може призвести до появи в психіці фрагментованих і переслідувальних внутрішніх об'єктів, що істотно ускладнює інтеграцію досвіду та афективну регуляцію (Boulanger, 2007).

Бромберг розглядає травму не стільки як саму подію, скільки як домінуючий афект, що виникає у зв'язку з цією подією. Центральним у його підході є поняття дисоційованого «не-я». На думку Бромберга, травма виникає тоді, коли міжособистісна система не здатна забезпечити необхідну емоційну стійкість, що призводить до глибокого порушення афективної саморегуляції (Bromberg, 2003).

Емоційні реакції, пов'язані з бойовим досвідом, нерідко породжують глибоке відчуття відчуженості, самотності та, як наслідок, сорому. Сором посідає центральне місце в інтерсуб'єктивній теорії, особливо в контексті травматичного досвіду. За відсутності налаштування з боку значущих інших особа, що стикається з інтенсивним афектом, може натомість переживати заперечення. Таке неприйняття спричиняє виникнення інтенсивного сорому та відчуття «незвичайності й самотності».

Столороу виокремлює різні прояви так званої «сім'ї сорому» (Stolorow, 2010). Зокрема, сором, зумовлений неможливістю знайти «споріднений дім» для

тривожних афектів, набуває особливого значення для військовослужбовців, адже суспільні очікування часто передбачають від них стримування проявів болю. Водночас, на думку Столороу, навіть за наявності підтримуючого середовища певні травматичні переживання можуть виявитися надто екстремальними.

Як і Р. Столороу, Бромберг розглядає сором як ключовий фактор, що часто зумовлює дисоціацію та ускладнює взаємодію (Bromberg, 2003). Бромберг підкреслює універсальність і поширеність дисоціативних процесів та множинних станів самості, притаманних кожній людині. Столороу, використовуючи феноменологічний підхід, описує низку можливих наслідків нестерпних травматичних емоційних переживань. Одним із ключових ефектів він називає «втрату абсолютизмів повсякденного життя» (Stolorow, 2007, с. 15). Це відчуття, що після травматичної події, яку неможливо інтегрувати у власний досвід, світ сприймається як назавжди змінений. Столороу описує цей процес як «руйнування емпіричного світу». З цим також пов'язана втрата «здорового заперечення» або абсолютизму – тих дрібних ілюзорних переконань, які допомагають людині зменшувати тривогу та підтримувати уявлення про світ як передбачуваний і безпечний.

Цей феномен особливо помітний у військовослужбовців, які брали участь у бойових діях. Для них втрата «абсолютизмів» проявляється у спотворенні уявлень про базову безпеку: буденні звуки чи ситуації (гучний стук, шум транспорту, скупчення людей) можуть сприйматися як потенційна загроза. Таке бачення світу як небезпечного й непередбачуваного руйнує звичні патерни реагування та спричиняє глибокі зміни в мисленні, сприйнятті себе та взаємодії з оточенням.

За словами Столороу, людина, яка пережила травматичний, нестерпний афект унаслідок жахливої події, більше не сприймає світ безпечним. Вона відчуває його небезпеку на рівні глибинного переживання. Для травмованої людини ілюзії безпечного та передбачуваного існування руйнуються, створюючи відчуття прірви між її новою реальністю та життям інших (с. 14). Втрата базової безпеки породжує глибоке відчуття відокремленості, ізоляції та самотності – стан, який Столороу описує як «відчуженість та самотність» (Stolorow, 2007, с. 14).

Надалі у своїх працях про феноменологію травми Столороу описує те, що він називає «онтологічним несвідомим». Ця концептуалізація чітко окреслює несвідомі наслідки травми, а саме втрату відчуття буття, яка виникає внаслідок порушення здатності виражати словами травматичні емоційні переживання.

Столороу (2007) зазначає, що афекти вперше переживаються дітьми як соматичні стани, і стають чіткими, усвідомленими емоціями лише за допомогою

спілкування та взаємодії з дорослими. Тобто, усі афекти визначаються в контексті стосунків з іншими або інтерсуб'єктивно. У разі відсутності емоційної налаштованості з іншими травмована людина поступово втрачає відчуття контексту та власної присутності. Після травматичної події цей процес посилюється, адже емоційний досвід невіддільний від контексту, а здатність до емоційної взаємної налаштованості з оточенням становить фундаментальну основу цілісності «Я».

Звісно, Столороу не єдиний дослідник, який розглядає травму з психоаналітичної перспективи, але він один із небагатьох, хто систематично аналізує травми, що виникають у дорослому віці. Історично більшість психоаналітичних праць про травму зосереджувалася на наслідках дитячих травм, із деякими винятками, зокрема Фрейда (Freud, 1955) та Фейрберна (Fairbairn, 1952), які також вивчали травми, що пов'язані з бойовими діями. Інші науковці наголошували на формуванні певних розладів у процесі розвитку, які в дорослому віці могли проявлятися, наприклад, як «бойові неврози» (Boulanger, 2007). Людина, яка пережила травму в дорослому віці, може відчувати онтологічний несвідомий стан у вигляді емоційного виснаження, нечітких соматичних проявів, депресивних чи інших дисоціативних станів або втрати життєвої енергії. Цей короткий огляд свідчить, що більшість сучасних дослідників травми, попри приналежність до різних психоаналітичних парадигм, виділяють низку спільних рис. Передусім, йдеться про важливу роль міжособистісних стосунків для травмованого індивіда. Саме стосунки можуть зменшувати деструктивні наслідки травматичного досвіду та водночас забезпечувати умови для його поступового опрацювання в психотерапевтичному процесі.

Другою об'єднавчою рисою є зосередження на важливості мови. Вміння висловити травматичний досвід словами розглядається як один із ключових механізмів його інтеграції та трансформації. Пошук слів для вираження «невимовного» афекту створює простір для його спільного переживання та осмислення.

Третім спільним положенням є визнання дисоціації як первинної та універсальної реакції психіки на надмірний, нестерпний афективний тиск, що супроводжує травматичні події.

Травматичні події можуть зруйнувати основні фундаментальні переконання людини про себе, інших та світ загалом, унаслідок чого виникає потреба у переосмисленні та перебудові базової системи переконань. З точки зору інтерсуб'єктивного підходу, терапевтичний альянс є взаємним процесом взаємодії двох суб'єктів, де вирішальну роль відіграє здатність психотерапевта сприймати клієнта в його унікальності та вразливості. Його основними засадами виступають:

- емпатія – глибоке співпереживання та здатність резонувати з афективним досвідом клієнта;
- присутність – уміння бути поруч у моменті, підтримуючи без слів і тиску;
- чутливість до безпеки/небезпеки – усвідомлення того, що для кожного клієнта може бути ресурсом або загрозою, та відповідне налаштування простору;
- визнання власних обмежень психотерапевта – здатність залишатися автентичним, визнаючи межі власних знань і можливостей, що, у свою чергу, підсилює довіру клієнта.

У такій перспективі терапевтичний альянс виходить за межі інструментального «засобу лікування» і розглядається як простір справжньої міжособистісної зустрічі, де відбувається відновлення суб'єктивності клієнта та інтеграція його травматичного досвіду.

Існує багато моделей короткострокової психодинамічної психотерапії, більшість із яких ґрунтуються на класичній его-психологічній концепції. Серед визначних сучасних підходів можна виділити реляційний підхід (Safran & Muran, 2000), міжособистісні моделі (Strupp & Binder, 1984; Levenson, 1995) та афектно-орієнтований підхід Fosha (2000). Як зазначає Bloom (1992), у короткостроковій психотерапії можна визначити п'ять загальноприйнятих компонентів:

- 1) швидке втручання (оперативне реагування на потреби клієнта);
- 2) відносно високий рівень активності психотерапевта (активне залучання у процес підтримки та моделювання інтеграції досвіду);
- 3) визначення конкретних, але обмежених цілей (фокусування та зосередження на актуальних проблемах);
- 4) визначення та підтримання чіткого фокусу під час психотерапевтичних сесій;
- 5) встановлення часових обмежень, (регламентування тривалості) (с. 4–5).

Попри те, що кожна форма короткострокової психотерапії, незалежно від її теоретичної спрямованості, по-різному інтерпретує ці компоненти, їх аналіз через інтерсуб'єктивний підхід дає можливість виділити особливості психотерапевтичної моделі, запропонованої Расселом Б. Карром (Carr, R.B., 2011, 2012). Ця модель включає: початкову консультацію та укладення угоди; подолання сорому на ранніх етапах психотерапії; сесії про феноменологію травми; пошук інтерсуб'єктивного ключа разом із клієнтом; забезпечення рідного дому (розуміння та підтримки); завершення психотерапії та подальший розвиток клієнта і психотерапевта. На кожному з цих етапів, де це доречно, застосовуються п'ять принципів короткострокової психотерапії, описаних Bloom (1992).

Етап 1. Первинна консультація та згода на психотерапію.

На цьому етапі важливо забезпечити активне включення клієнта у терапевтичний процес, створити початковий рівень довіри та підготувати клієнта до подальшої роботи з емоційними переживаннями та афектами. Протягом усього процесу психотерапевт має залишатися проактивним, передбачати та долати потенційні «перешкоди».

Традиційні психоаналітичні підходи, які дозволяють клієнту самостійно відкривати терапевтичний процес через власний аналіз, можуть уповільнювати роботу в короткостроковій терапії. Такі чинники ускладнюють застосування короткострокового підходу для багатьох психотерапевтів, які дотримуються більш пасивної позиції (Bloom, 1992).

Через короткостроковий характер психотерапії важливим є не лише швидкий етап оцінювання, але й перевірка критеріїв виключення. Під час первинної консультації слід з'ясувати:

- наявність суїцидальних намірів;
- діагноз і його зв'язок з травмою;
- супутні психічні або соматичні захворювання, включно з можливим зловживанням психоактивними речовинами;
- наявність травми розвитку на додаток до травми дорослого віку;
- ознаки черепно-мозкової травми;
- мотивацію клієнта до психотерапії.

У разі виявлення таких чинників зазвичай рекомендується більш триваліший курс психотерапії. Водночас рівень мотивації клієнта виступає визначальним чинником ефективності психотерапевтичного процесу. Мотивація може змінюватися протягом початкового сеансу або під час терапевтичного процесу, оскільки клієнт оцінює, чи здатний психотерапевт допомогти йому подолати травматичні переживання.

Психотерапевт має розпочинати роботу з позиції, заснованої на «емпатичному самоаналізі та усвідомленні власних обмежень» (Orange, 2006).

Під «погіршностями» розуміється скромність терапевта щодо обмеженості власних знань про травму, які зазвичай ґрунтуються на навчанні, попередньому досвіді роботи з травмованими клієнтами або особистому травматичному досвіді. Визнання цих обмежень запобігає «кон'юнкції» – ситуації, коли психотерапевт вважає, що вже знає про досвід клієнта, і не здатний адекватно дослідити його унікальну суб'єктивність.

Психотерапевт «навчається у клієнта», оскільки феноменологічно-контекстуалістичний підхід передбачає, що переживання травми кожною людиною є унікальним. При цьому він має бути відкритим до зміни власного розуміння травми через діалог з клієнтом та емпатичну інтроспекцію.

Травматичний досвід військовослужбовця вимагає особливої емпатії. Якщо психотерапевт не мав бойового досвіду, власний інший травматичний досвід може слугувати відправною точкою для емпатичного розуміння. Усвідомлення та утримання власного травматичного досвіду допомагає зменшити початкове роз'єднання, коли клієнт сумнівається у здатності психотерапевта зрозуміти специфіку бойових переживань.

На початкових етапах психотерапії важливо повідомити клієнту, що психотерапевт має певне розуміння травматичного досвіду, наприклад, через особисте життя чи роботу з іншими травмованими людьми. Це сприяє формуванню у клієнта відчуття, що його емоції можуть бути зрозумілі та підтримані. Психотерапевт повинен підкреслити, що він буде поруч із клієнтом як «інша людина», допомагаючи пережити емоційні травми.

На цьому етапі розпочинається більш детальний навчальний процес, спрямований на інтерсуб'єктивне розуміння афекту та травми. Це дає можливість клієнту отримати уявлення про те, чого очікувати, оскільки більшість військовослужбовців раніше не мали такого досвіду або проходили інші форми лікування. У межах цього процесу відбувається обговорення цілей, які мають бути взаємно узгоджені, чітко визначені та досягнуті протягом обмеженого часу. Водночас формується емоційний зв'язок, у межах якого травматичний досвід клієнта починає переноситися, опрацьовуватися та інтегруватися.

Часткове задоволення загальних очікувань клієнта щодо покращення є типовим для короткострокової терапії. Подібно до інших короткотермінових психодинамічних підходів (Horowitz та ін., 1984; Sifneos, 1981), ця терапія спрямована на «ініціювання процесу покращення», що у цьому контексті означає початок інтеграції емоційної травми, яка продовжуватиметься протягом місяців або навіть років після завершення курсу.

Етап 2. Подолання сорому на ранніх етапах психотерапії.

Цей етап є одним із найскладніших і, потенційно, найдовших у короткостроковій психотерапії військовослужбовців. Саме сором є ключовою перешкодою для включення у психотерапевтичний процес. Робота з почуттям сорому має розпочинатися вже з першої консультації та супроводжувати клієнта протягом усього курсу.

Форми звернення до сорому включають:

- визнання цього почуття та його вербалізацію;
- допомогу клієнту у вираженні сорому словами;
- нормалізацію переживань, беручи до уваги обставини, в яких вони виникли;
- обговорення організаційного принципу, який лежить в основі сорому (наприклад: «Я не чоловік, якщо не можу витримати...., як мої друзі»).

Завдання психотерапевта полягає у тому, щоб допомогти клієнтові спочатку подолати сам сором, а вже потім опрацьовувати травматичні емоції.

Як зазначає Столороу (2007), сором є вторинною емоцією, яка виникає тоді, коли травматичні переживання не знаходять «рідного дому» у міжсуб'єктивному просторі.

У військовослужбовців причини сорому можуть бути різними:

- ✓ участь у надмірному насильстві;
- ✓ усвідомлення суб'єктивної погрішності, яка завдала шкоди іншим;
- ✓ переживання медичної евакуації;
- ✓ негативний вплив травматичних емоційних станів на стосунки;
- ✓ звільнення з військової служби за медичними показаннями (наприклад, через ПТСР);
- ✓ відчуття неспроможності виконувати свої професійні обов'язки.

Більшість військовослужбовців пишаються своєю службою та здатністю діяти у складі команди, тому будь-яке відчуття «неспроможності» або «зради» цієї ролі різко підсилює сором. У випадках, коли цей афект формує значний опір психотерапії, може виникнути потреба у продовженні курсу, навіть попри первинно короткостроковий формат.

Почуття сорому, що виникають у самого психотерапевта, або ненавмисне присоромлення клієнта можуть значно ускладнювати терапевтичний процес.

Психотерапевт може відчувати провину чи сором, усвідомлюючи страждання військового, який захищає нашу країну.

Принципова відмінність у роботі з військовими травмами, порівняно з цивільними, полягає у специфічній ролі клієнта у насильстві: військовослужбовець може бути одночасно і жертвою, і виконавцем насильницьких дій. Більше того, у деяких випадках докори сумління через заподіяну шкоду або вбивства у бойових умовах можуть бути мінімальними, а розповіді клієнта супроводжуватися навіть відчуттям задоволення від самого факту насильства. Для психотерапевта це може бути справжнім випробуванням і провокувати дистанціювання чи оці-

нювальні реакції. Проте саме такі реакції – відсторонення чи осуд – і є проявами неналаштованості, які початково спричинили травматичний стан клієнта.

У подібних ситуаціях психотерапевт має утримувати фокус на розумінні контексту бойового насильства та емоційного досвіду клієнта, виходячи з позиції емпатичного самоаналізу. Оскільки розповіді про бойові дії часто є психологічно виснажливими, психотерапевт повинен мати власну психологічну підтримку. Це необхідно для зниження ризику вторинної травматизації та попередження можливості ненавмисного присоромлення клієнта.

Ще одним джерелом сорому у клієнта є ситуація, коли психотерапевт мінімізує його травматичний досвід. Це може проявлятися у сумнівах щодо описаних бойових подій для спричинення вираженого дистресу. Подібні реакції ігнорують сутність травматичного досвіду.

Варто зазначити, що під час служби у зоні бойових дій військовослужбовці зазнають різного ступеня впливу насильства, проте сам факт контакту з ним ще не є травмою. Як зазначає Столорю (2007), травма полягає у специфічному афективному досвіді, що виникає внаслідок події, та у відсутності можливості інтегрувати цей досвід у міжсуб'єктному просторі. Відтак психотерапевт, який нехтує цим розумінням, ризикує ненавмисно викликати у клієнта почуття сорому.

Скептична позиція щодо інтенсивності симптомів також може породжувати сумніви у перебільшенні чи симуляції з боку клієнта задля вторинної вигоди. Водночас така реакція часто відображає не об'єктивний стан клієнта, а перенавантаження самого психотерапевта чи прояви його вторинної травматизації.

Уривок із сесії:

К: Мені справді потрібно зізнатися в цьому, але я боюся комусь розповісти.

П: Чого ти боїшся?

К: Я робив жахливі речі, можливо, воєнні злочини. Я боюся, що мене судитимуть, якщо я буду про це говорити.

П: Мабуть, вам це дуже важко. Я хочу вас запевнити, що я тут для того, щоб допомогти вам. Я не знаю вашого конкретного досвіду, але я допомагаю багатьом солдатам. Що ми можемо разом зробити, це зрозуміти ваш досвід і допомогти вам відновити зв'язок з іншими людьми, розпочинаючи з мене. Однією з поширених проблем, яку описують люди, що пережили жахливу травму, є втрата відчуття часу.

Відчуття нерозуміння з боку інших може бути зумовлене тим, що певна частина психіки людини залишається фіксованою у травматичному досвіді минулого, що ускладнює повноцінний контакт із теперішнім.

Аналіз сесії з акцентом на психологічну роботу з афективними проявами та травматичним досвідом клієнта:

1. Суть проблеми клієнта:

- клієнт переживає глибокий страх осуду та юридичної відповідальності за свій досвід під час війни;
- виникає важкий афективний стан: почуття провини, сорому, страху та внутрішньої загрози;
- це класичний прояв ПТСР/травми, де минулі події створюють високий рівень психоемоційного дистресу і порушують контакт із теперішнім.

2. Реакція психотерапевта:

- прийняття та верифікація емоцій: терапевт визнає складність переживань клієнта (“Мабуть, вам це дуже важко”);
- збереження безпечного простору: підкреслює, що його мета – допомогти, а не осуджувати;
- нормалізація досвіду: психотерапевт говорить, що його підтримка є поширеною для людей із травмою, і що досвід у кожного різний;
- фокус на відновленні контакту із собою та іншими: введення концепції втрати відчуття часу як частини травматичного переживання.

3. Психологічні механізми:

- клієнт демонструє сором, провину, страх;
- психотерапевт використовує емоційну регуляцію через підтримку та емпатію, що допомагає знизити інтенсивність афекту;
- згадка про “частину, що застрягла у минулому” – техніка дисоціації часу, що пояснює феномен відчуження від теперішнього.

4. Особливості роботи з військовими:

- страх відповідальності за бойові дії часто посилює самоосуд та сором, що ускладнює взаємодії;
- важливо зберігати безпечний простір, не примушуючи до зізнань, але спрямовуючи на осмислення та інтеграцію досвіду;
- концепція “відновлення зв’язку з іншими людьми” є ключовою для соціальної та емоційної ресоціалізації.

Етап 3. Сесії, присвячені феноменології травми.

На цьому етапі увага зосереджується на розумінні суб’єктивного досвіду травми клієнта. Частково цей етап включає психоосвіту, проте її значення тут не є основним. Основна мета полягає у дослідженні впливу травматичного емоцій-

ного досвіду на життя людини. Усвідомлення сорому дає відчуття безпеки та відкритість для аналізу травматичних емоційних переживань. Як зазначає Столороу, існують загальні суб'єктивні переживання травми, які допомагають терапевту зрозуміти досвід клієнта. У рамках короткострокової психотерапії психотерапевт не може залишатися пасивним, очікуючи, що ці переживання самі проявляться. Натомість їх слід активно обговорювати та знаходити під час роботи із соромом. Роль психотерапевта полягає у тому, щоб презентувати клієнту можливі феноменологічні аспекти травматичного досвіду і дослідити, наскільки вони співзвучні з власним досвідом клієнта. Такий підхід нагадує психоосвіту, проте ключова відмінність полягає в тому, що твердження подаються не як універсальна істина, а як потенційні прояви травматичного досвіду.

Цей підхід сформульований з емпатійної позиції та орієнтацією на навчання. З військовослужбовцями такий підхід часто відкриває те, що раніше було небезпечними або загрозливим. Хоча описи Столороу можуть не повністю збігатися з індивідуальним досвідом клієнта, вони слугують відправною точкою для діалогу, дозволяючи «накласти мову» на переживання та емоції, які раніше були недоступними для вербалізації. Таким чином, феноменологічні описи є однією з ключових ідей Столороу щодо травматичних переживань. Вони дають змогу зрозуміти травмований світ клієнта та розпочати конструктивний діалог про його досвід.

Є багато прикладів того, як травмований військовий персонал переживає феноменологічні аспекти (Stolorow, 2007). Наприклад, військовослужбовці, які беруть участь у бойових діях, часто сприймають один одного як «побратимів у темряві». У таких умовах вони можуть відчувати те, що ніхто інший «не зрозуміє цього». У позитивному ключі така близькість може слугувати засобом для опрацювання емоційних переживань, пов'язаних із бойовим досвідом. Водночас існують і протилежні феномени: військовослужбовець може відчувати себе спустошеним і самотнім, якщо його виключають із групи або не дозволяють дислокуватися разом із підрозділом. Це підкреслює важливість групової належності для емоційного стабілізуючого ефекту в умовах високого ризику.

Ще одним проявом феноменології травми є втрата відчуття часу. Деякі військові описують це як «флешбеки», коли минуле стає настільки актуальним, що «згортає» час, і відчуття сьогодення практично зникає (Stolorow, 2011). Так, у деяких військових, після повернення додому, постійно присутнє відчуття небезпеки. Інший аспект феноменології Столороу пов'язаний із «Буттям-до-смерті», що супроводжується відчуттям ізоляції та відокремленості від щоденних

справ та «публічно інтерпретованого повсякденного світу», тобто того життя, яке ведуть «звичайні» люди (Stolorow, 2007, с. 38). Ці переживання підкреслюють глибину травматичного впливу на сприйняття реальності та соціальну інтеграцію військових після бойового досвіду.

Етап 4. Пошук інтерсуб'єктивного ключа з клієнтом.

Цей етап є ймовірно одним із найважливіших для ефективності психотерапевтичного процесу. Основна увага зосереджується на пошуку афектів, пов'язаних із соромом, провиною, усвідомленні їх значущості. Цей етап є емоційно складним і для психотерапевта.

Поняття інтерсуб'єктивного ключа стосується висококонтекстного, індивідуалізованого коментаря, який дає змогу розкрити повний емоційний вплив травматичного досвіду клієнта (Stolorow, 2007, с. 26). Його сила полягає у відновленні відчуття плину часу для клієнта та перенесенні сенсу минулого в сьогодення й майбутнє. Завдяки значущим міжособистісним зв'язкам клієнт може відновити відчуття власного буття у світі, а також трансформувати стан онтологічного несвідомого чи відчуття втрати буття. Інтерсуб'єктивний ключ дає клієнту можливість висловлювати свої найбільш травматичні емоційні переживання, навіть якщо вони не безпосередньо пов'язані з подіями або діями, про які клієнт спочатку хоче говорити. Часто саме сором перешкоджає відкриттю цих глибоко травматичних емоцій, і робота з інтерсуб'єктивним ключем допомагає подолати цей бар'єр.

Відкриття інтерсуб'єктивного ключа зазвичай починається з того, що психотерапевт вербалізує зв'язки, які клієнт раніше не усвідомлював. Це сприяє вербалізації емоцій. Адже мова відіграє ключову роль у процесі обміну досвідом та впливає на опрацювання травми. Столороу підкреслює: «саме в процесі сома-тично-символічної інтеграції, процесу, завдяки якому емоційний досвід приходить у мову, народжується відчуття буття» (Stolorow, 2007, с. 30). Психотерапевт, який пропонує клієнту способи вербалізації емоційного досвіду через інтерсуб'єктивний ключ, демонструє, як взаємодія з іншими людьми сприяє перенесенню та опрацюванню травми.

Пошук інтерсуб'єктивного ключа. Віднайти такий інтерсуб'єктивний ключ інколи буває надто складно. Він часто з'являється несподівано, лише через кілька тижнів психотерапії. Як і всі аспекти терапії з інтерсуб'єктивної точки зору, його прояв є кодетермінованим та визначається спільно психотерапевтом і клієнтом. Для виявлення інтерсуб'єктивного ключа важливими є спостереження за афектом та емпатійна інтроспективна позиція психотерапевта.

Ключ може проявитися, коли клієнт пригадує щось нове – наприклад, смерть товариша або новий епізод своєї розповіді про травматичну подію. Також пропуски або відсутність певної частини розповіді може слугувати сигналом для його розпізнавання.

Коли інтерсуб'єктивний ключ знайдено, у клієнта часто виникають інтенсивні емоції. Психотерапевт має визнати ці переживання та разом з клієнтом їх пропрацювати, зберігаючи емпатійну позицію. Недостатня або неналежна реакція на цей момент може негативно позначитися на психотерапевтичному процесі: ідентифікація ключа без подальшого спільного опрацювання емоцій може викликати повторне відчуття сорому у клієнта. Саме тому підтримка емпатійної інтроспективної позиції під час кожної сесії є критично важливою та необхідною.

Етап 5. Забезпечення «рідного дому».

Опрацювання та інтеграція емоційної травми відбуваються протягом усього психотерапевтичного процесу. Інколи пік цього етапу настає, коли інтерсуб'єктивний ключ відкриває сферу досвіду, яку клієнт раніше не міг ні вербалізувати, ні отримати належної підтримки від інших. Це зазвичай супроводжується надзвичайно болісними переживаннями, які можуть створювати «прогалину» у наративі клієнта та провокувати інтенсивний сором. У такі моменти терапевтичні стосунки змінюють характер: вони вже не є відносинами між «хворим клієнтом» та «всезнаючим психотерапевтом», а радше стають зустріччю двох вразливих людей, які разом перебувають у досвіді скінченності. Емпатична інтроспекція психотерапевта може проявлятися через співпереживання або простий фізичний жест підтримки, наприклад, подати руку. Важливо підкреслити, що це не є повним «зануренням» у досвід клієнта: психотерапевт не відчуває тих самих емоцій, але він розділяє біль і вразливість клієнта як людина. Емоційні реакції психотерапевта у ці моменти мають бути повністю зосереджені на добробуті клієнта та ґрунтуватися на емпатійній позиції. Вони виникають як результат спільного досвіду і допомагають клієнту висловити емоції, які раніше були нестерпними.

Водночас психотерапевт не повинен допускати, щоб його власні травматичні переживання проявлялися в цей критичний момент.

Якщо на початкових етапах психотерапії особистий досвід психотерапевта міг сприяти встановленню контакту, то наразі пріоритетом є спільне проживання травматичного досвіду клієнта.

Інтерсуб'єктивний дім для інтенсивних емоцій клієнта стає ключовим джерелом терапевтичного впливу. Він впливає на всі сфери феноменології травми,

сприяє вербалізації раніше неопрацьованих емоцій і афектів, а також допомагає клієнту відчувати, що він не самотній у своєму травматичному досвіді. Формується глибокий зв'язок між клієнтом і психотерапевтом, який стає основою для подальшої трансформації травми.

Уривок із сесії: (в чому клієнт не хотів зізнаватися):

Клієнт розповів про свій внутрішній конфлікт щодо бойового побратима:

К: Я дуже хотів змінити бойовий автомобіль... Але я вирішив, що не можу. Я не хотів залишати побратима. Він був моїм найкращим другом. Я був там, щоб захистити його, навіть від нашого командира».

П: Звучить так, ніби ви дбали про нього більше, ніж про власне життя. Ви думали, що ваш командир може вам зашкодити?

К: Моїм обов'язком було захистити його. Я не міг його залишити.

П: Ви все ще підтримуєте зв'язок з ним?

К: Я залишався на зв'язку після повернення додому, але втратив контакт, коли його знову відправили на фронт... Я боровся, коли повернувся додому. Тоді і працював, була сім'я але багато вживав алкоголю, почувався дратівливим. Коли мені зателефонувала мама побратима і сказала про його загибель... Я відчував себе винним... Я мав бути там із ним...

П: Що б ти хотів йому сказати?

К: (розплакався): Я мав бути поруч з тобою....

Основна увага була спрямована на проживання та подолання глибокого емоційного болю разом із клієнтом, створюючи безпечний простір для вербалізації і проживання втрати. Як зазначає Столорой (Stolorow, 2007, с. 49), така взаємодія формує інтерсуб'єктивне поле, де можливо «стримати емоційний біль, поділитись ним і, врешті-решт, інтегрувати» травматичні переживання. У цьому процесі проявляється глибокий емоційний зв'язок між клієнтом і психотерапевтом, який є провідним у роботі з афектом і феноменологією травми.

Аналіз сесії:

1. Виявлення прихованого конфлікту і емоційного навантаження:

- Клієнт описує внутрішній конфлікт щодо бойового побратима: прагнення діяти проти бойової машини та водночас відданість побратиму.

- Емоційний компонент: турбота, відповідальність, відданість, почуття обов'язку, потенційний страх перед командиром.

- Терапевтична робота: відображення емоцій клієнта, уточнення страхів і мотивів; створення безпечного простору для розкриття афектів.

- Ефект: клієнт відчуває, що його емоції визнаються, виникає довіра, можливість розпочати вербалізацію внутрішніх переживань.

2. Робота з провиною та соромом:

- Клієнт повідомляє про втрату зв'язку з побратимом, вживання алкоголю, дратівливість та шок від його загибелі.

- Емоційний компонент: провина, сором, горе, внутрішнє самопокарання.

- Терапевтична робота: емпатійне слухання без оцінки або інтерпретацій; підтримка процесу вираження почуттів.

- Ефект: зменшення ізоляції емоцій, підготовка до інтеграції травматичного досвіду.

3. Вербалізація раніше невиражених емоцій:

- Клієнт: плаче, намагається висловити відчуття провини («Я мав бути поруч з тобою...»).

- Емоційний компонент: глибоке горе, відчай, відчуття втрати та безпорадності.

- Терапевтична робота: психотерапевт підтримує клієнта у переживанні емоцій, не надаючи пояснень щодо смерті, а зберігаючи емпатійну присутність.

- Ефект: створюється інтерсуб'єктивне поле, де клієнт може безпечно виразити та інтегрувати травматичні емоції.

4. Підтримка інтерсуб'єктивного зв'язку та інтеграція переживань:

- Клієнт і психотерапевт: розподіляють глибокий емоційний зв'язок, разом проживають біль.

- Емоційний компонент: підтримка, співпереживання, почуття спільного буття.

- Терапевтична робота: емпатійне співналаштування, спільне проживання болю клієнта без втручання особистих травматичних переживань психотерапевта.

- Ефект: інтеграція травматичного досвіду, зменшення сорому та провини, відчуття підтримки та безпеки в емоційному полі.

Сесія демонструє, як поступова вербалізація, спільна підтримка емоційного стану клієнта дозволяють:

- розкрити приховані афекти;

- створити безпечне інтерсуб'єктивне поле;

- інтегрувати травматичний досвід;

- зменшити сором і провину;

- встановити емоційний зв'язок, який є ключовим для психотерапевтичного процесу.

Етап 6. Завершення та рух вперед.

У військових умовах завершення психотерапії часто ускладнюється через зміну місця служби військового. Незважаючи на це, у короткостроковій терапії важливо, щоб психотерапевт усвідомлював момент завершення та спрямовував сесію на досягнення терапевтичних цілей.

Для багатьох військовослужбовців-учасників бойових дій, які звертаються за допомогою у зв'язку з посттравматичним стресовим розладом, пов'язаним із бойовими діями, психотерапія є новим досвідом і часто очікуваним завершенням, що викликає почуття досягнення або полегшення.

Іноді процес завершення може бути емоційно складнішим для психотерапевта, ніж для самого військового, через необхідність забезпечити стійкість досягнутих результатів. На цьому етапі увага спрямовується на тому, де перебуває клієнт щодо свого досвіду, а також на планування подальших кроків у житті після завершення терапії.

Завершення є моментом, коли психотерапевт визнає покращення стану клієнта та оцінює досягнення психотерапевтичних цілей. Клієнт повинен мати можливість вербалізувати розуміння природи своєї емоційної травми, зазначити позитивні зміни та окреслити подальші кроки.

Під час завершення сесій можуть виникати теми, що на перший погляд не пов'язані з початковим травматичним досвідом, який був у центрі уваги психотерапевтичної взаємодії. Важливо, щоб і клієнт, і психотерапевт усвідомлювали, що рух у нові сфери означає початок іншої терапії: наприклад, довгострокової роботи над минулими проблемами або психотерапії, зосередженої на сімейних стосунках.

Завершення є індикатором того, що початкова проблема – травматичний емоційний досвід – була опрацьована та інтегрована. Якщо ж деякі питання залишаються актуальними, здійснюється рефлексія терапевтичного процесу, оцінюється рівень активної участі клієнта та власна роль у досягненні результатів, щоб зрозуміти, які чинники вплинули на ефективність роботи.

Таким чином, психотерапевтичний процес подолання травматичних переживань охоплює послідовні етапи роботи з афективними проявами та інтеграцією травматичного досвіду.

На початкових етапах вибудовується безпечний простір і довіра, що дає змогу клієнту висловити страх, тривогу та сором. Психотерапевт допомагає виявити афекти та феноменологію травми, «надаючи мову» для вираження гіпертрофованої емоційності та втрати відчуття часу.

Пошук інтерсуб'єктивного ключа допомагає розкрити приховані, інтенсивні емоції, які клієнт раніше не здатний був вербалізувати, створюючи емоційне поле для спільного переживання та підтримки. Надання «рідного дому» спрямоване на безпечне проживання сильних емоцій і сприяє інтеграції травматичного досвіду через спільне проживання болю та емпатійне співналаштування.

На завершальному етапі оцінюються досягнуті результати і плануються подальші кроки, що допомагають клієнту усвідомити зміни, інтегрувати переживання, відчувати підтримку та автономію у подальшому житті. Такий підхід забезпечує поступову роботу з афектом, створює інтерсуб'єктивне поле та допомагає клієнту «знайти рідний дім» у власних емоціях.

Висновки розділу 2.4:

Подолання негативних афективних станів у військовослужбовців–учасників бойових дій потребує комплексного, поетапного та емпатійно зорієнтованого підходу. Ефективна психологічна підтримка має бути спрямована на інтеграцію травматичного досвіду в особистісну структуру, формування нової системи переконань, розвитку механізмів емоційної регуляції та повернення до повноцінного функціонування в соціумі.

Ефективність психологічної підтримки військовослужбовців–учасників бойових дій значною мірою залежить від їхньої внутрішньої мотивації до змін і відновлення.

Примусове залучення до психотерапевтичного процесу, надмірний тиск чи нав'язування певних трансформацій можуть спричинити зворотний ефект, посилюючи опір і поглиблюючи внутрішню дезадаптацію.

Психологічне відновлення має опиратися на особистісний досвід військового, його внутрішні ресурси, ціннісні орієнтири та здатність відновлювати контакт із власними емоціями та ідентичністю.

Військовослужбовці – учасників бойових дій, які повернулися з фронту, переживають надто важкі травматичні емоції. Екстремальні умови, високе фізичне й психологічне напруження призводять до виникнення специфічних емоційних станів, серед яких особливе місце посідають афективні прояви.

Дослідження афективних проявів має важливе значення для профілактики психологічних розладів та розробки ефективної системи психологічної допомоги.

У цьому контексті особливого значення набуває концепт інтерсуб'єктивної підтримки, що ґрунтується на емпатії, діалозі та автентичному контакті. Психологічна допомога у подоланні афективних станів полягає у поступовому їх проживанні, нормалізації та інтеграції.

У процесі терапевтичної роботи травматичні афекти втрачають свою руйнівну силу. Вони не зникають, але «вбудовуються» в цілісну систему особистості, стаючи частиною інтегрованої ідентичності.

У межах теорії інтерсуб'єктивних систем, афект є центральним для розуміння людської психіки та міжособистісних взаємозв'язків. Саме афекти є сигналами болю, але водночас – і джерелом посттравматичного зростання. Формування нових життєвих орієнтирів, переосмислення цінностей та відновлення міжособистісних зв'язків створює підґрунтя для якісної трансформації особистості та її соціальної адаптації.

Зв'язок між характеристиками травматичного досвіду та посттравматичним зростанням, ймовірно, зумовлений особливостями застосування унікаючих стратегій подолання, наявністю нав'язливих думок, а також впливом соціального середовища, яке може стати ключовим ресурсом для сприяння позитивним змінам. Зростаючи крізь критичні інциденти та травматичні події, людина знаходить шляхи до внутрішнього відновлення.

Попри значні труднощі, численні приклади з історії людства демонструють здатність людини приймати власну ситуацію, культивувати справжню надію та підтримувати віру у можливість кращого майбутнього. Таким чином, посттравматичне зростання може розглядатися не лише як психологічний феномен відновлення, але й як вища форма адаптації, що поєднує у собі процеси інтеграції травматичного досвіду, духовного розвитку та відновлення життєвої цілісності особистості.

ІІІ. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІ ФОРМИ АКТИВІЗАЦІЇ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ-УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

3.1. Дослідження інноваційної діяльності та її впливу на психологію особистості військовослужбовців–учасників бойових дій

У сучасних умовах воєнного стану набирає актуальності проблема забезпечення психологічної допомоги, підтримки, самодопомоги у подоланні наслідків

травмуючих ситуацій, розвитку стресостійкості та здатності до швидкої адаптації, їх вплив на посттравматичне зростання особистості військовослужбовців-учасників бойових дій і громадянського (цивільного) населення у складних життєвих кризових / екстремальних ситуаціях під час воєнного стану та післявоєнного часу.

Це багатоаспектна, та складна проблема, яка потребує комплексного підходу і використання інтегративного інструментарію.

Психологічна допомога та розвиток навичок саморегуляції, стресостійкості та здатності до швидкої адаптації є критичними посередниками, які перетворюють травматичний досвід у потенціал для особистого і посттравматичного зростання.

Дана підтема є однієї з актуальною проблемою сучасності – психологічної допомоги і підтримки людей, які пережили травматичні події.

Представимо докладніше особливості науково-методичне забезпечення в даному контексті, і як воно допомагає людям відновлюватись та рости, особливого значення це питання набуває у вирішенні проблеми сприяння посттравматичному зростанню військовослужбовців-учасників бойових дій.

3.1.1. «Науково-методичного забезпечення психологічної допомоги, підтримки і самодопомоги в актуалізації посттравматичного зростання, через подолання наслідків травмуючих ситуацій, розвитку стресостійкості та здатності до швидкої адаптації особистості військовослужбовців-учасників бойових дій»

Основні детермінанти науково-методичного забезпечення психологічної допомоги, підтримки і самодопомоги: поняття, компоненти, основні напрями, значення і приклади.

З метою цілісного висвітлення цього комплексного питання, розкриємо наступні питання і його складові:, які наведені у таблиці 3.1.1.

Отже, із вищесказаного можна зробити висновок, що науково-методичне забезпечення психологічної допомоги, підтримки і самодопомоги є важливим напрямом сучасної психології.

Воно допомагає подолати наслідки ситуацій, що травмують, зокрема: розвинути стресостійкість та здатність до швидкої адаптації, позитивно впливати на посттравматичне зростання.

Таблиця 3.1.1

Основні детермінанти науково-методичного забезпечення психологічної допомоги, підтримки і самодопомоги

Змістовне наповнення:
Зміст: 1). Науково-методичне забезпечення психологічної допомоги, підтримки і самодопомоги. 2) Ключові компоненти науково-методичного забезпечення психологічної допомоги, підтримки і самодопомоги. 3). Основні напрями науково-методичного забезпечення психологічної допомоги, підтримки і самодопомоги. 4). Значення науково-методичного забезпечення психологічної допомоги, підтримки і самодопомоги. 5). Приклади науково-методичного забезпечення
1.1). Науково-методичне забезпечення психологічної допомоги, підтримки і самодопомоги – це комплексний підхід, що включає сукупність теоретичних знань, практичний інтегративний інструментарій психодіагностичних і корекційно-розвивальних методик та інструментів, які використовуються для створення ефективних програм психологічної допомоги і самодопомоги, що спрямовані на створення умов для можливості самостійно справлятися з різними життєвими труднощами та проблемами.
1.2) Ключові компоненти науково-методичного забезпечення психологічної допомоги, підтримки і самодопомоги:
– <i>Теоретична база, теоретичні основи (інформаційно-смісловий блок):</i> Використовується міждисциплінарний і інтегративний підхід, дослідження спираються на досягнення психології, соціології, медицини та інших наук. Досліджуються психологічні підходи, механізми, закономірності психологічної допомоги і самодопомоги, фактори, що впливають на її ефективність, та моделі і технології розвитку психологічної допомоги і самодопомоги. Це дає глибоке розуміння психологічних процесів, що лежать в основі травми та відновлення, а також факторів, що впливають на ефективність різних методів допомоги. – <i>Психодіагностичні інструменти оцінки (діагностично-аналітичний, інтерпретаційний і прогностичний блок):</i> Розробка, адаптація та застосування валідного і надійного психодіагностичного інструментарію для діагностики психологічного стану, оцінки рівня стресу, емоційного стану, результатів використання навичок психологічної допомоги і самодопомоги, ефективності застосовуваних методик, та методи оцінки ефективності психологічного втручання та моніторингу прогресу. – <i>Практичні корекційно-розвивальні методи (корекційно-розвивальний блок):</i> Розробка та адаптація різних технік та інструментів, спрямованих на розвиток навичок саморегуляції, самодопомоги та самопідтримки. Різноманітні техніки та вправи, спрямовані на зниження рівня стресу, наслідків психологічних проблем і травматичних спогадів, розвитку стресостійкості та здатності до швидкої адаптації, формування навичок психологічної допомоги і самодопомоги саморегуляції та адаптації. <i>Це можуть бути</i> техніки когнітивно-поведінкові, позитивної психології, психотехнології НЛП, релаксаційні вправи, техніки візуалізації та різні види психотехнологій практичної психології і психотерапії: – <i>Програми та курси тренінгів, семінарів, коучингів:</i> Створення освітніх програм та курсів, спрямованих на навчання людей навичкам психологічної допомоги і самодопомоги, зокрема, у поточному дослідженні для вирішення проблеми «подолання наслідків травмуючих ситуацій, розвитку стресостійкості та здатності до швидкої адаптації, та посттравматичного зростання особистості». Вони у свою чергу, включають у себе наступні компоненти:

- *Розробка ефективних програм:* Завдяки науковим дослідженням створюються програми, які враховують специфіку різних травматичних подій та індивідуальні особливості людини.
- *Забезпечення доказової бази:* Методи та техніки, включені до програм, проходять ретельну перевірку на ефективність, що підвищує довіру до них.
- *Підвищення якості життя:* Допомога у розвитку навичок, необхідних для адаптації до нової реальності та покращення якості життя.
- *Запобігання розвитку ускладнень:* Своєчасна психологічна допомога і підтримка допомагає запобігти розвитку таких станів, як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) та депресія.

1.3). Основні напрями науково-методичного забезпечення психологічної допомоги, підтримки і самодопомоги:

- *Розробка моделей і технологій психологічної допомоги і самодопомоги:* Створення теоретич. моделей, що описують процес допомоги і самодопомоги, їх етапи та механізми.
- *Дослідження факторів, що впливають на ефективність психологічної допомоги і самодопомоги:* Вивчення ролі особистості, соціально-психологічних факторів, культурних особливостей та інших факторів, що впливають на успішність психологічної допомоги, підтримки і самодопомоги.
- *Розробка та адаптація методик:* Створення та адаптація різних методик психологічної допомоги і самодопомоги з урахуванням специфіки різних груп населення та проблем, у тому числі військовослужбовців – учасників бойових дій.
- *Оцінка ефективності методик:* Проведення досліджень з оцінки ефективності різних методик психологічної допомоги і самодопомоги.
- *Створення інформаційних ресурсів:* Розробка та розповсюдження інформаційних матеріалів, спрямованих на підвищення обізнаності про психологічну допомогу і самодопомогу.

1.4) Значення науково-методичного забезпечення психологічної допомоги, підтримки і самодопомоги:

- *Підвищення ефективності психологічної допомоги і самодопомоги:* Забезпечення людей необхідними знаннями та навичками для самостійного вирішення проблем.
- *Розширення доступу до психологічної допомоги:* Самодопомога може бути доступна більшій кількості людей, особливо в умовах обмежених ресурсів.
- *Профілактика психологічних проблем:* Розвиток навичок самодопомоги допомагає запобігати виникненню та розвитку різних психологічних розладів.
- *Підвищення якості життя:* Сприяє покращенню загального емоційного благополуччя та якості життя людей.

1.5) Приклади науково-методичного забезпечення:

- *Розробка, апробація, застосування психодіагностичних методів* для своєчасного виявлення сильних і слабких сторін, попередження виявлених проблем.
- *Розробка мобільних програм для психологічної допомоги і самодопомоги:* Такі програми можуть містити різні вправи, та інші інструменти, які допомагають людям справлятися із наслідками психологічних проблем, травм, стресом і покращувати свій емоційний стан і психологічне здоров'я.
- *Створення спецкурсів, у тому числі онлайн-курсів, тренінгів, семінарів* з розвитку навичок психологічної допомоги і самодопомоги: Онлайн-курси дозволяють людям отримати доступ до освітніх матеріалів у зручний для них час та місце.
- *Розробка програм групової підтримки:* Групи самодопомоги надають людям можливість поділитися своїм досвідом, отримати підтримку від інших людей та навчитися нових навичок і психологічних компетентностей.

Особливості, основні детермінанти забезпечення психологічної допомоги, підтримки і самодопомоги у подоланні наслідків травмуючих ситуацій, розвитку стресостійкості та здатності швидкої адаптації, стимулювання посттравматичного зростання у кризових і екстремальних умовах військовослужбовців-учасників бойових дій

Опис ознак психологічної допомоги, психологічної підтримки і самодопомоги

Воєнний конфлікт спричинив низку важких ситуацій, які для різних верств населення стали стресовими, кризовими, травмівними. Особливих випробувань зазнають: *військовослужбовці* – як ті, хто бере участь у бойових діях, так і *демобілізовані*, та їхні сім'ї; фахівці які працюють з потерпілими; мирні жителі, що перебувають у зоні конфлікту, вимушені переселенці, родини загиблих; та ін. Виявлено, що у складних життєвих кризових і травмуючих ситуаціях деяким людям важко адаптуватися до нових складних обставин, нелегко та у повсякденному житті. У них може погіршуватися і фізичне, і психічне здоров'я, загострюватись наявні проблеми та з'являтися нові [48; 50; 51; 52; 54; 55; 56; 57].

З'ясовано, що «*психіка людини*» – складна багатофункціональна система, що дозволяє людині витримувати травматичний досвід, адаптуватися навіть до найжорсткіших і часом нелюдських умов життя. Проте *травматичний досвід зберігається* у глибинних системах психіки і починає латентно впливати життя людини, дорослого чи дитини. Постійне внутрішнє невдоволення: створює платформу соціальних конфліктів; почуття провини через відчуття безсилля змінити неприйнятну ситуацію; готує ґрунт для психосоматичних, адиктивних порушень, появі неврозів, депресії [48; 50; 51; 52; 54; 55; 56; 57].

Важливо зазначити, що матеріальні збитки, кількість фізично постраждалих людей можна оцінити, але практично не піддається оцінці психоемоційну, моральну шкоду, завдану військовим конфліктом здоров'ю людини.

Крім учасників бойових дій, найбільш постраждалою стороною в ситуації воєнного конфлікту виявляються діти і жінки, які відчують сильне почуття незахищеності. Представники різних груп людей із психотравмівним досвідом по-різному переживають кризові, травмівні та стресові події, по-різному адаптуються до життя, тож і психологічна допомога у кожному окремому випадку має свої особливості. Психологічні проблеми дорослих і дітей, які отримали травматичний досвід в умовах воєнного часу, також потребують професійного вирішення та психологічного забезпечення у складних життєвих кризових і травму-

ючих ситуаціях [5; 31; 48; 50; 51; 52; 54; 55; 56; 57].

Забезпечення психологічної допомоги у «подолання наслідків травмуючих ситуацій, розвитку стресостійкості та здатності до швидкої адаптації», з урахуванням особливостей специфіки її і вплив на посттравматичне зростання військовослужбовців-учасників бойових дій, *вимагає* глибокого розуміння специфіки травмуючих ситуацій, застосування спеціалізованих психологічних засобів і методів роботи з травмою, спрямованих на розвиток стійкості до стресів, адаптації та інтеграції травмуючого досвіду в цілісну особистість.

Психологічна допомога і психологічна підтримка – є важливими складовими мінімального реагування (безпосередньо в екстремальній ситуації) та комплексного реагування (на етапі стабілізації та раннього відновлення). Проте багато з постраждалих і пізніше можуть потребувати психологічної допомоги, яка має надаватися в межах системи психологічної реабілітації.

Психологічна допомога – це область практичного застосування психології, орієнтована на підвищення соціально-психологічної компетентності, на розширення психологічних можливостей людей і надання допомоги та психологічної підтримки як окремій людині, військовослужбовців-учасників бойових дій, так і сім'ї, групі людей чи організацій. Психологічна допомога – *це цілеспрямована активність, спрямована* на розширення психологічних можливостей іншої людини в її особистісному й соціальному функціонуванні. *Психологічна допомога* – це професійна взаємодія між спеціалістом (психологом, психотерапевтом) та клієнтом, спрямована на покращення психологічного благополуччя, розвиток особистості, вирішення життєвих труднощів та підвищення якості життя. Вона допомагає людині усвідомити свої проблеми, знайти внутрішні ресурси та змінити свою поведінку чи ставлення до ситуації [5; 48; 50; 51; 52; 54; 55; 56; 57].

Відмінності професійної і не професійної психологічної допомоги, їх правила і принципи, особливості, багаторівневість

Психологічна допомога *може надаватися* на професійному рівнях та побутовому рівнях (психологічна підтримка). *Відмінність* професійної психологічної допомоги від неформальної психологічної допомоги полягає в тому, що фахівці:

- підготовлені для такої діяльності;
- орієнтуються на принципи надання психологічної допомоги, у своїй діяльності опираються на теорію;
- діють згідно правил, прийнятих у межах професійної спільноти, їхня діяльність санкціонується суспільством.

Представники різних груп людей із психотравмівним досвідом по-різному переживають кризові, травмівні та стресові події, по-різному адаптуються до життя, тож і *психологічна допомога* у кожному окремому випадку має свої *особливості* [48; 50; 54; 56; 57].

Актуалізація, особливості, основні детермінанти забезпечення психологічної допомоги у подоланні наслідків травмуючих ситуацій, розвитку стресостійкості та здатності швидкої адаптації, стимулювання посттравматичного зростання у кризових і екстремальних умовах військовослужбовців-учасників бойових дій

Психологічна допомога, підтримка і самопомога у «подоланні наслідків травмуючої ситуації розвитку засобів стресостійкості та здатності швидкої адаптації» – це складна та багатоаспектна проблема, яка потребує комплексного підходу, що охоплює всі ключові аспекти роботи з наслідками бойової травми – від актуальності до механізмів та науково-методичного забезпечення для досягнення посттравматичного зростання (ПТР).

Розглянемо питання актуальності, особливостей, закономірностей, механізмів, роль зазначеної проблеми.

Особливо актуалізувалася проблема психологічної допомоги та підтримки військовослужбовців-учасників бойових дій. Вагомого значення має проблема забезпечення психологічної допомоги у *подоланні наслідків травмуючих ситуацій, розвитку стресостійкості та здатності швидкої адаптації*, що надає можливість *стимулюванню посттравматичного зростання* (ПТР) у кризових і екстремальних умовах військовослужбовців-учасників бойових дій.

Переживання наслідків травми можуть призвести до серйозних психологічних наслідків, включаючи посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), тривожні та депресивні розлади, порушення сну, проблеми з концентрацією уваги та навчанням, та інші психологічні проблеми.

Подолання наслідків травмуючих ситуацій потребує комбінації професійного втручання та особистих зусиль. Психологічна допомога та розвиток навичок стресостійкості та здатності до швидкої адаптації, саморегуляції є *ресурсом і критичними посередниками, які перетворюють травматичний досвід у потенціал для посттравматичного зростання*.

Стресостійкість та здатність до швидкої адаптації – це ключові фактори успішного подолання травми та ресурс посттравматичного зростання.

Стресостійкість – це здатність людини ефективно реагувати і витримувати

стресові ситуації, зберігаючи внутрішній баланс, ясність мислення та контроль над емоціями, зберігаючи працездатність та психічне/фізичне здоров'я.

Здатність до швидкої адаптації – це біологічна функція стресу. Тобто стрес, як особливий психофізіологічний стан, забезпечує захист організму від загрозливих та руйнівних впливів, як психічних, так і фізичних, це гнучкість до змін та вміння ефективно пристосовуватися до нових умов.

Ці якості – «стресостійкості» та «здатності до швидкої адаптації» взаємопов'язані, оскільки адаптаційна гнучкість допомагає ефективніше долати стрес, а стресостійкість покращує загальну здатність не тільки пристосовуватися, але і зростати.

Результат розвитку стресостійкості та здатності до швидкої адаптації. сприяє:

- прискоренню відновлення після травми;
- зростанню психологічної стійкості;
- розвитку нових навичок, здібностей і психологічних компетентностей;
- отримання цінного досвіду;
- формування більш глибокого розуміння себе та світу.

Щоб звести до мінімуму руйнівні наслідки травмивних ситуацій, психологічних проблем, стресів, сприяти збереженню психічного здоров'я, розвитку посттравматичного і особистісного зростання військовослужбовців-учасників бойових дій, *необхідна психологічна допомога та психологічна підтримка* постраждалих, як в умовах воєнних дій, кризових ситуаціях і довготривалої напруги, екстремальної / надзвичайної ситуації, так і після повернення із зони ризику.

Представимо інтегровану таблицю (табл. 3.1.2), яка висвітлює *інформаційно-смысловий блок поточного нашого дослідження* за темою «Науково-методичне забезпечення технології психологічної підтримки і самодопомоги у подоланні наслідків травмуючих ситуацій, розвитку стресостійкості та здатності до швидкої адаптації, їх вплив на посттравматичне зростання особистості» (В. П. Чудаківа, 2024-2025). Зміст інтегрованої таблиці розкритий у (табл. 3.1.2).

Учасники бойових дій стикаються з екстремальними умовами, які можуть спричинити розвиток посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Проте, не всі військовослужбовці мають однакові наслідки. Багато хто демонструє дивовижну здатність до відновлення, навіть до посттравматичного зростання і особистісного зростання. Стресостійкість і здатність до швидкої адаптації відіграють у цьому ключову роль.

Таблиця 3.1.2

Основні детермінанти проблеми психологічної допомоги і підтримки у подоланні наслідків травмуючих ситуацій, розвитку стресостійкості та здатності швидкої адаптації, стимулювання посттравматичного зростання військовослужбовців-учасників бойових дій

Основні детермінанти проблеми дослідження
Зміст інтегрованої таблиці: 1). Фактори актуалізації проблеми психологічної допомоги та підтримки військовослужбовців-учасників бойових дій. 2). Способи розвитку стресостійкості та здатність до швидкої адаптації у процесі психологічної допомоги, підтримки і самодопомоги. 3). Особливості, закономірності та механізми подолання наслідків травми у процесі психологічної допомоги. 4). Особливості та засоби «розвитку стресостійкості» у процесі психологічної допомоги військовослужбовців-учасників бойових дій 5). Особливості розвитку психологічної адаптації у процесі психологічної допомоги військовослужбовців-учасників бойових дій
1. Фактори актуалізації проблеми психологічної допомоги та підтримки військовослужбовців-учасників бойових дій
Зміст: Особливо актуалізувалася проблема психологічної допомоги та підтримки військовослужбовців-учасників бойових дій, її актуальність надзвичайно висока та обумовлена наступними факторами: 1). високий ризик ПТСР; 2). соціальна дезадаптація; 3). Запобігання суїцидам; 4). потенціал посттравматичного зростання (росту) ПТР. Розглянемо їх змістовне наповнення.
1). <i>Високий ризик ПТСР:</i> Бойові дії є однією з найбільш травмуючих подій, що призводять до високого ризику розвитку <i>посттравматичного стресового розладу (ПТСР)</i> , а також депресії, тривожних розладів та хімічних залежностей.
2). <i>Соціальна дезадаптація:</i> Не переформована травма часто призводить до соціальної ізоляції, конфліктів у сім'ї, проблем з працевлаштуванням та загальним зниженням якості життя, що створює загрозу як для самого ветерана, так і для суспільства.
3). <i>Запобігання суїцидам:</i> Своєчасна та адекватна допомога є критичним фактором у запобіганні суїцидальної поведінки, яка може бути фатальним наслідком травми.
4). <i>Потенціал посттравматичного зростання (росту) ПТР:</i> Актуальність полягає не тільки у лікуванні, консультуванні але й у використанні травматичного досвіду для досягнення <i>посттравматичного зростання</i> , який робить людину сильнішою та мудрішою, ніж до травми.
2. Способи розвитку стресостійкості та здатність до швидкої адаптації у процесі психологічної допомоги, підтримки і самодопомоги.
Актуальність: Аналіз наукової літератури з проблеми особистісних ресурсів подолання наслідків травмуючих ситуацій, розвитку стресостійкості та здатності до швидкої адаптації, їх вплив на посттравматичне зростання особистості, свідчить про те, що усвідомлення людиною наявності способів психологічної допомоги, підтримки і самодопомоги екстремальних і кризових умовах воєнного становища, й наявність навичок оперування якомога більшою кількістю таких способів сприяє посиленню відчуття контрольованості ситуації і, внаслідок цього, більш ефективному подоланню наслідків психологічних проблем і травмуючих ситуацій, що постають

перед військовослужбовцями-учасниками бойових дій, та громадянським населенням (демобілізований, їх сімей, учасників освітнього процесу, тощо).
Зміст: Реалізація науково-методичного забезпечення психологічної допомоги, підтримки і самодопомоги у розвитку стресостійкості та здатність до швидкої адаптації, сприяє за допомогою наступних способів: 1). навчання навичкам саморегуляції. 2). розвиток когнітивних навичок. 4). соціальна підтримка). Їх змістовне наповнення
1). Навчання навичкам саморегуляції. Техніки дихальних вправ, медитації, прогресивної м'язової релаксації допомагають знизити рівень тривожності та стресу.
2). Розвиток когнітивних навичок. Навчання навичкам когнітивної переоцінки, яка дозволяє змінити негативні думки та переконання про себе та світ.
3). Підвищення самооцінки і впевненість у собі. Робота над зміцненням самооцінки допомагає людині повірити у свої сили та можливості.
4). Соціальна підтримка. Розвиток навичок міжособистісного спілкування та створення соціальної мережі, що підтримує.
3. Особливості, закономірності та механізми подолання наслідків травми у процесі психологічної допомоги
Закономірності подолання наслідків травми:
1). Фазовість. Психічна реакція на травму проходить кілька фаз: гостра реакція (до 1 місяця), розлад адаптації (перші 6 місяців) та, за відсутності переробки, розвиток ПТСР або, при успішній роботі, посттравматичний ріст (ПТР).
2). Інтеграція досвід. Успішне подолання залежить від інтеграції травматичного досвіду до загальної картини минулого, а не від його витіснення чи уникнення.
3). Соціальна підтримка. Наявність сильної соціальної мережі, що приймає (сім'я, група підтримки) є однією з головних закономірностей позитивної адаптації.
Механізми подолання наслідків травми:
1). Когнітивна переробка. Центральний механізм, що з зміною неадаптивних (катастрофічних, винних) думок, викликаних травмою, більш реалістичні і конструктивні переконання.
2). Емоційна регуляція. Механізм, що дозволяє військовослужбовцю усвідомлювати та керувати інтенсивними емоційними реакціями (агресією, панікою, тривогою), використовуючи дихальні техніки та м майндфулнес.
3). Відновлення контролю: Порушення відчуття контролю за життям є ключовим симптомом травми. Механізм відновлення контролю включає постановку малих, досяжних цілей та відновлення щоденної рутини.
4. Особливості та засоби «розвитку стресостійкості» у процесі психологічної допомоги військовослужбовців-учасників бойових дій
Актуальність: З метою розвитку стресостійкості військовослужбовців-учасників бойових дій передбачається використання спеціальних засобів, таких як професійних психологічних технік, так і особистих стратегій, включаючи контроль емоцій, фокусування на завданнях, фізичну активність, а також використання технік релаксації та допомоги і самодопомоги. При цьому, важливу роль відіграє професійна психологічна допомога, підтримка і самодопомога які спрямовані на відновлення та покращення психологічних функцій після стресових подій, травмуючих ситуацій. У таблиці представлено деякі засоби розвитку стресостійкості військовослужбовців-учасників бойових дій.
Зміст: 1) Професійні методи та підтримка .(психологічна реабілітація, психологічна допомога, робота з командирами). 2). Особисті стратегії та навички (контроль емоцій, техніки самодопомоги, переключення уваги).
1) Професійні методи та підтримка.
Психологічна реабілітація: Комплекс заходів, що допомагає відновити психо-

логічні функції та психологічну реабілітацію, яка є частиною лікування та реабілітації військовослужбовців.
<i>Психологічна допомога.</i> Фахівці допомагають військовим впоратися з емоційним навантаженням, запобігти розвитку психічних розладів та покращити роботу колективу.
<i>Робота з командирами.</i> Психологи допомагають командирам краще розуміти стан своїх підлеглих та вирішувати конфлікти в колективі.
2). Особисті стратегії та навички.
<i>Контроль емоцій:</i> – Зосередьтеся на контролі над своїми діями. – Не піддавайтеся емоціям, нагадайте собі про своє завдання. – Спробуйте візуалізувати себе збоку, щоб оцінити ситуацію більш об'єктивно. Фокусування на завданні: – Чітко визначте свої завдання, спитайте себе: «Хто я? Де я перебуваю? Яке моє завдання?». – Виконуйте дії максимально точно.
<i>Техніки самодопомоги:</i> – Займайтеся фізичними вправами, наприклад, спортом. – Використовуйте техніки релаксації, зокрема дихальні вправи. – Піклуйтеся про своє фізичне та психічне здоров'я. – Намагайтеся висипатися, повноцінно харчуватися і пити достатньо води.
<i>Переключення уваги:</i> – Перемикайте увагу на зовнішній світ. – Знаходження улюбленого хобі або займаність чимось, що приносить задоволення. – Спілкування з рідними та близькими людьми.
5. Особливості розвитку психологічної адаптації у процесі психологічної допомоги військовослужбовців-учасників бойових дій
Актуальність: Психологічна адаптація військовослужбовців-учасників бойових дій – це процес відновлення їхньої здатності до повноцінної життєдіяльності після бойових дій, що включає подолання психологічних травм, стресу та повернення до цивільного життя. Цей процес <i>допомагає</i> усунути обмеження, які виникають внаслідок досвіду бойових дій, і може тривати від кількох місяців до півтора року. Для військових та їхніх родин існує система психологічної реабілітації та підтримки, яка надається державою. Представимо основні аспекти і важливість психологічної адаптації військовослужбовців-учасників бойових дій.
Зміст. Основні аспекти і важливість психологічної адаптації військовослужбовців-учасників бойових дій 1). Основні аспекти адаптації (подолання стресу та травм; соціальна інтеграція; психологічне відновлення; підтримка). 2). Важливість психологічної адаптації (забезпечення якісного життя; повернення до суспільства).
1). Основні аспекти адаптації.
– <i>Подолання стресу та травм:</i> Адаптація спрямована на роботу з психологічними наслідками стресу, емоційних потрясінь та травм, отриманих під час бойових дій. – <i>Соціальна інтеграція:</i> Процес передбачає повернення до активного соціального життя, відновлення професійної та побутової діяльності, а також взаємодію в суспільстві без внутрішніх конфліктів. – <i>Психологічне відновлення:</i> Це комплекс заходів, спрямованих на покращення та відновлення психологічних функцій організму. – <i>Підтримка:</i> Включає психологічну підтримку від спеціалістів (військових психологів), допомогу в подоланні травм, а також підтримку на державному рівні, що забезпечує доступ до послуг діагностики та лікування.
2). Важливість психологічної адаптації.
– <i>Забезпечення якісного життя:</i> Адаптація є ключовою для забезпечення гідного та повноцінного життя ветеранів після війни. – <i>Повернення до суспільства:</i> Вона допомагає військовослужбовцям повернутися до цивільного життя, знайти своє місце в соціумі та ефективно взаємодіяти з оточенням.

Нижче розглянемо чинники, механізми стресостійкості та адаптації, що впливають на посттравматичне зростання військовослужбовців-учасників бойових дій. Саме тому у контексті даного дослідження ми акцентуємо основну увагу на науково-методичному забезпеченні психологічної допомоги, засобами розвитку стресостійкості та здатності до швидкої адаптації, та їх зв'язку з посттравматичного зростанням.

Основні детермінанти посттравматичного зростання (ПТР) військовослужбовців-учасників бойових дій в умовах військового стану: поняття, сприятливі чинники, механізми і чинники, що перешкоджають

Поняття посттравматичне зростання (ПТР)

Аналіз літературних та інформаційних джерел дає багато різних визначень цього поняття, але кожне із них, не заперечують один одного, а доповнюють і розширюють його у відповідності до сфери реалізації. Розглянемо деякі із них.

Вперше термін «*посттравматичне зростання*» (posttraumatic growth) запропонували у 1996 році Річард Тедескі та Лоуренс Калхун, у своїй роботі «Посттравматичне зростання: концептуальні основи та емпіричні дані» [239], у якій вони представляли інструмент для вимірювання, що містив термін «посттравматичне зростання» (posttraumatic growth), і який відтоді став загально-вживаним і використовується у наукових дослідженнях, психологічній і психотерапевтичній практиці. (R. G. Tedeschi, L. G. Calhoun, 1996).

Посттравматичне зростання як досвід позитивних змін, які виникають у результаті боротьби з важкими життєвими кризами, визначають Р. Тедескі, Л. Калхун. Вони описують його як ситуацію, за якої розвиток особистості, принаймні в окремих сферах, перевищив свій попередній рівень, той, який був до того, як в житті з'явилася криза. Людина не просто вижила, але й значуще змінилася відносно свого попереднього стану. Тобто це не просто повернення до певної базової лінії, але – вдосконалення у певних дуже важливих для людини сферах (R. G. Tedeschi, L. G. Calhoun, 2004) [238].

Посттравматичне зростання як досвід позитивних змін, які виникають у результаті боротьби з важкими життєвими кризами (Р. А. Лінлі, С. Джозеф: П.А.Лінлі, С. Джозеф. Позитивні зміни після травми та негараздів: огляд, 2004; В. О. Климчук. Посттравматичне зростання та як можна його використати у психотерапії, 2016) [17; 163]. *Отже, посттравматичний зростання (ПТР)* – це феномен, коли люди, які пережили тяжкі травми, пов'язані з воєнними діями, замість не тільки відновлення, виявляють у собі, та набувають нових сил, розширює свої можливості та

змінюється на краще. нові сили та можливості. *Це не означає*, що травма стає чимось позитивним, але людина, проходячи через страждання, може набути нового сенсу життя, глибшого розуміння себе та інших, а також, розвиває у собі нові якості, розширює свої можливості та змінюється на краще, розвиває такі якості, як стресостійкість, адаптивність, відповідальність, стійкість і мудрість.

Посттравматичне зростання (ПТР) – це позитивні психологічні зміни, які можуть виникнути у людини після переживання серйозної життєвої кризи або травми. Це не означає, що травма була доброю, а те, що людина, долаючи її наслідки, може трансформувати свій досвід у позитивному напрямку.

Такі зміни можуть включати перегляд життєвих пріоритетів, зміцнення стосунків з близькими, посилення емпатії та почуття близькості до інших, а також зростання впевненості у власних силах.

3.1.2. Вплив стресостійкості та здатності до швидкої адаптації на посттравматичне зростання (ПТР): особливості, можливості і ресурси, основні чинники і механізми їх взаємозв'язку

У контексті даного дослідження ми акцентуємо основну увагу на науково-методичному забезпеченні психологічної допомоги, засобами розвитку стресостійкості та здатності до швидкої адаптації, та їх зв'язку з посттравматичного зростанням.

Стресостійкість та здатність до швидкої адаптації відіграють ключову роль у процесі посттравматичного зростання. Ці якості дозволяють людині не лише подолати негативні наслідки травматичної події, але й отримати з неї цінний досвід, трансформуючись у сильнішу та стійкішу особистість.

Розглянемо *алгоритм і особливості руху на шляху*, від подолання наслідків психологічних проблем і трав, у тому числі, від посттравматичного стресового розладу (ПТСР), до посттравматичного зростання (ПТР), завдяки розвитку стресостійкості та здатності до швидкої адаптації у процесі психологічної допомоги (Таблиця 3.1.3).

Важливо відзначити, що *посттравматичний зростання* – це складний процес, який залежить від багатьох чинників, включаючи індивідуальні особливості особистості, характер травми, рівень соціальної підтримки та інші.

Однак розвиток стресостійкості та адаптації значно підвищує шанси на успішне подолання травми, стимулювання особистісного та посттравматичного зростання.

Таблиця 3.1.3

Вплив стресостійкості та здатності до швидкої адаптації на ПТР: особливості, можливості і ресурси, основні чинники і механізми їх взаємозв'язку

Особливості, можливості і ресурси, основні чинники і механізми їх взаємозв'язку
Зміст: 1). алгоритм і особливості руху по шляху від ПТСР до ПТР. 2). Можливості і ресурси розвитку стресостійкості та здатності до швидкої адаптації, та їх вплив на посттравматичне зростання (ПТР); 3). основні чинники стресостійкості та адаптації, їх вплив на ПТР; 4). механізми взаємозв'язку стресостійкості та адаптації на посттравматичне зростання
1). Алгоритм і особливості руху на шляху від ПТСР до ПТР. Розвиток <i>стресостійкості та здатності до швидкої адаптації</i> є необхідною умовою та ключовим мостом від посттравматичного стресового розладу (ПТСР) до посттравматичного зростання (росту) (ПТР): – <i>Стресостійкість</i> → <i>Переробка</i> → <i>ПТР</i>: Розвинена <i>стресостійкість</i> дозволяє військовослужбовцю не уникати травматичних переживань, а конструктивно боротися з ними. Це дає можливість провести ту саму когнітивну переробку, що призводить до позитивного осмислення досвіду. – <i>Адаптація</i> → <i>Відчуття контролю</i> → <i>ПТР</i>: Швидка адаптація до мирного життя, відновлення соціальних ролей та рутини <i>відновлює почуття контролю</i> над своїм життям. Саме набуття <i>особистої сили</i> (один із стовпів ПТР) є прямим результатом успішної адаптації. – <i>Підсумок посттравматичного зростання, за рахунок розвитку стресостійкості та здатності до швидкої адаптації</i>: Чим більше людина здатна до <i>позитивної адаптації</i> (використання конструктивних копінг-стратегій, практичних психотехнологій), тим вища ймовірність, що вона вийде з травми не просто «вижившою (живою)», а людиною, яка досягла <i>нового рівня особистісного зростання і посттравматичного зростання</i> (ПТР).
2). Можливості і ресурси розвитку стресостійкості та здатності до швидкої адаптації, та їх вплив на посттравматичне зростання. У процесі надання психологічної допомоги важливо використати можливості і ресурси розвитку стресостійкості та здатності до швидкої адаптації, які позитивно впливають на посттравматичне зростання (ріст). <i>Посттравматичний ріст</i> (зростання) – це феномен, при якому людина, переживши травму, і стає сильнішою та мудрішою, завдяки <i>наступним можливостям і ресурсам</i>: 1). <i>Здобути уроки з травми</i>: Зрозуміти, що можна було зробити по-іншому і як використовувати цей досвід у майбутньому. 2). <i>Розвинути нові сенси життя</i>: Переосмислити свої цінності та цілі. 3). <i>Зміцнити відносини з близькими</i>: Побудувати глибші та довірчі відносини. 4). <i>Реалізувати свій потенціал</i>: Розвинути нові таланти та здібності.
3). Основні чинники стресостійкості та адаптації, їх вплив на посттравматичне зростання.

- 1). Прискорене відновлення: Люди з високою стійкістю до стресів швидше справляються з емоційними і фізичними негативними наслідками травми. Вони менш схильні до тривалих депресивних станів і швидше повертаються до нормального життя.
- 2). Позитивний погляд на ситуацію: Здатність адаптуватися допомагає переосмислити травматичний досвід, знайти в ньому позитивні аспекти та винести уроки. Це сприяє формуванню оптимістичнішого погляду на майбутнє.
- 3). Розвиток нових навичок: У процесі адаптації людина часто освоює нові стратегії подолання труднощів, що робить її більш гнучкою та ресурсною.
- 4). Зміцнення міжособистісних відносин: Стресостійкість та адаптивність допомагають підтримувати соціальні зв'язки, що є важливим фактором відновлення.
- 5). Особистісне зростання: Подолання травми може призвести до розвитку нових цінностей, смислів життя та глибшого розуміння себе.

4). Механізми взаємозв'язку стресостійкості та адаптації на посттравматичне зростання

- 1). *Емоційна регуляція*: Стресостійкі люди краще керують своїми емоціями, що дозволяє їм уникнути застрягання в негативних переживаннях.
- 2). *Когнітивна переоцінка*: Здатність до адаптації допомагає переосмислити травматичний досвід, надавши йому нового сенсу.
- 3). *Пошук соціальної підтримки*: Люди з розвиненими соціальними навичками легше знаходять підтримку у близьких, що прискорює відновлення.

Основні елементи які трансформують руйнівний потенціал травми, стресу на ресурс для посттравматичного зростання (ПТР)

Роль психологічної допомоги, підтримки та самодопомоги у «подоланні наслідків травмуючих ситуацій та досягненні посттравматичного зростання (ПТР)» у військовослужбовців-учасників бойових дій *є центральною та багатоаспектною*.

Визначено *основні елементи*, які виступають у ролі *медіаторів (посередників)*, які трансформують руйнівний потенціал травми, стресу на ресурс для особистісного розвитку.

Без активного втручання (допомоги) та внутрішніх зусиль (самодопомоги, самопомочі) травматичний досвід з більшою ймовірністю призведе до ПТСР (посттравматичного стресового розладу), а не до зростання.

Розкриємо основні елементи (таблиця 3.1.4), які виступають у ролі медіаторів (посередників) на шляху від психологічної проблеми (травма, стрес) до особистісного росту і посттравматичне зростання (ПТР).

Таким чином, *психологічна допомога та самодопомога* – це не просто лікування, а *каталізатор особистісної еволюції*, який озброює військовослужбовця внутрішніми та зовнішніми ресурсами для побудови життя *після* травми, а не просто повернення до життя до неї.

Таблиця 3.1.4

Основні елементи і роль, які виступають у ролі медіаторів (посередників) на шляху від психологічної проблеми (травма, стрес) до посттравматичного зростання

Елементи і роль, їх функції, механізм і результат.
1. Перший елемент. Роль психологічної допомоги та підтримки. Професійна та соціальна підтримка виконує чотири критично важливі функції:
1). Створення безпечного, контрольованого середовища, кейсу (контейнера):
– <i>Функція:</i> Забезпечення фізичної та емоційної безпеки – базової умови, без якої неможливо розпочати переробку травми. – <i>Механізм:</i> Психотерапія, наприклад: КПТ, травма-фокусована КПТ (когнітивно-поведінкової терапії, для лікування травм); ДПДГ (десенсибілізація та переробка травматичних спогадів рухом очей, це допомагає обробляти травматичні спогади, знижувати емоційний дистрес та тривожність, пов'язані з травмою, а також допомагає зменшити вплив негативних переконань). – <i>Результат:</i> Їх використання створює контрольоване середовище для безпечної експозиції до травматичних спогадів, дозволяючи інтегрувати (перетворювати) їх у загальну картину минулого, а не переживати як загрозу сьогодення.
2). Інтеграція та реінтеграція.
– <i>Функція:</i> Допомога у відновленні соціальної ідентичності та зв'язків. – <i>Механізм:</i> Соціальна підтримка (сім'ї, ветеранських організацій, психологів) допомагає військовослужбовцю подолати соціальну ізоляцію та відчуття «відокремленості» від світу. – <i>Реінтеграція</i> у громадянське життя є першим кроком до відновлення відчуття належності та сенсу, що є сферою ПТР.
2. Другий елемент. Роль самодопомоги та саморегуляції. Самопоміч – це активне зусилля ветерана, спрямоване на відновлення внутрішнього контролю, що прямо впливає на стресостійкість.
1). Відновлення почуття контролю.
<i>Функція:</i> Перехід від пасивної ролі «жертви травми» до активної ролі «людини, яка управляє своїм станом». <i>Механізм:</i> Навчання технікам заземлення (наприклад, 5-4-3-2-1), дихальним вправам і майндфулнес дозволяє військовослужбовцеві самостійно регулювати інтенсивні емоційні реакції (паніку, гнів, тривогу) і запобігати дисоціації. Це безпосередньо розвиває самоефективність та віру у здатність впоратися зі стресом.
2). Запобігання уникнення.
<i>Функція:</i> Самопоміч формує здатність конфронтувати з тригерами та хворобливими думками. <i>Механізм:</i> Саморегуляція знижує рівень збудження до такого, коли можлива когнітивна робота з травматичним матеріалом. Уникнення є головною перешкодою по дорозі до ПТР, а навички самопомоги дозволяють його подолати.

3. Третій елемент. Вплив психологічної допомоги і самопомоги на стресостійкість та адаптацію, зв'язок з посттравматичним зростанням (ПТР)

Психологічна допомога та самопомога є інструментами, які безпосередньо розвивають ті якості (у поточному дослідженні якості стресостійкості та здатності до швидкої адаптації), які необхідні для посттравматичного зростання.

Якості «стресостійкості (резильентність)» і «швидка адаптація», їх роль допомоги і взаємозв'язок з ПТР.

- 1) Якість «стресостійкості (резильентність)»: роль допомоги; зв'язок з ПТР
- 2) «Якість» швидка адаптація»: роль допомоги; зв'язок з ПТР.

Якість	Як воно розвивається (роль допомоги)	Зв'язок з посттравматичним зростанням (ПТР)
1). Стресостійкість (Резильентність)	Формується через <i>когнітивну реструктуризацію</i> (зміна неадаптивних думок) та <i>емоційну регуляцію</i> (самопоміч).	Дозволяє комбатанту сприймати стрес не як загрозу, а як <i>виклик</i> , що необхідно для <i>зміни самосприйняття</i> (відчуття особистої сили).
2). Швидка адаптація	Формується через відновлення <i>рутини</i> та <i>постановку реалістичних цілей</i> у мирному житті, а також через підтримку соціальних ролей.	<i>Відновлює почуття передбачуваності та контролю</i> . Успішна адаптація звільняє психологічні ресурси для пошуку нового сенсу та переоцінки цінностей.

Результат посттравматичного зростання (ПТР) завдяки проведеної психологічної допомоги та самопомоги, як каталізатор є інструментами, які безпосередньо розвивають ті якості (у поточному дослідженні якості стресостійкості та здатності до швидкої адаптації), які необхідні для ПТР.

4. Четвертий елемент. Безпосередній вплив психологічної допомоги і самопомоги на посттравматичний ріст (ПТР).

Успішний розвиток стресостійкості та адаптації через механізми допомоги та самопомоги безпосередньо призводить до ПТР у *наступних сферах*:

1). *Зміна самосприйняття*: – Процес активного подолання (самопоміч) та успішної переробки травми (психологічна допомога) доводить військовослужбовцю його *неймовірну силу та стійкість*. – Людина виходить із кризи з відчуттям, що якщо вона пережила це, то впорається з чим завгодно.

2). *Зміна філософії життя (новий сенс)*: – Переоцінка цінностей, прийняття життя як більш цінного і тендітного, посилення духовності, новий зміст і цілі. – Психологічна допомога (особливо в рамках гуманістичних* і логотерапевтичних підходів**) спрямована на пошук *сенсу у стражданні*. (Нижче дана Примітка * і **).

3). *Новий сенс життя*. Успішна адаптація дозволяє комбатанту направити свою силу та досвід на допомогу іншим (служіння, підтримка), що є потужним джерелом *нового життєвого сенсу*.

4). *Поліпшення відносин з іншими*: – Підвищення близькості, співчуття, поява більш глибоких та осмислених відносин. – Групова підтримка та успішна соціальна реінтеграція поглиблюють відносини з близькими. – Усвідомлення *цінності життя* (результат ПТР) призводить до більш глибокого, емпатичного та щирого зв'язку з оточуючими.

3.1.3. Особливості, інтегративний інструментарій, перспективність забезпечення психологічної допомоги, підтримки і самопомоги «подолання наслідків травмуючих ситуацій, розвитку стресостійкості та здатності до швидкої адаптації особистості, посттравматичного зростання, на основі реалізації «технології формування психологічних компетентностей конкурентоздатності особистості у швидкозмінних умовах інноваційної діяльності»

Використання інтегративного інструментарію «Технології» у надзвичайних / екстремальних умовах воєнного стану, кризових і складних життєвих травмуючих ситуаціях

Розкриємо інтегративний інструментарій, який може виступити у ролі засобів, які трансформують руйнівний потенціал травми, стресу на ресурс для особистісного розвитку і посттравматичного зростання. Без активного втручання (психологічної допомоги) та внутрішніх зусиль (самопомоги) травматичний досвід з більшою ймовірністю призведе до ПТСР (посттравматичного стресового розладу), а не до зростання. У контексті даного дослідження ми акцентуємо основну увагу на науково-методичному забезпеченні психологічної допомоги, засобами розвитку стресостійкості та здатності до швидкої адаптації, і їх вплив на посттравматичного зростання.

Забезпечення необхідними теоретико-практичними знаннями фахівців, які працюють у галузі психологічної допомоги, психолого-соціальної підтримки та медико-психологічної допомоги постраждалому населенню у надзвичайних / екстремальних ситуаціях і розвитку компетентностей стресостійкості та здатності до швидкої адаптації особистості в складних життєвих травмуючих ситуаціях.

Насамперед спеціалізована допомога має орієнтуватися на: зниження емоційної напруги, стабілізацію рівня тривожності, нівелювання агресії; підвищення продуктивної активності та спонтанності поведінки у ситуаціях спілкування та діяльності, зміцнення мотивації співробітництва та почуття спільності; стабілізацію почуття безпеки (захист від можливої подальшої шкоди); формування та розвиток адаптаційних ресурсів та навичок саморегуляції. У складних умовах сучасності (воєнного стану) особливого значення набуває професійна підтримка та **спеціальна психологічна підготовка фахівців-психологів** у їхньому прагненні до самовдосконалення, готовності до конструктивних змін, професійного зростання. Це буквально змусило психологів підвищувати свій кваліфікаційний рівень по-

Часто стикаючись зі складними ситуаціями, наодинці психологи змушені активувати всі свої ресурси: емпатію, співчуття, когнітивні процеси, що безсумнівно

призводить до почуттів виснаження та професійного вигорання. Особливо гостро ця проблема заявляє себе в умовах дефіциту часу.

З метою вирішення вище зазначених проблем, науково-методичного забезпечення психологічної допомоги і розвитку компетентностей стресостійкості та здатності до швидкої адаптації особистості в складних життєвих травмуючих ситуаціях, нами за теоретико-методологічну, методичну та практико-орієнтовану основу використано інтегративний інструментарій «Технології формування психологічних компетентностей конкурентоздатності особистості у швидкозмінних умовах інноваційної діяльності» (автор, В. П. Чудакова) [48-53; 55; 5-60; 104] (далі «Технологія»). Вона складається з двох взаємопов'язаних і взаємодоповнюючих моделей: 1) Діагностична модель експертизи; 2) Корекційно-розвивальна модель рефлексивно-інноваційного тренінгу, коучингу, що складається з 2-х програм індивідуальної програми і загальної програми (підготовки експертів-тренерів). Незважаючи на те, що «Технологія» розроблялася для використання у мирний час (освіта, бізнес), своєї актуальності вона набула в екстремальних умовах, під час світової кризи пов'язаної covid-19 (психологічне забезпечення населення, психологічна стійкості в умовах дестабілізації, травми, стресу, конфліктів), а також, у надзвичайних /екстремальних умовах військового стану, виявлено, що її ключові елементи мають найвищу актуальність для особистісного та посттравматичного зростання комбатантів і цивільних. З'ясовано, що її доцільно використовувати не тільки у стабільний і мирний час, а й в умовах кризи, і складних життєвих травмуючих ситуаціях воєнного стану. Зокрема на основі «Технології» нами розроблено і впроваджено *науково-методичне забезпечення психологічної підтримки і самопомоги у подоланні наслідків травмуючих ситуацій, розвитку стресостійкості та здатності до швидкої адаптації»* (далі, «технологія»), і виявлення її впливу на посттравматичне зростання особистості. Кожний із названих моделей «Технології» містить основні блоки: інформаційно-смісловий, діагностичний, аналітично-інтерпретаційний та прогностичний, та корекційно-розвивальний.

Розвиток психологічних компетентностей конкурентоздатності як інтегративний інструментарій засобів розвитку стресостійкості, здатності до швидкої адаптації та посттравматичного і особистісного зростання

Розглянемо зміст, структуру, результати «Технології» (автор В. П. Чудакова), і її роль у посттравматичному зростанні і особистісного зростання комбатантів і цивільних [13; 48-53; 55; 5-60; 104].

Конкурентоздатність особистості в даному контексті реалізації «Технології формування психологічних компетентностей конкурентоздатності особистості» розуміється не як суперництво, а як здатність особистості ефективно мобілізувати ресурси, ставити і досягати мету в нових, часто несприятливих умовах (подолання внутрішнього опору та зовнішніх бар'єрів), самореалізувати себе, бути стійким до викликів, стресів, травм, психологічних проблем у кризових і екстремальних умовах (життєвих криз, воєнного стану), знайти себе, стати конкурентоздатним на ринку праці, розвинути особистісне і посттравматичне зростання, як основи конкурентоздатності особистості. У нашому розумінні *«конкурентоздатність = життєстійкість»*. Формування психологічних компетентностей конкурентоздатності особистості є базовою компетентністю психологічної стійкості, самозбереження, виживання і особистісного зростання.

На основі авторської «Технології», щодо формування психологічної компетентностей конкурентоздатність, підбрано валідний та надійний психодіагностичний і корекційно-розвивальний інструментарій, розроблено комплексні програми психологічної допомоги військовослужбовцям, учасникам бойових дій, їх родинам і громадянському населенню (демобілізованим, учасникам освітнього процесу, та іншим). Вони направлені не лише на лікування, реабілітацію, психологічну допомогу, підтримку у подоланні наслідків психологічних проблем, травм, стресу і міжособистісних труднощів, а також орієнтовані на особистісне зростання і *посттравматичне зростання* (ПТР). Ці програми поєднують відновлення (компетентність) та розвиток (конкурентоздатність).

Загальний дизайн, зміст, перспективність і можливість масової реалізації авторської «Технології»

«Технологія» В. П. Чудакової є академічною розробкою, спрямованою на розвиток якостей, необхідних для успішної діяльності та самореалізації в умовах підвищених вимог. З'ясовано, що її доцільно використовувати не тільки у стабільний і мирний час, а й в умовах кризи, і складних життєвих травмуючих ситуаціях воєнного стану «Технологія» [48-53; 55; 56-60; 104]. складається з двох взаємопов'язаних і взаємодоповнюючих моделей: 1) Діагностична модель експертизи; 2) Корекційно-розвивальна модель рефлексивно-інноваційного тренінгу, коучингу, що складається з 2-х програм індивідуальної програми і загальної програми.

Перспективні можливості результатів реалізації авторської «Технології», структуру, результати «Технології» і її роль у посттравматичному зростанні і особистісному зростанні комбатантів і цивільних розглянем у таблиці 3.1.5.

Таблиця 3.1.5

Зміст та результати реалізації авторської «Технології формування психологічних компетентностей конкурентоздатність особистості» (автор В. П. Чудакова)

«Технології формування компетентностей конкурентоздатність особистості швидкозмінних умовах інноваційної діяльності» (Технологія)
"Технологія формування компетентностей конкурентоздатність особистості в умовах інноваційної діяльності організації " (Технологія 2), складається з 2-х моделей: «1. Діагностична модель експертизи компетентностей конкурентоздатність особистості»; «2. Корекційно-розвиваюча модель рефлексивно-інноваційного тренінгу, коучингу, що складається з 2-х програм індивідуальної та загальної. Для її реалізації підібрано валідний інтегральний інструментарій реалізації «Технології»: діагностичні, корекційно-розвиваючі, цифрові методи, програми SPSS та штучного інтелекту.
«1. Діагностична модель експертизи психологічних компетентностей конкурентоздатність особистості» (є першою частиною «Технології»)
За результатами реалізації діагностичної моделі експертизи визначено стан сформованості компетентностей конкурентоздатність особистості, зокрема: – інноваційності; особисті якості; – праксіологічні компетентності (психолого-професійні); – когнітивні; – Комунікативні; – рефлексивності та самоусвідомлення себе як професіонала; – Мотиваційною; самоактуалізації; – компетентностей психологічної стійкості, стресостійкості та здатності до швидкої адаптації; емоційно-вольової саморегуляції; вирішення конфліктів; - цілепокладання, психотехнології постановки та досягнення цілей.
Результат математично-статистичного аналізу (програма SPSS). За результатами математично-статистичного аналізу реалізації компонентів діагностичної моделі технології нами виявлено латентну (приховану) структуру факторів «пріоритетних психологічних компетентностей конкурентоздатність особистості. Зміст латентної (прихованої) структури факторів: <i>Фактор 1.</i> Компетентності цілепокладання ($r=0,927$): – оволодіння ефективними стратегіями постановки та досягнення цілей ($r=0,873$) – визначення своєї місії та призначення ($r=0,873$). <i>Чинник 2.</i> Мотиваційна компетентність ($r=0,736$), створення позитивної мотивації. <i>Фактор 3.</i> Компетентності подолання психологічних проблем та розвиток стресостійкості: оволодіння навичками гнучкого реагування на ситуацію ($r=0,794$); вміння отримати новий рівень управління своїми станами ($r = 0,794$); вміння набувати емоційної стійкості; ($R = 0,709$); – оволодіння методами позбавлення від почуття провини, залежностей та інших комплексів ($r=0,674$); вміння переформувати наслідки психологічних проблем та інших травмуючих $r=0$ вміння використовувати методи переформування страхів, фобій, тривоги, песимізму та депресії ($r=0,413$). <i>Фактор 4.</i> Комунікативна компетентність: – оволодіння технологіями ефективної взаємодії з людьми ($r=0,975$), (колегами ($r=0,886$); відносини довіри та співробітництва ($r=0,975$); вміння вирішувати міжособистісні протиріччя; <i>Фактор 5.</i> Спеціальні (спеціальні) міжособистісних протиріч; оволодіння мистецтвом суспільних виступів; подолання професійного стресу і синдром професійного вигорання. емоційно-практична спрямованість).

«2. Корекційно-розвиваюча модель рефлексивно-інноваційного тренінгу, коучингу» (є другою частиною «Технології 2»)
Метою розробки є розкриття: теоретико-методологічних, діагностичних, практико-орієнтованих передумов «формування компетентностей конкурентоздатність особистості в умовах інноваційної діяльності організації». Для реалізації корекційної моделі, нами розроблені та впроваджені дві авторські програми спеціальної психологічної підготовки:
2.1). Програма підготовки експертів-тренерів реалізації «Технології 2» – це загальна програма рефлексивно-інноваційного тренінгу, коучингу (РІТ):
Мета загальної програми РІТ: – <i>Підготовка експертів-тренерів з реалізації «Технології»;</i> – <i>оволодіння психолого-педагогічними знаннями, вміннями, навичками проведення експертизи (діагностики, оцінювання, прогнозування) та використання корекційно-розвивальних інтерактивних методів для формування компетентностей конкурентоздатність особистості в умовах інноваційної діяльності. Що дозволяє впровадити у освітню практику «Технології».</i>
2.2). Індивідуальна програма рефлексивно-інноваційного тренінгу, коучинга (РІТ): «Сучасні психологічні технології формування компетентностей конкурентоспроможної особистості в умовах інноваційної діяльності»
Зміст «індивідуальної» програми РІТ
«Індивідуальна програма» РІТ: складається з 12-ти модулів (кожен наступний модуль є логічним продовженням та завершенням попереднього): <i>I-й модуль:</i> Теоретичні та методичні засоби проведення рефлексивно-інноваційного тренінгу, коучингу (РІТ). <i>II модуль:</i> Розвиток комунікативної та інтерактивної компетентності. <i>III модуль:</i> Компетентність подолання психологічних проблем: страхів, фобій та інших спогадів, що травмують. <i>IV модуль:</i> Компетентність подолання життєвих криз, розвиток психологічної стійкості, стресостійкості та здатності до швидкої адаптації. <i>V-й модуль:</i> Компетентність рефлексії, самоусвідомлення себе, навички використання ефективних стратегій створення адекватної самооцінки та впевненості у собі. <i>VI модуль:</i> Компетентність попередження та врегулювання міжособистісних протиріч та конфліктних ситуацій. <i>VII-й модуль:</i> Розвиток компетентності цілепокладання: стратегії та тактики постановки та досягнення цілей. <i>VIII-й модуль:</i> Компетентності подолання професійного стресу та синдрому професійного вигорання особистості та організації. <i>IX модуль:</i> Компетентність створення позитивної мотивації. <i>X-й модуль:</i> Компетентність оволодіння мистецтвом публічних виступів. <i>XI-й модуль:</i> Компетентності "технології ефективного проведення дискусій різного виду суперечок". <i>XII модуль:</i> Витоки та результати сучасних психотехнологій формування компетентностей конкурентоздатність особистості, особливості їх використання.

Приділимо основну увагу використанню «індивідуальної програми» РІТ в процесі реалізації корекційно-розвивальної моделі. При цьому особливої уваги заслуговує проведення рефлексивно-інноваційного тренінгу і коучингу, на основі сучасних психотехнологій практичної психології, психотерапії.

Таблиця 3.1.6

Понятійно-термінологічний апарат реалізації рефлексивно-інноваційного тренінгу, коучингу (РІТ)

Понятійно-термінологічний апарат рефлексивно-інноваційного тренінгу, коучингу
Рефлексивно-інноваційний тренінг (РІТ) є системою спеціально організованих розвивальних взаємодій між його учасниками і їх взаємозбагачення. У широкому розумінні під РІТ розуміють як практику психологічної взаємодії, що заснована на інтерактивних методах групової діяльності. Причому йдеться про використання своєрідних форм рефлексивно-гуманістичного інтерактивного навчання знаннями, вміннями і технологіями.
Рефлексивно-інноваційний тренінг, коучинг (РІТ) – це сукупність здібностей, засобів і стратегій, які забезпечують усвідомлення і звільнення від стереотипів непродуктивного освітнього досвіду і діяльності, шляхом її переосмислення і висунення завдяки цьому інновацій, які ведуть до подолання тих проблемно-конфліктних ситуацій, що виникають у процесі розв’язання практичних завдань у сфері спілкування, діяльності, особистісного розвитку та корекції. <i>РІТ – це психологічна практика</i> , за якої особистість переосмислює ситуацію, у якій вона перебуває, проблеми, які вона бажає розв’язати, цілі, які вона прагне досягти через інтенсивний пошук нових шляхів і засобів, що стоять перед нею. Загалом РІТ – це система спеціально організованих розвивальних практик (технік) психологічної взаємодії між його учасниками і їх взаємозбагачення.
Коучинг – це поєднання активних методів навчання і консультування що активізує потенціал людини. Мета коучингу полягає в підвищенні показників діяльності окремих людей і команд шляхом розкриття прихованого потенціалу та подолання обмежують стереотипів мислення. Він підвищує ефективність, стимулює природну синергію якості дій і внутрішньої рівновагу. Коучинг нами впроваджується в освітню практику з 2001 р. (авторські майстер-класи описано у публікаціях).
Принципи проведення рефлексивних занять у процесі впровадження авторського рефлексивно-інноваційного тренінгу РІТ: – істина не може бути передана, вона може бути лише пережита; – зняття статусних бар’єрів і субординації; – навчання загалом і кожного елемента зокрема, відповідно до інтересів особистості; – максимальне врахування та розвиток інтересу в окремого учасника РІТ.
РІТ у поєднанні з коучингом дозволяє за невеликий проміжок часу: – вирішити завдання інтенсивного формування і розвитку здібностей, які необхідні для реалізації професійного і особистісного самовизначення, зосередження на цьому зусиль дозволяє досягати оптимального розкриття та задіяння творчого потенціалу особистості в житті та професійній діяльності; – розкрити нові можливості, для успішного інноваційного вирішення багатьох задач професійної діяльності, ефективного формування особистості з задіянням її особистих зусиль і резервів; – забезпечити пошук людиною в самій собі мобілізуючих факторів для виходу із утруднень, екстремальних і проблемних ситуацій. Виступає як засіб вивільнення творчого потенціалу, підвищення особистісного і професійного росту, розвитку та корекції різноманітних людських змін. Результатом є особистісні і професійні зміни, які відбуваються у його учасників.

Представлена у цій публікації програма РІТ відображає курс базової освіти з нейро-лінгвістичного програмування – NLP (НЛП) та інших провідних напрямів практичної психології і психотерапії. Представимо понятійно-термінологічний апарат реалізації рефлексивно-інноваційного тренінгу, коучингу (РІТ) на основі НЛП (Таблиця 3.1.6).

З метою реалізації названої програми рефлексивно-інноваційного тренінгу і коучинг, нами використано інтегративний інструментарій сучасних психотехнологій практичної психології, психотехнології, які мають значний потенціал у контексті психологічної допомоги з подолання наслідків травмуючих ситуацій, розвитку стресостійкості та швидкої адаптації учасників освітнього процесу, особливої важливості це набуває в умовах екстремальних і кризових ситуаціях, вагомого значення воно має у воєнний час і післявоєнний період, для надання психологічної допомоги, проведення тренінгів, коучингів, консультування. У тому числі, у рамках реалізації теми дослідження «науково-методичне забезпечення психологічної допомоги, підтримки і самодопомоги у «подоланні наслідків травмуючої ситуації розвитку засобів стресостійкості та здатності швидкої адаптації», та їх вплив на посттравматичне зростання військовослужбовців-учасників бойових дій».

Інтеграція і вплив інтегративного інструментарію «Технології» на посттравматичне зростання (ПТР)

Використання діагностичної і корекційно-розвивальної моделей реалізації «Технології» сприяє посттравматичному зростанню (ПТР), оскільки *психологічні компетентності конкурентоздатності забезпечують* необхідний практичний психологічний «інструментарій» для переробки травматичного досвіду в позитивну зміну. 1). *Підвищене відчуття особистої сили*: Компетентність у саморегуляції веде до усвідомлення «Я зміг пережити це та керую своїм життям». 2). *Поглиблення відносин*: Комунікативна соціальна компетентність дозволяє більш щиро та відкрито взаємодіяти із людьми. 3). *Зміна життєвої філософії*: Конкурентоздатність у постановці нових цілей веде до нових можливостей та нового сенсу життя, заснованого на цінності кожного прожитого дня та використання свого досвіду. Таким чином, «Технологія» В. П. Чудакової може бути адаптована як психологічний тренінг ресурсів, який трансформує кризу (травму) у платформу для розвитку ключових особистісних якостей (психологічних компетентностей конкурентоздатності), необхідних для успішної реінтеграції та досягнення посттравматичне зростання (ПТР).

За результатами запровадження «Технології» виявлено позитивний вплив на посттравматичне зростання (ПТР) на основі математично-статистичного аналізу (SPSS) [59] оскільки вона є технологією активного формування особистісного потенціалу: – *Стресостійкість (компетентність)*: Забезпечує здатність витримувати когнітивний та емоційний дисонанс, спричинений травмою, дозволяючи психіці приступити до переробки, а не уникнення. Це фундамент посттравматичне зростання (ПТР). – *Швидка адаптація (конкурентоздатність)*: Забезпечує проактивний перехід від пасивного переживання наслідків до активного пошуку нових можливостей (ключовий аспект ПТР), використовуючи збережені та набуті компетенції для побудови нового, сильнішого життєвого шляху.

У результаті *психологічна компетентність* дає інструменти для лікування, відновлення, а *конкурентоздатність* – мотивацію і напрямок для розвитку після травми. *Формування психологічних компетентностей* (за «Технологією») дають людині *інструменти* для ефективного подолання кризових ситуацій, а їх ефективне подолання, у свою чергу, є *механізмом*, що запускає *посттравматичне зростання* ПТР. Таким чином, психологічне забезпечення, що інтегрує діагностичний і корекційно-розвивальний інструментарій «Технології», не просто лікує наслідки травми, а й *формує більш сильну, стійку та конкурентоспроможну особистість*, здатну відновлювати не лише себе, а й суспільство. Однак, як і будь-який інший метод, його ефективність залежить від досвіду та майстерності практикуючого психолога, психотерапевта, а також від готовності клієнта до змін. Тому особливу увагу необхідно направити на підготовку експертів-тренерів для роботи з військовослужбовцями та учасниками бойових дій, а також громадянським населенням (демобілізованими, їх сім'ями і учасниками освітнього процесу в умовах воєнного стану).

Висновки до підрозділу 3.1:

За результатами реалізації авторської «Технології» (автор В. Чудакова) та впровадження програм освітніх модулів рефлексивно-інноваційного тренінгу, коучингу (РІТ), встановлено, що впровадження розробленої нами «психологічної технології» є дієвим засобом науково-методичного забезпечення спеціальної психологічної підготовки, що забезпечує психологічну допомогу, підтримку і самодопомогу засобами інтегративних психотехнологій практичної психології, психотерапії і коучингу для подолання наслідків травмуючих ситуацій, розвитку стресостійкості та здібності до швидкої адаптації, та стимулювання посттравматичного зростання громадянського населення, а також військовослужбовців та

учасників бойових дій. РІТ дозволяє за невеликий проміжок часу: – вирішити завдання інтенсивного формування і розвитку психологічних компетентностей, здібностей, які необхідні для ефективного формування особистості з задіянням її особистих зусиль і резервів; – забезпечити пошук людиною в самій собі мобілізуючих факторів для виходу із утруднень, екстремальних і проблемних ситуацій [47-59; 60; 104].

«Технології» впровадження у вітчизняний і міжнародний науковий і освітній простір. «Технологію» було впроваджено в освітню практику на базі закладів вищої освіти, загальноосвітніх закладів, науково-дослідних установ та організацій: України (м. Одеси, м. Херсон, м.Київ та області).

На різних етапах науково-дослідної експериментальної роботи: розроблено, апробовано та впроваджено комплексну систему науково-методичного забезпечення, відпрацьовано інтегративний діагностичний та корекційно-розвивальний інструментарій, інформаційно-прогностичний і корекційно-розвивальний блоки, а також окремі аспекти та компоненти модулів «технології».

Підводячи підсумки, зазначимо, що інтегративний інструментарій представленої авторської «Технологія» та моделей її реалізації, *є науково-методичною і дієвим засобом, практикою психологічної допомоги в подоланні психологічних проблем і травм, розвитку стресостійкості та здатності до швидкої адаптації особистості, та стимулювання посттравматичного зростання у кризових і екстремальних ситуаціях громадянського населення, а також військовослужбовців та учасників бойових дій.* Розвиток стресостійкості та здатність до швидкої адаптації – це ключові фактори успішного подолання травми та розвитку посттравматичного зростання.

В цілому спеціалізована *психологічна допомога надає можливість:* зниженню рівня емоційної напруги, стабілізацію рівня тривожності, нівелювання агресії; підвищення продуктивної активності та спонтанності поведінки у ситуаціях спілкування та діяльності, зміцнення мотивації співробітництва та почуття спільності; стабілізацію почуття безпеки (захист від можливої подальшої шкоди); формування та розвиток адаптаційних ресурсів та навичок саморегуляції.

Названі якості дозволяють людині не лише подолати негативні наслідки травматичної події, але й отримати з неї цінний досвід, трансформуючись у сильнішу та стійкішу особистість, розвиваючи посттравматичного зростання.

3.2 Психолого-педагогічні форми впливу на психологію особистості військовослужбовців–учасників бойових дій

Повномасштабна війна суттєво трансформувала умови життєдіяльності українських військовослужбовців, різко підвищивши психологічне навантаження та вимоги до їхньої емоційної, мотиваційної й ціннісної сфери. Відповідно, на перший план виходять не лише клініко-психологічні, а й психолого-педагогічні форми впливу, що поєднують навчання, тренування, корекцію та підтримку особистості військового. Йдеться про системні інтервенції, які спрямовані не тільки на редукцію симптомів стресу чи ПТСР, а й на розвиток стресостійкості, саморегуляції, реконструкцію ідентичності та актуалізацію посттравматичного зростання.

Аналіз сучасних досліджень свідчить, що найбільшу ефективність демонструють комплексні програми, які інтегрують психологічні тренінги, психотерапевтичні та психоедукаційні підходи, групову підтримку (включно з реєр-наставництвом) і цілеспрямовано організовану фізичну підготовку (Lokyan et al., 2025; Dindo et al., 2020; Assonov, 2021; Romanchuk et al., 2021; Grover et al., 2024; Romaniuk et al., 2024; Franco et al., 2024). У такій логіці психолого-педагогічний вплив розуміється як багаторівнева система підтримки військовослужбовця «від тренінгового полігона до програм реінтеграції», що супроводжує його на всіх етапах бойового та післябойового шляху.

3.2.1. Теоретико-методологічні орієнтири психолого-педагогічного впливу

Психолого-педагогічні форми роботи з військовослужбовцями доцільно розглядати в межах кількох взаємодоповнювальних парадигм.

Суб'єктно-діяльнісний підхід. Військовослужбовець розглядається як активний суб'єкт, здатний до рефлексії, саморегуляції та смислотворення, а не як «пасивний реципієнт» психотравматичних впливів. Відповідно, будь-які тренінги й програми не просто «передають знання», а створюють умови для суб'єктного опрацювання досвіду війни.

Компетентнісний підхід. Мішенню впливу стають не окремі симптоми, а цілісні психологічні компетентності: стресостійкість, емоційна регуляція, навички міжособистісної взаємодії, кризове смислотворення, здатність до самопомоги й взаємодопомоги. Це зближує психолого-педагогічну роботу з логікою безперервного професійного навчання військових (Lokyan et al., 2025).

Біопсихосоціальна та травма-інформована модель. Психологічний стан військовослужбовця розглядається як результат взаємодії біологічних (поранення, ТБІ, хронічний біль), психологічних (переживання втрат, провини, сорому) та

соціальних (сім'я, підрозділ, суспільні очікування) чинників (Dindo et al., 2020; Assonov, 2021). Це визначає потребу в мультидисциплінарних командах і між-відомчій координації.

Посттравматичне зростання та реконструкція ідентичності. Психолого-педагогічний вплив орієнтується не лише на «повернення до норми», а й на створення умов для якісних позитивних змін у самосприйнятті, життєвих пріоритетах і стосунках, тобто для посттравматичного зростання. Відповідно, значущими стають інтервенції, які підтримують переосмислення власної ідентичності як ветерана, захисника, наставника тощо (Rhodes et al., 2024; Franco et al., 2024).

Таблиця 3.2.1

Принципи побудови психолого-педагогічних програм для військово-службовців

Принцип	Суть принципу	Приклади практичної реалізації
Поетапність і безперервність	Програми охоплюють увесь цикл військового шляху: до, під час і після участі в бойових діях	Пакет модулів: передовий тренінг польові інтервенції + програми декомпресії + довгострокові курси реінтеграції
Мультидисциплінарність	У роботі поєднуються ресурси психологів, лікарів, командирів, педагогів, соціальних працівників, ветеранів-наставників	Створення мультидисциплінарних команд; спільні протоколи взаємодії військових частин, медичних установ і ветеранських організацій
Культурна та контекстна чутливість	Врахування українського історичного, ціннісного та бойового контексту, мовних і символічних особливостей	Використання українських наративів (оборона, гідність, солідарність), адаптація західних протоколів до реалій ЗСУ
Гендерна чутливість	Урахування специфічних потреб жінок – військовослужбовиць, ветеранок і членів сімей	Окремі модулі для жінок, визнання й проговорення гендерно-специфічних стресорів, робота зі стигмою й дискримінацією
Добровільність та етичність	Поважання автономії військовослужбовця, прозорість цілей і методів, конфіденційність	Добровільний характер участі в більшості програм (за винятком скринінгу), чітке інформування, етичні стандарти роботи з травмою
Орієнтація не лише на симптоми, а й на зростання	Фокус не тільки на редукції ПТСР/депресії, а й на розвитку ресурсів, смислів і нових життєвих перспектив	Включення модулів з планування майбутнього, розвитку лідерства, участі у громадських проєктах, навчання інших військових

У цій рамці психолого-педагогічні форми впливу можна розглядати як «міст» між бойовою підготовкою, клінічною допомогою та процесами освітньої й соціальної реінтеграції.

3.2.2. Психологічні тренінги та розвиток стресостійкості

Однією з базових форм є психологічні тренінги, що моделюють емоційно насичені ситуації, наближені до бойових умов, і дають змогу формувати навички саморегуляції ще до виходу в реальну зону ризику. Дослідження показують, що систематичні тренінгові програми, які включають елементи стрес-інокуляції, тренування уваги, емоційного інтелекту й командної взаємодії, підвищують здатність військовослужбовців справлятися зі стресом і знижують ризик довгострокових психічних наслідків (Lokyan et al., 2025; Вахоцька, Шестопалова, 2020).

Важливими компонентами таких тренінгів є: Навички емоційної регуляції (розпізнавання власних станів, диференціація емоцій, застосування технік «заземлення», дихальних вправ, коротких протоколів самопомоги). Когнітивне переосмислення стресу, коли військовослужбовці навчаються трактувати інтенсивні реакції як передбачувану, але керовану частину бойового досвіду, а не як «ознаку слабкості». Командне тренування, спрямоване на розвиток довіри, взаємопідтримки, узгодженості дій у стресі, що згодом стає основою для групової резиліентності.

У роботах, присвячених розробленню тренінгів стресостійкості для учасників бойових дій, наголошується на необхідності поєднання стандартизованих модулів (психоедукація, техніки релаксації) з гнучкими елементами, адаптованими до конкретних типів підрозділів, бойових завдань і національного контексту (Вахоцька, Шестопалова, 2020). Умовою ефективності є повторюваність і поступове ускладнення тренінгових завдань, а також інтеграція з фізичною та тактичною підготовкою.

3.2.3. Психотерапевтичні, психокорекційні та психоедукаційні програми

Другий важливий блок складають психотерапевтичні й психокорекційні програми, які поєднують клінічні й освітні компоненти.

У міжнародній практиці активно застосовуються когнітивно-поведінкові, АСТ-підходи (терапія прийняття й відповідальності), травма-фокусована терапія, EMDR, арт-терапія, біофідбек, а також короткі інтенсивні формати роботи для ветеранів із поєднаними проблемами (хронічний біль, черепно-мозкова травма, тривожно-депресивна симптоматика) (Dindo et al., 2020; Assonov, 2021).

Для українського контексту особливо значущими є алгоритми медико-психологічного супроводу військовослужбовців та ветеранок, що поєднують діагностику, психоедукацію, групову й індивідуальну терапію та мультидисциплінарну координацію (Kozhyna et al., 2021). Такі протоколи фактично виступають інструментом психолого-педагогічного впливу, оскільки формують у військових знання про природу стресу, ПТСР, взаємозв'язок психічних та тілесних реакцій, навчають розпізнавати «червоні прапорці» та своєчасно звертатися по допомогу.

Ключові психоедукаційні компоненти: нормалізація стресових реакцій («те, що з вами відбувається, є передбачуваною відповіддю організму на надмірне навантаження»); навчання базовим навичкам саморегуляції (сон, режим, фізична активність, техніки релаксації); пояснення механізмів ПТСР, депресії, тривожних розладів, щоб зменшити стигму; залучення членів сім'ї як партнерів у процесі відновлення.

Таблиця 3.2.2

Цілі психолого-педагогічного впливу та цільові психологічні компетентності

Ціль впливу	Цільові психологічні компетентності	Приклади відповідних форм / програм
Профілактика дезадаптації й психічних розладів	Базове розуміння природи стресу, навички саморегуляції, вміння розпізнавати «червоні прапорці»	Психоедукаційні модулі під час підготовки й демобілізації, короткі тренінги саморегуляції, інформ. кампанії
Розвиток стресостійкості та емоційної регуляції	Толерантність до стресу, навички керування емоціями, здатність діяти в умовах небезпеки	Тренінги стресостійкості, тренінги уваги та емоційного інтелекту, модульована фізична підготовка
Реконструкція ідентичності та смислотворення	Здатність інтегрувати травматичний досвід у життєву історію, формувати/перебудувати життєві цілі, приймати нові ролі	Індивід. й групова психотерапія, нарративні підходи, програми реєр-наставництва, участь у ветеранських спільнотах, волонтерські ініціат.
Покращення міжособистісної взаємодії та сімейних стосунків	Комунікативні навички, емпатія, здатність до конструктивного вирішення конфліктів, сімейна рольова гнучкість	Сімейні консультації, парна терапія, тренінги комунікації, групи для членів сімей військових
Підтримка посттравматичного зростання	Рефлексивність, здатність бачити нові можливості, переоцінювати цінності, брати на себе соціальну відповідальність	Інтегровані програми реадaptaції, групи особистісного розвитку для ветеранів, лідерські та громадські проєкти, участь у навчанні інших військових

Таким чином, психотерапевтичні програми, будучи клінічно зорієнтованими, одночасно виконують педагогічну функцію: формують у військових нові знання, переконання та навички, необхідні для подальшого самостійного підтримання психологічного благополуччя.

3.2.4. Групова підтримка, наставництво та реєр-програми

Групові форми роботи – групи підтримки, програми наставництва, ветеранські клуби, реєр-to-реєр формати – є чи не найбільш природним середовищем для опрацювання бойового досвіду.

Мета-аналізи показують, що суб'єктивно відчуваний рівень соціальної підтримки й приєднаності до спільноти суттєво пов'язаний із нижчою вираженістю ПТСР та вищим рівнем психологічного благополуччя у ветеранів (Grover et al., 2024).

Сучасні програми реінтеграції ветеранського населення включають:

- ❖ структуровані групи психологічної адаптації та реінтеграції, у яких поєднуються елементи тренінгу, обміну досвідом, планування майбутнього, опрацювання міжособистісних труднощів (Romaniuk et al., 2024);
- ❖ реєр-менторство, коли ветерани з більш тривалим досвідом адаптації підтримують «новачків», допомагаючи їм орієнтуватися в системі послуг, опановувати нові соціальні ролі та справлятися з почуттям ізоляції (Franco et al., 2024; Rhodes et al., 2024);
- ❖ сімейні та парні формати, що спрямовані на відновлення комунікації в сім'ї, зменшення конфліктності, корекцію взаємних очікувань щодо ролі ветерана.

Реєр-програми мають подвійний ефект: для учасників, які отримують підтримку, вони знижують відчуття самотності, нормалізують досвід, надають практичні моделі адаптації; для менторів – формують почуття компетентності, значущості, підтримують посттравматичне зростання через переживання власної корисності для інших ветеранів (Franco et al., 2024).

Групова робота виконує й важливу ідентичнісну функцію: дозволяє переосмислити образ «ветерана» з позицій активного учасника громадського життя, носія цінного досвіду й морального авторитету, а не виключно «травмованої» чи «проблемної» особи.

Це, у свою чергу, створює умови для більш стійкої, інтегрованої ідентичності, яка лежить в основі посттравматичного зростання.

3.2.5. Фізична підготовка і спорт як психолого-педагогічний ресурс

Фізична підготовка традиційно розглядається як складова бойової спроможності військовослужбовця, однак сучасні дані дозволяють трактувати її й як важливий компонент психолого-педагогічного впливу.

Програми, що цілеспрямовано розвивають витривалість, координацію, командну взаємодію через спортивні ігри, військово-прикладні види спорту та індивідуальні тренування, сприяють формуванню морально-психологічних якостей: дисципліни, відповідальності, колективізму, здатності переносити тривале навантаження (Romanchuk et al., 2021).

Фізична активність:

знижує рівень тривоги й депресивних симптомів за рахунок нейробіологічних механізмів (ендорфіни, нейропластичність);

- ✓ структурує повсякденність ветерана, задаючи зрозумілий ритм дня;
- ✓ створює альтернативне поле досягнень, у якому можливо переживати успіх, прогрес, командну згуртованість поза суто військовим контекстом;
- ✓ виступає «майданчиком» для відпрацювання навичок саморегуляції, довіри, взаємопідтримки.

Таким чином, фізична підготовка стає частиною комплексної психолого-педагогічної програми, а не ізольованим компонентом бойового навчання.

3.2.6. Інтегративні моделі та принципи побудови програм

Практика показує, що найвищий ефект дають інтегративні моделі, у яких різні форми психолого-педагогічного впливу поєднуються в єдину логіку: від підготовки до бойових дій – через супровід під час ротацій – до реінтеграції та довготривалої підтримки.

Такі моделі:

- ✓ спираються на поетапність (pre-deployment, deployment, post-deployment);
- ✓ враховують індивідуальні траєкторії (поранення, ТБІ, зміна ролей, демобілізація);
- ✓ використовують мультидисциплінарні команди (психологи, педагоги, лікарі, командири, ветерани-ментори);
- ✓ інтегрують онлайн- і офлайн-формати (очно-групові заняття, дистанційні модулі, мобільні додатки для саморегуляції).

До базових принципів побудови таких програм можна віднести:

Добровільність і безпечність участі, мінімізацію примусу, прозорі правила конфіденційності.

Таблиця 3.2.3

Основні психолого-педагогічні форми впливу на військовослужбовців

Форма впливу	Мета	Ключовий зміст / інструменти	Очікувані результати
Психологічні тренінги стресостійкості	Підвищення здатності переносити бойовий стрес, запобігання дезадаптації	Стрес-інокуляція, моделювання бойових ситуацій, тренування уваги, емоційн. регуляції, командної взаємодії	Зменшення інтенсивності гострих реакцій на стрес, кращий контроль емоцій, ефективна поведінка в умовах небезпеки
Психоедукаційні програми	Формування розуміння природи стресу, ПТСР, депресії, механізмів відновлення	Лекційно-тренінгові модулі, інформаційні матеріали, робота з міфами про психічне здоров'я, навчання навичок самодопомоги	Зниження стигми, підвищення готовності звертатися по допомогу, формування базових навичок саморегуляції
Психотерапевтичні та психокорекційні інтервенції	Лікування та корекція наслідків психотравми, підтримка реконструк. ідентичності	Індивід. й групова терапія (КПТ, АСТ, травма-фокусовані підходи, арттерапія, EMDR), робота з травмою, провинною, втратою	Зменшення симптомів ПТСР, тривоги, депресії; інтеграція травматичного досвіду в життєву історію, підвищення якості життя
Групи підтримки, реєс-наставництво, ветеранські спільноти	Зменшення ізоляції, формування почуття приналежності, підтримка посттравматичного зростання	Структуровані групові зустрічі, обмін досвідом, взаємопідтримка, програми «рівний-рівному», ветеранські клуби	Нормалізація переживань, посилення соціальної підтримки, формування нових соціальних ролей (наставник, лідер, активіст)
Фізична підготовка та спортивні програми	Підтримка психофізичної витривалості, формування морально-психологічних якостей	Регулярні тренування, військово-прикладні види спорту, командні ігри, реабілітаційні програми з фізичної активності	Зменшення тривоги й депресії, покращення сну, дисципліна, відчуття компетентності й досягнення
Інтегровані програми реадaptaції та реінтеграції	Комплексна підтримка переходу від війни до мирного життя, актуалізація ПТЗ	Комбінація тренінгів, терапії, психоедукації, сімейних програм, професійної орієнтації, соціального супроводу	Стійка адаптація, формування нової ідентичності ветерана, збереження / відновлення соц. функціонування

Культурну й контекстну чутливість, адаптацію контенту до українських реалій, бойового досвіду ЗСУ, морально-ціннісних орієнтацій захисників.

Гендерну чутливість, урахування специфічних потреб і викликів для жінок-військовослужбовиць, ветеранок та членів родин.

Орієнтацію на зростання, а не лише на зниження симптомів – підтримку смислотворення, реконструкції ідентичності, формування довгострокових життєвих планів.

Таблиця 3.2.4

Психолого-педагогічні форми впливу на різних етапах військового шляху

Етап / фаза	Основні завдання	Базові форми впливу	Специфіка реалізації
До участі в бойових діях (передова підготовка)	Формування стресостійкості, базових навичок саморегуляції, командної згуртованості	Психологічні тренінги, психоедукація, тренінги командної взаємодії, фізична підготовка	Інтеграція в систему бойового навчання; моделювання стресових ситуацій; робота з очікуваннями щодо війни
Під час участі в бойових діях (ротації, передова зона)	Підтримка функціонування під стресом, профілактика гострих розладів, збереження боєздатності підрозділу	Короткі кризові інтервенції, бригадна декомпресія, психоедукаційні «вставки», мобільні/онлайн інструменти самодопомоги	Робота в «польових» умовах, високий темп, обмежений час; фокус на підтримці, а не глибокій терапії
Безпосередньо після повернення (демобілізація, відпустка)	Первинна психодіагностика, запобігання дезадаптації, підтримка переходу	Програми декомпресії, скринінгові обстеження, короткі психоедукаційні курси, групи адаптації	Обов'язкові/рекомендовані огляди, скринінг на ПТСР, депресію, вживання психоактивних речовин; орієнтація на раннє виявлення ризиків
Довготривала реадаптація та реінтеграція	Відновлення соціального функціонування, підтримка сімейних стосунків, професійна переорієнтація, ПТЗ	Психотерапевтичні програми, групи підтримки, реєр-наставництво, сімейні програми, освітні та професійні курси, спорт	Індивідуалізація маршруту допомоги; тісна співпраця з ветеранськими організаціями, громадами, закладами освіти й працевлаштування

Дискусія. Розглянуті у підрозділі психолого-педагогічні форми впливу демонструють очевидний зсув від вузько «клінічного» підходу до війна – як до носія симптомів – до більш цілісного бачення військовослужбовця як суб'єкта, що навчається, рефлексує, здатний розвивати нові компетентності й конструювати оновлену ідентичність. Це добре узгоджується з сучасними тенденціями військової психології, де профілактика, підготовка і супровід розглядаються не як допоміжні, а як структурні елементи системи забезпечення боєздатності та довгострокового благополуччя військових (Lokyan та ін., 2025; Grover et al., 2024). Такий підхід дозволяє розглядати психолого-педагогічні програми як довготривалу інвестицію в людський капітал сектору безпеки й оборони, а не як «додаток» до медичної допомоги. Водночас емпіричні дані свідчать, що навіть найкраще розроблені тренінги стресостійкості та реінтеграційні програми не є «панцеєю» і не гарантують ані відсутності ПТСР, ані автоматичного посттравматичного зростання (Dindo et al., 2020; Franco et al., 2024). Ефективність психолого-педагогічного впливу істотно залежить від структурних чинників: підтримки з боку командування, кадрової та ресурсної спроможності підрозділу, стабільності організаційних процедур, а також від ширшого соціального контексту – суспільного визнання служби, реалістичності очікувань щодо «героїчності» ветерана, рівня стигматизації психічних розладів. Там, де ці умови не виконуються, навіть формально впроваджені програми ризикують перетворитися на «галочку» в звітності.

Окремим предметом дискусії є баланс між стандартизацією і гнучкістю програм. З одного боку, наявність чітких протоколів (наприклад, алгоритмів медико-психологічного супроводу, структурованих тренінгів стресостійкості чи програм декомпресії) забезпечує відтворюваність, контроль якості й можливість наукової оцінки ефективності (Вахоцька, Шестопалова, 2020; Kozhyna et al., 2021). З іншого – орієнтація лише на «готові модулі», запозичені з інших армій, без урахування українського бойового досвіду, культури взаємодії в підрозділах, ролі сім'ї та громади, може призвести до поверхневого засвоєння й втрати довіри з боку особового складу. Оптимальною видається модель «керованої гнучкості», коли ядро програми стандартизоване, але передбачені адаптаційні блоки, що налаштовуються під конкретний контингент, вид завдань і регіон. Дискусійним є також питання межі між психолого-педагогічним впливом і терапевтичним втручанням. У реальній практиці ці рівні часто перетинаються: тренінги містять елементи корекційної роботи, а терапевтичні програми мають виразну освітню складову. З одного боку, це підсилює ефект, оскільки військовослужбовці отримують «упакова-

ний» комплекс: нові знання, навички самодопомоги та простір для опрацювання травматичного досвіду (Dindo et al., 2020; Romaniuk et al., 2024). З іншого – з’являється ризик «розмивання» професійних ролей і завищених очікувань від коротких освітніх форматів, які не можуть замінити тривалої терапії при тяжких розладах. Це ставить завдання чіткого нормативного розмежування рівнів допомоги та забезпечення належної підготовки фахівців. Значущим, але часто недооціненим компонентом виступає гендерна чутливість психолого-педагогічних форм впливу. Жінки-військовослужбовиці й ветерани стикаються з додатковими стресорами – від гендерної дискримінації до конфлікту між професійною і традиційною гендерною роллю, – що впливає як на вираженість симптомів, так і на прийнятність та ефективність інтервенцій (Kozhyna et al., 2021; Mckenzie et al., 2021). Проте багато програм досі створені за «універсальною» (фактично – чоловічою) моделлю. У цьому контексті доцільно включати окремі модулі, спрямовані на опрацювання гендерно-специфічних викликів, а також забезпечувати видимість і агентність жінок-ветеранок у ролі тренерок, менторок, лідерок ветеранських спільнот.

Не менш важливим є питання, наскільки психолого-педагогічні програми дійсно підтримують посттравматичне зростання, а не лише «повернення до функціонування». Описані форми роботи мають потенціал сприяти ПТЗ: тренінги стресостійкості розвивають почуття особистої компетентності; групи підтримки й реєс-наставництво – переживання приналежності та взаємної значущості; психоедукація й терапія – смислотворенню й реконструкції ідентичності (Rhodes et al., 2024; Franco et al., 2024). Водночас цей потенціал реалізується лише тоді, коли програми виходять за рамки суто «симптомної» логіки й містять модулі, спрямовані на роботу з цінностями, життєвими цілями, громадянською й професійною суб’єктністю ветерана. Важливою стратегічною проблемою є інтеграція психолого-педагогічних форм впливу у ширшу систему післявоєнної реінтеграції. Без координації з освітньою, соціальною, медичною та кадровою політикою такі програми залишатимуться «островами» ентузіазму, результат яких частково нівелюється структурними бар’єрами – від бюрократичних процедур до дискримінації при працевлаштуванні. Тому дискусія про психолого-педагогічні форми впливу неминує виходить за межі суто психології й педагогіки, торкаючись питання міжвідомчої взаємодії, законодавчої бази, фінансування та довгострокової державної стратегії щодо ветеранів.

Нарешті, перспективним напрямом бачиться подальша наукова операціоналізація ефектів таких програм: розроблення валідних індикаторів психологічних

компетентностей, довготривале лонгітюдне відстеження учасників програм, порівняння різних моделей (інтенсивні короткострокові vs розтягнуті в часі, групові vs індивідуальні, офлайн vs гібридні). Лише за умов суворої емпіричної перевірки можна буде перейти від інтуїтивних висновків до чітких, доказових рекомендацій щодо того, які саме психолого-педагогічні формати найбільш ефективні для різних категорій військовослужбовців – за віком, досвідом, пораненнями, гендером, типом служби.

Узагальнюючи, психолого-педагогічні форми впливу на психологію особистості військовослужбовців можна розглядати як ключову ланку між клінічною допомогою, бойовою підготовкою та соціальною реінтеграцією. Їхній потенціал – у можливості не лише зменшувати дистрес, а й підтримувати посттравматичне зростання, реконструкцію ідентичності й формування зрілої, відповідальної ветеранської суб'єктності. Водночас реалізація цього потенціалу потребує системної вбудованості програм у військову й цивільну інфраструктуру, методологічної строгості та чутливості до українського контексту війни.

Висновки до підрозділу 3.2:

Психолого-педагогічні форми впливу на психологію особистості військовослужбовців-учасників бойових дій слід розглядати як системну багаторівневу підтримку, що інтегрує тренінгові, терапевтичні, групові та фізично-активні компоненти. Психологічні тренінги, побудовані на принципах стрес-інокуляції, розвитку емоційної регуляції та командної взаємодії, формують фундамент стресостійкості й зменшують ризик тяжких психічних наслідків бойового досвіду.

Психотерапевтичні й психоедукаційні програми виконують подвійну функцію: забезпечують клінічну допомогу та формують у військових компетентності саморегуляції, розуміння власних станів, готовність звертатися по підтримку.

Групова підтримка, реєр-наставництво та ветеранські спільноти є ключовими середовищами для реконструкції ідентичності, опрацювання пережитого досвіду й актуалізації посттравматичного зростання. Фізична підготовка й спортивні програми, будучи органічною частиною військової служби, водночас виступають важливим психолого-педагогічним ресурсом, що зміцнює морально-психологічні якості, структурує повсякденність та підтримує відновлення.

Інтегративні моделі психолого-педагогічного впливу, побудовані на засадах поетапності, мультидисциплінарності, культурної та гендерної чутливості, створюють оптимальні умови для довгострокового психологічного благополуччя й посттравматичного зростання військовослужбовців.

3.3. ДОСЛІДЖЕННЯ ФОРМ І ПЕРСПЕКТИВ ІНФОРМАЦІЙНОГО ВПЛИВУ НА ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТАН ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ–УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

3.3.1. Психологічні наслідки участі військовослужбовців у бойових діях: зарубіжний досвід

Тривалий час у військовій психології наслідки бойової психологічної травми розглядалися у межах психічних розладів різного ступеня тяжкості [6, С.84 с.]:

- ПТСР;
- гостра реакція на стрес;
- розлади адаптації.

Бойова психічна травма завжди пов'язана з впливом чинників бойової обстановки. Причиною виникнення БПТ є загроза власному життю і здоров'ю, а також важкі поранення і загибель товаришів по службі, свідком яких стає людина.

На війні, для впливу на ситуацію, противник використовує стимулювання фізичного і психічного стресу [107]:

- невизначеність;
- неочікуваність;
- страх;
- паніку;
- безнадійність;
- ізоляцію;
- дезінформацію;
- хаос.

Соматична бойова травма значно посилює бойову психічну травму, чим багаторазово збільшує ймовірність розвитку ПТСР.

ПТСР нерідко співіснує з іншими формами психопатології.

90% тих, хто пережив ПТСР, мають принаймні, одне супутнє захворювання протягом життя.

Найбільш поширеними супутніми захворюваннями є (О. С. Чабан, О. О. Хаустова, 2022): депресія; тривожні розлади; адикції; суїцидальна поведінка; психосоматичні порушення) [45].

Британський військовий історик Ентоні Джеймс Бівор у книжці «The Second World War», розділ 39 «Операція “Багратіон” і Нормандія, червень-серпень 1944 р.», описує ставлення до бойової травми під час Другої світової війни в німецькій

армії, а також аналізує ставлення до психологічної бойової травми в арміях, які воювали з гітлерівською Німеччиною: «Бойова втома не визнавалася в німців якимось особливим станом. Вона вважалася боягузством. Солдатів, які хотіли уникнути участі в бойових діях самострілом, просто розстрілювали.

У цьому сенсі американська, канадська та англійська армії були надто цивілізованими. Більшість психоневротичних втрат сталися внаслідок боїв у живих огорожах, і більшість таких жертв були солдати з поповнень, яких кинули в бій погано підготовленими. До кінця цієї кампанії близько тридцяти тисяч військовослужбовців Першої армії США були зареєстровані як психологічні втрати. За оцінкою головного лікаря сухопутних військ США, у частинах на передовій психологічні втрати становили до 10% особового складу» (Beavor, Antony, 2012). 10% – це суттєві людські втрати, які неможливо ігнорувати.

Ізраїльські психіатри Zohar J., Juven-Wetzler A., Sonnino R. та ін. (2011), у роботі «Нові погляди на вторинну профілактику посттравматичного стресового розладу» зазначають, що 80-90 процентів осіб, які пережили психічну травму, самостійно справляються з нею [177]. При цьому 10-20% осіб, які отримали психотравматизацію, потребують психологічної допомоги.

Американський психолог Ch. Hoge (2010) розглядає ПТСР як певну інерцію в згасанні симптомів в умовах мирного часу. Так, необхідні для виживання під час бойової обстановки якості, можуть в умовах мирного життя сприйматися гіпертрофовано (гіпермобілізованість як надмірна тривожність, зниження реагування на трагічні ситуації як емоційна холодність тощо).

Ch. Hoge аналізує найважливіші навички, які необхідні для адаптації до мирного життя: прийняття емоцій втрати, прийняття та вираження первинних емоцій, впоратися з виною вцілілого, прийняти інші травматичні події, що сталися в бою. (Hoge, Charles W., 2010).

Для адаптивності потрібна гнучкість, завдяки якій індивід пристосовується до стресогенного середовища. Австрійський психіатр, психолог, невролог, філософ – колишній в'язень нацистського концентраційного табору Віктор Франкл наголошував на необхідності гнучкості, що дає змогу людині вижити навіть у найскладніших фізичних і психологічних умовах. (Франкл В., 2016).

R. Janoff-Bulman зазначала, що «потужні негативні наслідки травми – біль і страждання, усвідомлення підвищеної вразливості та пов'язане з ним визнання втрати смислу й незрозумілих втрат слугують каталізаторами посттравматичного зростання» (Janoff-Bulman R., 1992).

Сучасні технічні можливості ведення війни (керовані дрони, наддалекобійні

знаряддя, ракети, що самонаводяться, військові роботи, використання ШІ, тощо) роблять більш фізично досяжними тих, хто бере участь в активних бойових діях.

Це вимагає не тільки нових методів захисту, а й підвищення стресостійкості особистості, яка включає попереднє формування психічної готовності до бойових дій та екстремальних ситуацій.

3.3.2. Вплив інформаційно-комунікаційних технологій на психіку учасників бойових дій

У виникненню психологічного стресу як в умовах бойових дій, так і у процесі реабілітації, велика роль належить негативному впливу інформаційних і комунікаційних систем та засобів масової інформації, що негативно відбивається на психічному стані учасників бойових дій.

Поширення інформаційно-комунікаційних пристроїв дозволяє з великою швидкістю розповсюджувати шокуючі фото, аудіо та відеоматеріали з місця подій і вести прямі репортажі, що створює ефект присутності та робить людей, що спостерігають за цим, фактично учасниками трагедій (Н. М. Бугайова, 2023).

Бойові дії супроводжуються крайньою небезпекою життя, пораненнями і смертю бойових товаришів.

Крім фізичної небезпеки, умови війни, що загрожують життю, завдають бійцям серйозної психологічної травми. Під впливом надсильних подразників, виникають порушення психічної діяльності.

Особливістю психогенного впливу стресу на психіку бійців є те, що він виникає не тільки внаслідок реальної загрози їх здоров'ю та життю, а й через постійне очікування негативного розвитку подій. Це очікування може бути не тільки результатом об'єктивних обставин але й обумовлене інформацією, яка отримується з різних інформаційно-комунікаційних джерел.

Знаходячись на реабілітації, ветерани підтримують зв'язок з побратимами, які продовжують знаходитись у зонах бойових дій, а також продовжують отримувати інформацію з різних інформаційних джерел, що чинить інформаційне навантаження на їх психіку.

Стрес, викликаний війною, характеризується тривалою невизначеністю. Нескінченне очікування негативного розвитку подій психологічно і фізично виснажує людину, виснажуючи резерви її організму. У такому стані психіки адаптивні механізми захисту працюють неповноцінно, що сприяє дезадаптації та негативно впливає на хід реабілітації ветеранів-учасників бойових дій.

В умовах активних бойових дій солдати весь час наражаються на загрозу їх життя, оскільки вони позбавлені можливості ухилитися від виконання бойових

завдань. Однак в умовах широкого використання інформаційних технологій ухилитися від надходження негативної інформації та наслідків її впливу на психіку, навіть в умовах реабілітаційних центрів, практично неможливо.

Психіка людини, в умовах війни, як у зонах бойових дій, так і у відносно спокійних зонах розташування реабілітаційних центрів, перебуває під впливом інформаційного навантаження, що здатне призвести до хронічного стресу.

Травми класифікуються за тривалістю [33].

➤ *Гостра надсильна психотравма* є безпосередньою реакцією на подію, яка виходить за межі життєвого досвіду особистості: воєнні дії, тортури, сексуальне насильство тощо.

➤ *Хронічна психічна травма* розвивається поступово. Порушення адаптаційних механізмів психіки відбувається внаслідок тривалого впливу стресу, у тому числі через отримання негативної інформації від ЗМІ чи комунікаційних засобів зв'язку.

Сприйняття смерті як випадкової агресії ззовні, що не контролюється, впливає на сприйняття середовища як стихійної зони, де, на думку людини, у будь-який час може реалізуватися найгірший варіант розвитку подій (О.О. Березіна, 2022).

Психіка людини вкрай важко переносить смерть іншої людини, тому можливість бачити смерть побратимів, близьких, знайомих тощо, особливо при трансляції з міста подій у реальному часі, а також при розповсюдженні важких наслідків воєнних дій, може завдавати психічної травми.

На відміну від професійно підготовлених військових, серед мобілізованих осіб можуть бути особи різного віку, які внаслідок своїх вікових фізіологічних та психофізіологічних особливостей більш схильні до імпульсивних реакцій та стресу. Саме тому не тільки медичний але й ретельний психологічний відбір, заснований на вивченні індивідуально-психологічних особливостей військовозобов'язаних за призовом під час мобілізації, визначення ступеню їх придатності до військової служби та відповідності певним видам військових спеціальностей, є дуже важливим [29].

Емоційна стійкість – це здатність зберігати емоційну рівновагу та стабільність в різних умовах діяльності, чи швидко їх відновлювати.

Емоційна стійкість залежить від резервів нервово-психічної енергії, особливостей процесів збудження та гальмування у нервовій системі, рухливості і лабільності нервових процесів які обумовлені особливостями психіки та темпераменту військовослужбовця [172].

У емоційно нестійких людей – астенізованих, чи таких, що страждають на соматичні захворювання, відзначається підвищена чутливість до негативних інформаційних впливів, що демонструє максимально високий ступінь уразливості. Інформація про будь-яку загрозову для життя подію, або ймовірність її виникнення, є стресором, який сприяє виникненню та розвитку тривоги, страху, паніки тощо. Це чинить негативний вплив на військового, його оточення а також на здатність якісно виконувати бойові завдання та адекватно реагувати на стресові ситуації.

Актуалізація психічного образу ситуації, що ґрунтується як на особистому негативному досвіді, так і на інформаційних блоках, що викликають яскраву емоційну реакцію закарбування, є каталізатором розвитку функціональної напруженості.

У мирний час, при перегляді кадрів катастроф і аварій, людина не завжди отожднює себе з потерпілими, оскільки перебуває поза полем впливу негативних чинників, що стали причиною трагедії, яку вона бачить (Н. М. Бугайова, 2017) [7].

В умовах війни життя і здоров'я учасників бойових дій наражається на постійну небезпеку. Адаптаційні механізми психіки поступово знижуються, резерви організму виснажуються. Чим довше військовий знаходиться у зоні бойових дій, тим більше він потребує відпочинку та відновлення фізичних і психічних сил.

Особливої актуальності інформаційний вплив на учасників бойових дій набуває під час гібридних війн, де задіюються всі можливі засоби інформаційно-психологічного впливу з метою демотивації та психічної дестабілізації військових у зонах бойових дій.

Вдосконалення методів ведення гібридних війн в умовах воєнних конфліктів потребують поглибленого наукового вивчення різних аспектів впливу на психіку учасників бойових дій в екстремальних умовах війни.

3.3.3. Особливості інформаційного впливу на посттравматичний стан військовослужбовців–учасників бойових дій

Під час війни психіка людини перебуває під постійним впливом стресу.

В умовах розвитку сучасних інформаційних технологій інформаційний вплив на психіку є особливо небезпечним, оскільки входить до складу засобів гібридної війни. При цьому не завжди інформація має негативний характер і залежить від того, хто і з якою метою використовує можливості сучасних технологій.

Особливістю інформаційного впливу на посттравматичний стан військовослужбовців–учасників бойових дій є його двобічність.

З одного боку, інформаційна та медійна складові можуть сприяти травматизації, ретравматизації та стигматизації військовослужбовців–учасників бойових дій як під час виконання бойових завдань:

- під час лікування
- під час проходження реабілітації
- після повернення до мирного життя.

Також інформаційні та інформаційно-комунікаційні ресурси здатні викликати інформаційне перевантаження та сприяти розвитку адиктивної поведінки й наражати на небезпеку, пов'язану із кіберзлочинністю (рис.3.3.1).



Рис.3.3.1. Фактори негативного інформаційного впливу на посттравматичний стан військовослужбовців-учасників бойових дій

Травматизація – виникнення психологічної травми через інформаційний вплив.

Ретравматизація – виникає внаслідок інформаційного впливу, який викликає повторне проживання травми через спогади.

Стигматизація – викривлення уяви про ПТСР чи інші розлади у військових, що повернулися. Це може порушувати адаптацію військовослужбовців –учасників бойових дій до мирного життя та блокувати їх бажання звертатися по психологічну та медичну допомогу.

Через стереотипи та упередження, багато військових з ПТСР відчувають страх непорозуміння та почуття сорому. Вони почувають себе ізольованими і неповноцінними, що підштовхує їх до приховування власних проблеми та уникання лікування. Саме через негативне ставлення оточуючих до ПТСР є найбільш серйозною причи-

ною небажання військовослужбовців–учасників бойових дій звертатися до профільних спеціалістів, що суттєво ускладнює процес своєчасної діагностики та лікування.

Інформаційне перевантаження – викликає перевтому, стрес, тривожність, порушення концентрації уваги та пам'яті, підсилює почуття безпорадності та безнадії, через що відбувається емоційне виснаження, дратівливість, виникає зниження продуктивності. Оскільки мозок не може ефективно обробляти надмірну кількість даних, інформаційне перевантаження може призводити до поведінкових змін та порушенню соціальних контактів, що, у підсумку здатне викликати дезадаптацію.

Адиктивна поведінка – виникає внаслідок психологічного вигорання, невизначеності, розвитку тривожності, виникненню ПТСР, що викликає бажання втекти від реальності за допомогою ПАР, алкоголю, наркотиків, надмірного використання гаджетів тощо. Адиктивна поведінка викликає дезадаптацію, руйнує особистість, знижує боєздатність та негативно впливає на моральний дух військових.

Кіберзлочинність – розвиток інформаційно-комунікаційних технологій розширив можливості кіберзлочинців, які використовують для кіберзлочинів віртуальну мережу та інші комунікаційні засоби. Особливості агресивного психологічного впливу у кіберпросторі залежать від унікальності віртуального середовища, яке суттєво розширює можливості кіберзлочинців.

Гібридна війна (її інформаційно-психологічний вплив) – інформаційно-психологічний вплив на свідомість та підсвідомість людини, спрямований на зміну її світогляду, як систему поглядів, переконань, оцінок, принципів, які визначають життєві позиції особистості та її цінності, а також поведінку людини (Н. М. Бугайова, 2023).

З другого боку, інформаційна та медійна складові можуть, навпаки, бути ресурсним джерелом для реабілітації та соціальної інтеграції військовослужбовців–учасників бойових дій, завдяки інформаційній, просвітницькій та профілактичній роботі (рис.3.3.2).



Рис.3.3.2. Фактори позитивного інформаційного впливу на посттравматичний стан військовослужбовців–учасників бойових дій

Інформаційний вплив – поширення контактів психологічної допомоги, гарячих ліній, реабілітаційних центрів, груп підтримки тощо.

Просвітницька діяльність – пояснення про ПТСР та його симптоми, а також симптоми інших порушень, роз'яснення методів лікування та реабілітації тощо.

Залучення різнопрофільних експертів та представників громадськості, родичів (психологів, медиків, ветеранів та членів їх родин, волонтерів тощо).

Профілактика – дестигматизація, профілактичні програми із залученням різнопрофільних експертів (психологів, медиків, ветеранів тощо).

Реабілітаційна діяльність – створення платформ для комунікації військово-службовців-учасників бойових дій з метою взаємодопомоги, інформування та підтримки.

Незважаючи на те, що посттравматичний стресовий розлад є основним наслідком бойового стресу, необхідно досліджувати сильні сторони особистості, її ресурсні можливості, які відбивають особливості функціонування психіки і позитивні тенденції в динаміці психологічної адаптації військових до існування у мирних умовах життя.

В умовах поширення цифрових технологій ухилитися від надходження негативної інформації та наслідків її впливу на психіку практично неможливо.

Особливості інформаційного впливу на посттравматичний стан військово-службовців-учасників бойових дій свідчать про важливість інформаційно-психологічної гігієни у збереженні психіки.

3.3.4. Характеристика сучасного інформаційного середовища

Інформаційні ресурси психологічного впливу на особистість включають:

- ✧ *Мобільний зв'язок;*
- ✧ *Месенджери;*
- ✧ *Сайти;*
- ✧ *Форуми і чати;*
- ✧ *Соціальні мережі;*
- ✧ *Сервіси відеохостингу;*
- ✧ *Електронну пошту;*
- ✧ *Телебачення;*
- ✧ *Радіомовлення;*
- ✧ *Інтернет-ЗМІ, тощо.*

Контент у кіберпросторі та містить ЗМІ м різні методи психологічного впливу на психіку користувача для досягнення різних цілей, які можуть чинити як

негативний так і позитивний вплив на ресурсний стан військовослужбовців–учасників бойових.

Методи інформаційного впливу на психіку людини:

Інформування. Надання інформації з метою зміни або формування у жертви певного ставлення до якогось факту або події. Інформація, що надається, може бути як правдивою, так і неповною, неправдивою, доповненою спотвореними або вигаданими деталями.

Переконання – є організованим процесом раціонального впливу на свідомість особистості з метою зміни чи формування у неї певних поглядів, переконань або моделей поведінки. Даний метод використовує логічні аргументи, пояснення та наочні демонстрації (відео фото та аудіо контент).

Згідно моделі ймовірності розвитку (Elaboration Likelihood Model, ELM), яка запропонована Petty, R. E., & Cacioppo, J. T. (1986), процесуальна обробка переконливих повідомлень і прогнозування змін ставлення залежать від ситуації прийому, характеристик переконливого повідомлення та індивідуальних характеристик одержувача (Richard E. Petty & John T., 2015). Доказ складається з трьох частин: тези, аргументів і демонстрації, тому, з метою маніпуляції в ході доказу можлива підміна тези або ж використання в якості доказів тези доводів, вірних частково і при певних умовах. Можливо також застосування свідомо помилкових доводів.

Психічне зараження – це передача емоційного стану від однієї людини чи групи людей до іншої та наступне його поширення. Відбувається в результаті співпереживання або з'являється під впливом соціального тиску.

Сугестія (навіювання) – це навмисний психічний вплив на свідомість людини з метою зміни її поведінкових особливостей, психічного і емоційного стану, при якому відбувається некритичне сприйняття інформації, що нею не усвідомлюється. В основі навіювання лежить ослаблення дії свідомого контролю жертви і зниження критичності при сприйнятті нею інформації, яку навіюють. Навіювання завжди орієнтоване на емоційну сферу людини.

За способом реалізації навіювання поділяється на пряме (імперативне) і непряме:

Пряме навіювання припускає використання певних словесних команд, які впроваджуються у свідомість жертви і стають, у подальшому, активними елементами її поведінки.

Непряме навіювання здійснюється подачею прихованої інформації і тому не викликає внутрішнього опору у навіюваного. Інформаційні ресурси використо-

вують непряме навіювання [8].

Наслідування – свідоме чи несвідоме копіювання поведінки чи дій інших людей. Даний метод часто використовує соціальні установки та приклади авторитетів.

Примус – це відкритий тип психологічного впливу, що передбачає психологічний тиск, вимогу, наказ, шантаж або загрозу.

Повідомлення у соціальних мережах, блогах та відеохостингах можуть перемішуватися з неповною, викривленою, неправильно трактованою або неправдивою чи відверто фейковою інформацією. При цьому в інтернет-просторі може міститися прямо-протилежна інформація, що неминуче створює інформаційний хаос, який поступово викликає інформаційне перевантаження.

Користувач починає шукати в інтернет-мережі підтвердження інформації, яка у нього викликала емоційну реакцію. Відомо, що сильні емоції активують у головному мозку лімбічну систему, яка відповідає за емоційне реагування. Її активація придушує критичне мислення, чим відкриває шляхи для психологічної маніпуляції.

З метою виклику емоційної реакції, маніпулятори використовують гучні висловлювання і заклики, апелюючи до загальнолюдських цінностей та моральних принципів, задають риторичні питання, відповіді на які настільки однозначні, що навіть не вимагають підтвердження.

При інформаційному вкиданні упор, як правило, робиться на шаблони і стереотипи уявлень про світ.

Для поширення неправдивої інформації автори публікацій можуть звинувачувати владу чи окремі служби у бездіяльності чи неналежному виконанні обов'язків. Щоб інформація швидко поширювалася у інформаційному просторі, треба щоб вона викликала у слухача інтерес, емоції та довіру. Неправдива інформація може поширюватись не знеособлено, а від якоїсь достовірної особи чи нібито від реальної особи, акаунт якої може бути зламаний чи підроблений.

Основні маркери неправдивої інформації у інформаційному просторі:

1) Інформація містить згадки про, нібито, достовірні джерела, які конкретно не називаються.

2) Наповнення інформації у якості підтверджень джерелами новин та посиленнями на ресурси іноземними мовами, які при перевірці не містять фактів, що згадувались.

3) Інформаційні ресурси, на які іде посилання для підтвердження не відкриваються (мають биті посилання).

4) Можуть називатися установи чи конкретні авторитетні люди, яких насправді не існує.

5) Можуть називатися установи чи конкретні авторитетні люди, які існують але не мають ніякого відношення до інформації, яка поширюється.

6) Демонстрація документів, аудіо чи відео, по яких неможливо зрозуміти, чи є вони тими, про які йдеться мова.

7) Спроби переконати слухачів у власній правоті за допомогою підміни тез або використання у якості доказів доводів, вірних частково або за певних умов, а також застосування помилкових чи свідомо помилкових доводів.

8) Фейкова інформація, зазвичай несе певний ступінь недовірливості і невирішеності, щоб заохотити користувача приєднати його зусилля для її завершення. Як правило, найбільш простим завершенням для зняття емоційної напруги, яка з'явилася, є саме поширення інформації.

9) Активні та занадто емоційні заклики авторів про максимальне поширення інформації.

10) Навмисне створення смислових лакун.

Смислові лакуни, які виникають при певній інформаційній подачі, призводять до того, що користувач починає домислювати ситуацію та шукати підтвердження власної думки в інформаційному просторі.

Існує Феномен Баадера-Майнхофа або так звана ілюзія частотності, коли інформація, що була нещодавно отримана і яка з'являється через нетривалий час в медіапросторі, сприймається як така, що повторюється неймовірно часто.

Ілюзія частотності (*frequency illusion*) (Arnold Zwicky, 2005) виникає внаслідок двох когнітивних спотворень:

1) *Селективна увага* (англ. Selective attention) – інформація, більшою мірою отримується вибірково, інтерпретується упереджено і міцно фіксується в пам'яті.

2) *Підтвердження упередження* (Confirmation bias) – схильність до підтвердження власної точки зору (користувач віддає перевагу тільки тієї інформації, що підтверджує його правоту. Істинність та правдивість отриманої інформації, при цьому, не враховуються і вона не піддається критичному осмисленню).

Негативні наслідки ілюзії частотності:

- ❖ Спотворення сприйняття реальності.
- ❖ Помилкові висновки.

- ❖ Прийняття невірних рішень.
- ❖ Фіксація на певній інформації та ігнорування іншої.
- ❖ Інформаційне перевантаження.

Щоб не підпасти під вплив ілюзії частотності слід критично підходити до обробки інформації, аналізувати альтернативні достовірні джерела інформації та розвивати аналітичне та критичне мислення.

Механізми впливу дезінформації:

1) Невірне трактування інформації, емоційне перебільшення ситуації, домислювання інформаційних лакун, формують панічні й нігілістські настрої в суспільстві та сприяють поширенню неправдивої інформації.

2) Емоційно подана неправдива інформація призводить до психологічного індукування, емоційного дисбалансу, нагнітання інформаційної істерії і дестабілізації психічної стійкості військових та суспільства у цілому.

3) Основною метою інформаційних вкидань є не інформування користувачів про можливі проблеми, бажання привернути увагу широкого загалу до якихось порушень або протиправних дій, чи попередження про небезпеку, а нагнітання паніки та страху й виклик недовіри до певних інститутів чи офіційних осіб.

4) Дестабілізація ситуації в країні і зниження психологічної стійкості в соціумі.

Поширюючи в мережі фейкову інформацію, користувачі виступають в ролі знаряддя в руках тих, хто веде інформаційну війну.

Інтернет-простір є відкритим, через що він є дуже зручним для ведення інформаційної війни коли будь-яка складна ситуація в державі є привабливою для зацікавлених сил, що використовують методику інформаційних вкидань з метою дестабілізації ситуації в країні, що знаходиться у стані війни.

Інформаційна зброя представляє собою комплекс технічних засобів, інформаційно-комунікаційних технологій та психологічних методів (фейки, пропаганда, кібератаки, дезінформація, інформаційно-психологічні операції (ІПСО), психологічний тиск), які використовуються для впливу на свідомість і психіку населення та бойового складу збройних сил.

Інформаційна зброя у гібридній війні використовується у сферах:

1) *Військовій* (зниження бойового духу і мотивації у військових та деморалізації особового складу, для дестабілізації ситуації у зоні бойових дій та впливу на військове керівництво).

2) *Політичній* (психологічна маніпуляція громадською думкою через інформаційні кампанії та вплив на політичне керівництво).

3) *Соціальній* (дезінформація, дезорієнтація, психологічна дестабілізація населення, створення паніки та поразеньських настроїв, ослаблення психологічної стійкості в соціумі та зниження громадянської активності, втрата віри в перемогу та стимулювання активної протидії).

4) *Економічній* (використання інформаційних ресурсів для маніпуляцій, з метою паніки, підриву довіри та дестабілізації фінансових ринків, впливу на рішення урядів і бізнесу для стратегічної переваги, дискредитації соціальних інституцій, саботажу управління та зміни суспільної думки на користь агресора).

Висновки.

В умовах війни інформаційні війни є небезпечними, оскільки вони підривають стійкість суспільства та здатність до опору.

Саме тому боротьба з інформаційними атаками в умовах війни при нестабільній соціальній, економічній та політичній ситуації має першорядне значення.

3.3.5. Посттравматичне зростання у структурі психологічних наслідків участі військовослужбовців у бойових діях

Бойові психічні травми є наслідком довгострокових екстремальних умов, а саме фізичних і психологічних наслідків війни.

Тривалий час, прагнення зрозуміти як бойовий стрес впливає на фізичний і психологічний стан військових, призводило до помилки атрибуції, концентруючи увагу дослідників на вразливих місцях особистості, без урахування її ресурсів.

Серед учасників бойових дій, які подолали психічну травму, виокремлюється категорія осіб, у яких відзначається низка позитивних змін, що виражається в поліпшенні їх функціонування. Це може свідчити про адаптацію та підвищення ресурсності особистості. Феномен підвищення ресурсності в осіб, які пережили психотравму, класифікують як посттравматичне зростання (ПТР).

Від загального числа тих, хто пережив психічну травму, 80-90% осіб справляються з нею самостійно [177]. При цьому 10-20% осіб, які отримали психотравматизацію, потребують психологічної допомоги.

Британський воєнний історик Ентоні Джеймс Бівор у книжці «The Second World War», розділ 39 «Операція “Багратіон” і Нормандія, червень-серпень 1944 року», пише, що «після війни і англійські, й американські армійські психіатри зазначали, що їх вражало те, як мало випадків бойової втоми вони відмічали серед німецьких військовополонених, хоча ті значно сильніше страждали від бомбардувань і артобстрілів союзників. Вони дійшли висновку, що пропаганда нацистського режиму з 1933 р., вочевидь, сприяла психологічній підготовці солдатів.

Можна відзначити й те, що тяготи життя в СРСР загартували тих, хто служив у лавах РСЧА. Від солдатів західних демократій не можна було очікувати, що вони можуть витримати такі ж страждання» [82].

Ці факти свідчать про те, що першочерговим для психологічної стійкості солдатів є якість і ступінь психологічної підготовки» (Beevor, A., 2012). Також тренування стресової стійкості здатне зміцнити гнучкість психіки і покращити можливості справлятися зі стресовими ситуаціями під час бойових дій.

Подолання стресової ситуації високої інтенсивності більш ефективне після успішної боротьби з помірними стресами, досвід яких було отримано в контрольованих умовах.

Серйозна психологічна підготовка для ефективного функціонування в умовах бойових дій необхідна, оскільки у сучасних умовах противник має широкий арсенал тактичних та стратегічних методів, які спрямовані саме на психологічну дезорганізацію.

Значний вплив на психіку людини має доступ до ресурсів і можливостей (Southwick S.M., et all, 2014). Одним з важливіших завдань спеціалістів є фасилітація внутрішніх ресурсів особистості.

Ізраїльські психіатри Zohar J., Cohen H., Cwikel-Hamzany Sh. зазначають, що тим, хто зазнав психічної травматизації, необхідно дати час (у межах двох місяців) на адаптацію в соціумі та реадаптацію до умов, що змінилися, за рахунок власних внутрішніх ресурсів, оскільки досягнуті самостійно результати є більш стійкими. (Zohar J., Cohen H., Cwikel-Hamzany Sh., 2011).

Переулаштування систем організму необхідно для нормалізації функціонування у суспільстві в мирних умовах:

1) *фізіологічного*:

- гормональної системи;
- відновлення режиму сну та відпочинку;
- харчового режиму тощо

2) *психологічного*:

- звички бойової поведінки;
- динамічні стереотипи;
- переоцінка системи цінностей;
- особистісна ідентичність;
- налагодження стосунків у мікросоціальному колі.

На рівень стресостійкості впливають численні внутрішні та зовнішні чинники:

1) *Внутрішні:*

- самооцінка;
- самоконтроль;
- позитивне вітальне налаштування

2) *Зовнішні:*

- соціальна підтримка;
- стосунки з сім'єю;
- стосунки з близькими та друзями;
- підтримка суспільства.

Tedeschi R. та Calhoun L. запропонували розглядати низку взаємопов'язаних позитивних наслідків переживання травматичної ситуації як «посттравматичне зростання», яке призводить не тільки до відновлення попереднього, а й до перевищення вихідного рівня адаптації та психологічного функціонування й до змін якісного, трансформувального характеру (Tedeschi, Calhoun, 2004).

Найбільш поширеними теоретичними моделями посттравматичного зростання є:

1) *Функціонально-описова модель* Tedeschi R.G. та Calhoun L.G. (цінність життя, стосунки з іншими, особистісна сила, нові можливості, екзистенційні зміни) (Tedeschi R. G., Calhoun L. G., 1996; Tedeschi R. G., Calhoun L. G., 2004).

2) *Біопсихосоціально-еволюційна модель* Christopher M. (2004).

3) *Особистісно-орієнтована п'ятифакторна THRIVE-модель* S. Joseph (2004).

4) *Психолого-філософська модель* Papadopoulos R. (Papadopoulos, R., 2002).

На наш погляд, заслуговує уваги *Синергічна модель для здоров'я* Pérez-Wilson P. et al. (Pérez-Wilson P. et al., 2021), що відображає інтеграцію ключових концепцій, пов'язаних із генералізованими та конкретними ресурсами опору, специфічними ресурсами опору (generalized and specific resistance resources – GRRS/SRR), а також узагальненим та конкретним дефіцитом опору і почуттям когерентності (sense of coherence – SOC).

GRR і SRR, що є активами, індивідуально або колективно допомагають розвивати сильніший SOC. Вищі рівні SOC можуть, надалі, підтримувати перетворення потенційних ресурсів особистості в активи, доступні для розуміння й управління, що матиме позитивний вплив на здоров'я (Pérez-Wilson P. et al., 2021).

У результаті теоретико-емпіричного дослідження «Визначення основних чинників та закономірностей становлення посттравматичного зростання військовослужбовців-учасників бойових дій», яке проводилось лабораторією загальної

психології та історії психології ім. В. А. Роменця інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України у 2024-2025 рр. у мережі реабілітаційних центрів України на базі Громадської організації «Інститут психології здоров'я», було визначено, що зростання військовослужбовців-учасників бойових дій представляє собою багатогранний процес, який поєднує наступні чинники:

- Індивідуально-особистісні;
- Міжособистісні;
- Соціокультурні;
- Організаційні.

Ці чинники взаємопов'язані між собою та можуть мати ведучу роль у залежності від потреб та можливостей особистості.



Рис.3.3.3. Чинники посттравматичного зростання військовослужбовців-учасників бойових дій

Згідно дослідженню 182 військовослужбовців-учасників бойових дій, майже 99% респондентів відмітили, що під час проходження служби і після повернення із зони бойових дій вони стикаються з різним спектром проблем, які суттєво впливають адаптацію та особистісне зростання.

Було виділено головні проблеми, які заважають військовослужбовцям-учасникам бойових дій адаптуватися до умов мирного життя, це:

- ✓ медичні проблеми;
- ✓ психологічні проблеми;
- ✓ соціальні проблеми;
- ✓ економічні та побутові проблеми;
- ✓ сімейні проблеми.

Згідно опитувальника, у 96% військовослужбовців-учасників бойових дій відмічався низький рівень мотивації до реабілітації через хибне уявлення про неї

як не ефективної та марної.

Головні проблеми адаптації військовослужбовців-учасників бойових дій:

Проблеми фізичного та медичного характеру:

- Складні поранення;
- Ампутації;
- ЧМТ;
- Недостатня медична реабілітація (брак якісної та комплексної медичної допомоги: протезування, реабілітаційних пристроїв технічних та цифрових, операцій з ендопротезування, регулярного санаторно-курортного лікування тощо).

Психологічні проблеми:

- Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).
- Тривожні розлади.
- Депресія.
- Панічні атаки.
- порушення сну.
- Залежності (алкоголізм, наркоманія, ПАВ).
- Емоційна нестабільність.
- Бойові синдроми (гіперзбудливість, надмірна пильність, настороженість, недовіра, агресивність, перенесення бойових звичок у мирне життя).
- Агресія.
- Суїцидальна поведінка тощо.

Соціальні проблеми:

- Труднощі з адаптацією до цивільного життя.
- Труднощі у соціальній взаємодії.
- Нерозуміння з боку цивільних.
- Соціальна ізоляція.
- Стигматизація з боку суспільства.
- Складна процедура оформлення статусу УБД, довідок та пільг.
- Відсутність перспектив та ефективної державної програми підтримки військовослужбовців-учасників бойових дій у переході до цивільного життя.

Сімейні проблеми:

- Обмеження внутрішньородинних та міжособистісних контактів.
- Зниження комунікації між членами родини військовослужбовців-учасників бойових дій через відсутність можливостей.

- Проблеми військовослужбовців-учасників бойових дій з дітьми (вплив на виховання, проблеми з освітою дітей).
- Проблеми у стосунках з партнером.
- Негативний сімейний мікроклімат через підвищену агресивність батьків- військовослужбовців-учасників бойових дій та конфлікти з близькими.
- Проблеми з соціальним станом членів родини військовослужбовців-учасників бойових дій.
- Проблеми з працевлаштуванням членів родини військовослужбовців-учасників бойових дій.
- Проблеми взаємодії членів родини військовослужбовців-учасників бойових дій з соціумом.

Економічні та побутові проблеми:

- Малозабезпеченість.
- Проблема з житлом (відсутність житла чи висока орендна плата).
- Проблема з лікуванням через нестачу коштів.
- Проблеми з організацією сімейного відпочинку через фінансові обмеження.
- Проблеми з працевлаштуванням (труднощі з пошуком роботи та інтеграцією на ринок праці: обмеженість робочих місць з високою заробітною платою та гнучким графіком роботи, відсутність можливості підробітки, нелояльне ставлення роботодавців, відсутність розуміння специфіки військового досвіду з боку роботодавців та співробітників, підвищена конфліктність).

Оскільки спектр проблем адаптації військовослужбовців-учасників бойових дій до цивільного життя та створення умов для їх психологічного зростання є досить різноманітним, необхідна комплексна реабілітація, яку може забезпечити *мультидисциплінарна бригада різнопрофільних фахівців:*

- лікарів,
- психотерапевтів,
- реабілітологів,
- ерготерапевтів,
- психологів (медичних психологів, кризових, сімейних, педагогічних, соціальних психологів тощо),
- соціальних працівників,
- юристів
- фахівці центрів зайнятості,
- профконсультантів,
- волонтерів.

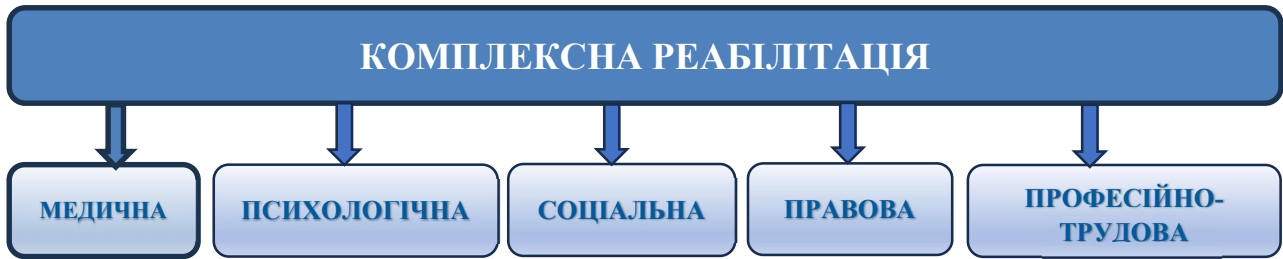
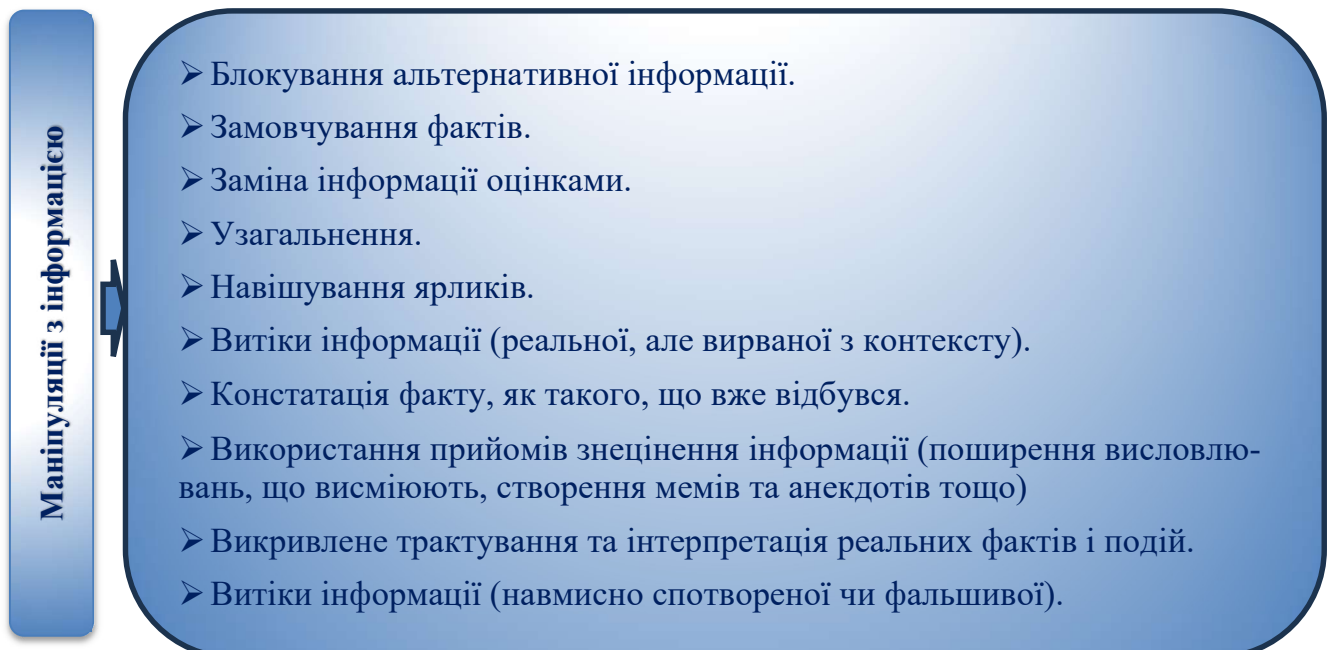


Рис.3.3.4. Комплексна реабілітація військовослужбовців-учасників бойових дій

Комплексний підхід та мультидисциплінарність дають можливість спільного огляду пацієнта та різнобічної оцінки його стану для детального обговорення і розробки плану його реабілітації з індивідуальним урахуванням його можливостей і спеціальних потреб. Це дозволить вирішити головні задачі реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій:

- ✓ Зберегти життя
- ✓ Знизити інвалідізацію
- ✓ Прискорити одуження
- ✓ Підвищити якість адаптації
- ✓ Повернути в суспільство.

Методи інформаційно-психологічного впливу на свідомість людини в умовах гібридних війн (Бугайова, 2023) мають різні рівні, такі як безпосередньо маніпуляції з інформацією, яка може бути правдивою чи фейковою, маніпуляції з інформаційним простором, тобто її розповсюдженням, маніпуляції свідомістю користувачів та технології, які застосовуються для досягнення маніпулятивних цілей (рис.3.3.5).



Маніпуляції з інформаційним простором

- Насичення інформаційного простору матеріалами, що компроментують, з метою дискредитації громадських і політичних діячів, організацій і рухів.
- Інформаційні вкидання шокуючого характеру з метою викликати негативну реакцію суспільства, протестні настрої та широкий емоційний резонанс світової громадськості.
- Створення інформаційного шуму за рахунок лавиноподібних потоків різноспрямованої інформації з метою дезорієнтації масової аудиторії.
- Створення і поширення сайтів екстремістської, терористичної, кримінальної та деструктивної спрямованості.

Маніпуляції свідомістю

- Метапрограмування – маніпуляція свідомістю людей з метою модифікації та перепрограмування.
- Рефлексивне управління – вплив на мислення окремих людей або широким мас за допомогою впровадження у свідомість вихідних посилок, що примушують ухвалювати рішення, вигідні супротивнику. Мішенями є мотиваційна сфера, ціннісні орієнтації та поведінкові реакції тощо.
- Соціальна індукція (емоційне зараження).
- Фасцинація (введення в стан некритичного сприйняття інформації, який викликається словесним (ритм, інтонація в мові) чи візуальним впливом, що підвищує вплив інформації на поведінку користувача).
- Використання кумирів і молодіжних течій з метою впровадження в масову свідомість іншої системи цінностей і формування моделей масової поведінки, що вигідні агресору.
- Впровадження деструктивних та аутодеструктивних моделей поведінки.
- Використання псевдологіки.

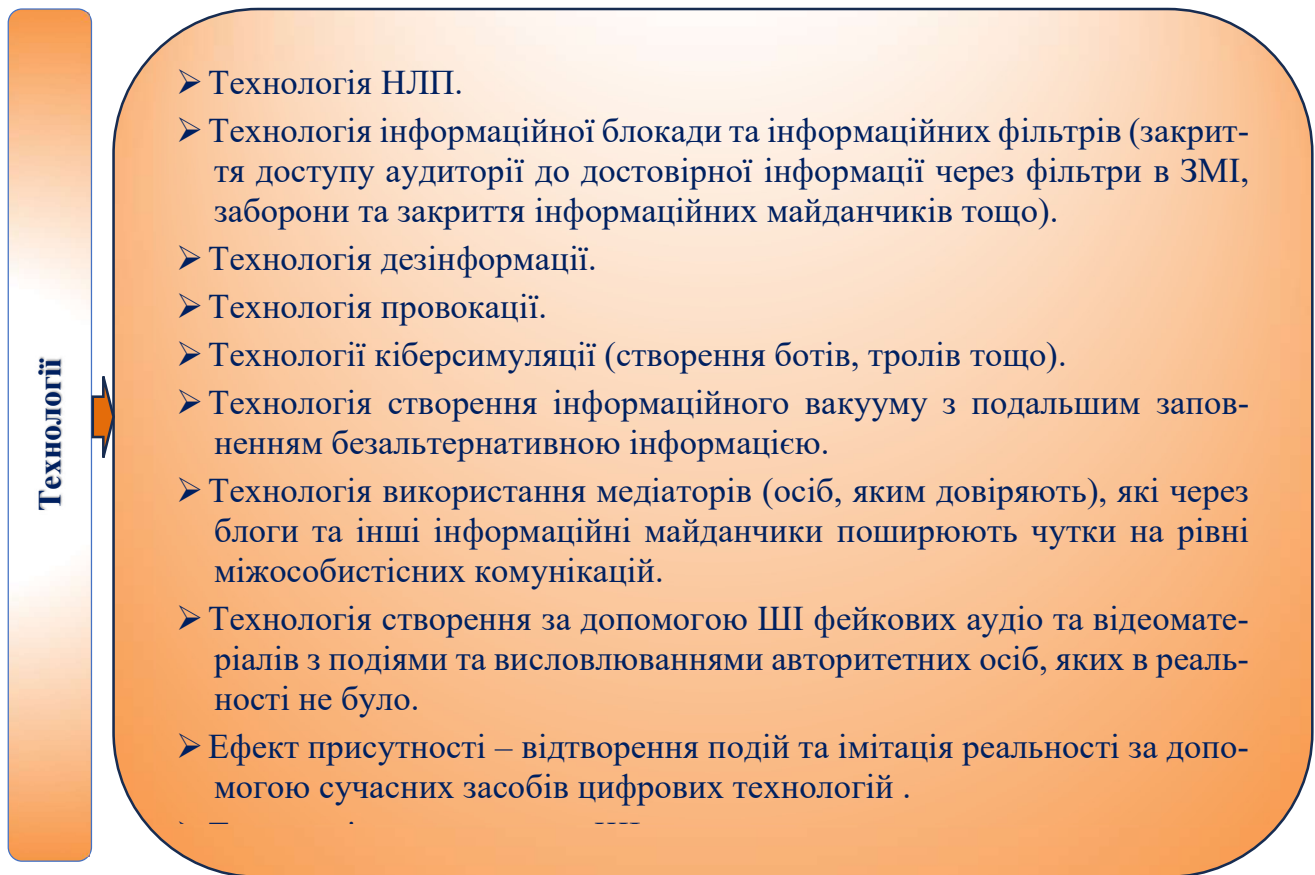


Рис.3.3.5. Методи інформаційно-психологічного впливу на свідомість людини в умовах гібридних війн

Знання технологій, прийомів і методів інформаційного впливу на свідомість користувачів є необхідним для розроблення та вдосконалення засобів протидії інформаційно-психологічній складовій кібервійн.

Важливим для військовослужбовців-учасників бойових дій як під час служби, так і у процесі реабілітації й адаптації до мирного життя є зберігання інформаційної гігієни та дотримання правил психологічної кібербезпеки.

3.3.6. Основи інформаційної гігієни та правила психологічної кібербезпеки військовослужбовців

Розвиток сучасних технологій, заснованих на ІІІ виводить кіберзагрози на якісно новий рівень, створюючи додаткові зони вразливості як у програмних системах безпеки так і в психіці користувачів інформаційно-комунікаційних пристроїв. Кількість кіберзагроз неухильно зростає, постійно доповнюючись новими видами та методами впливу на психіку людей.

Методи інформаційного впливу ворога у кіберпросторі відбуваються за рахунок використання: пропаганди, дезінформації, маніпуляції, шантажу, залякування через прямий чи непрямий вплив на жертву застосовуючи інформування, переконання, сугестію, примус, наслідування та психічне зараження жертви.

Основними ознаками кіберпростору є:

інформаційна простір;

він є комунікативним середовищем;

утворюється за допомогою технічних (комп'ютерних) систем.

Кіберпростір представляє собою віртуальне середовище, створене комп'ютерними системами, яке поєднує: *технології* (сервери, комп'ютери, інші інформаційно-комунікаційні пристрої), *мережі* (інтернет, інтранет, хмарні сервіси) та *кіберкомунікативне середовище* (де здійснюється обмін інформацією та відбувається спілкування). Цифрові транзакції, що проходять в кіберпросторі, охоплюють фізичні пристрої, програмне забезпечення та програмістів і користувачів, які забезпечують функціонування всього цифрового простору. Тобто *існування кіберпростору неможливе без тих, хто його створює, підтримує його функціонування та користується ним зі всіма його можливостями та ризиками*. Саме тому, на нашу думку, кібербезпека повинна будуватися з врахуванням не тільки програмних та технічних вразливостей але й, перш за все, вразливостей психологічних, оскільки саме людина є, з одного боку, мішенню кібератак, а з другого боку, мішенню кібератак є програмні та технологічні продукти, які людина створює.

Для поєднання віртуального простору, інформаційно-комунікаційного простору, його програмних та технологічних та кіберкомунікативних складових ми пропонуємо ввести термін **психологічна кібербезпека**, який буде об'єднувати всі складові але психологічна складова у відносинах людина-людина чи людина-програма/пристрій (неживий об'єкт) є ведучою, оскільки і користувачі й ти, хто створюють програмні продукти для кібератак на об'єкти критичної інфраструктури чи розробляють захист від таких атак, а також ті хто готують й здійснюють психологічні операції у кібервійнах чи протистоять цьому, керуються психічними процесами, які забезпечують відображення зовнішнього та внутрішнього світу й регулюють поведінку людини, відображаючи реальність, в тому числі і віртуальну реальність, у різних формах пізнавальної, емоційної та вольової активності.

Інформаційно-комунікаційна складова кіберпростору є полем взаємодії та впливу на мішені вразливості психіки, через які прямо або опосередковано здійснюється атака як на користувачів, так і на програмні та технічні мішені, безпеч-

ність яких забезпечують саме люди. Це вимагає створення правил психологічної кібербезпеки, які будуть охоплювати всі рівні кіберпростору: технічні, технологічні, програмні і, саме головне, психологічні. Тільки інтеграція та врахування всіх складових у психологічній кібербезпеці дасть можливість всебічного захисту від кіберзагроз будь якої спрямованості.

Слід враховувати відкритість і, майже, неконтрольованість інтернет-простору. Будь-яка складна ситуація в країні є привабливою для зацікавлених сил, які використовують всі можливості впливу на свідомість користувачів інформації для створення необхідних умов соціальної, економічної та політичної дестабілізації ситуації в країні і зниженню психологічної стійкості в соціумі не тільки серед мирного населення, а й серед тих, хто працює на об'єктах важливої інфраструктури й, особливо, військових.

На основі аналізу комунікативної взаємодії користувачів у інтернет просторі та інформаційних й програмних небезпек які існують, нами була створена ***Модель екологічності інформаційного простору***, що демонструє основні складові її кіберкомунікативних та програмно-технічних блоків.

Для запобігання маніпулюванню свідомістю з боку ворога чи кіберзлочинця та забезпечення збереження персональних й інших даних, які можуть бути ними використані, нами було розроблено ***правила психологічної кібербезпеки***.

І модель екологічності інформаційного простору і правила психологічної кібербезпеки створені на основі аналізу взаємодії людини з людиною та людини з технічно-програмною складовою пристроїв, якими вона користується.

ПРАВИЛА ПСИХОЛОГІЧНОЇ КІБЕРБЕЗПЕКИ

Правила кіберзахисту мобільного пристрою (телефон, планшет), ноутбуку

I. Фізичні (правила захисту пристрою)

1. *Не залишати телефон без нагляду.*
2. *Завжди тримати основну та фронтальну камери пристрою закритими.*
3. *Застосовувати блокування екрану, щоб запобігти потраплянню особистої та службової інформації до рук ворога.*

4. *Ставити блокування телефону та SIM-картки.* Для пристрою налаштувати пароль або PIN-код (графічний ключ, PIN-код телефону або біометрія). В налаштуваннях SIM-карти (розділи Захист/Безпека) увімкнути функцію блокування. Введення спеціального PIN2-коду встановлюється користувачем.

5. *Встановлювати пароль на застосунки, що зберігають інформацію (галерея, медіа, месенджери, соціальні мережі).*

6. *Скоротити час автоматичного блокування пристрою.*

7. *Підключення смартфона або планшету до пристроїв у режимі модема, в режимі накопичувача даних або для підзарядки небезпечно.* Невідомі пристрої: мобільні телефони, планшети, флеш-накопичувачі, зовнішні жорсткі диски, павербанки, вилки живлення та шнури зарядки (наприклад кимось залишені чи знайдені на деокупованій території), після перевірки та виключення небезпеки, використовувати тільки в ізольованому середовищі без застосування власних інформаційно-комунікаційних пристроїв.

8. *Нікому не повідомляти паролі.*

II. Програмні

1. *Використовувати мобільний пристрій чи ноутбук тільки у разі нагальної потреби,* щоб максимально знизити вірогідність витоку інформації (локації, змісту телефонних переговорів, сповіщень у месенджерах та соціальних мережах і через листування), а також власної локації. Мобільний пристрій є джерелом добування розвідувальної інформації. Треба відключити геопозіціювання за допомогою *GPS* та визначення геолокації через базові станції та вмикати *Wi-Fi* та мобільний інтернет лише при крайній необхідності.

Мобільний зв'язок випромінює радіохвилі. Мережа фіксує силу радіосигналу, час його проходження та кут до телефонного пристрою з кількох точок одночасно. Навіть при відключеній геолокації, за поширенням радіохвиль та триангуляцією можна визначити місцезнаходження об'єкту в режимі реального часу.

2. *Обмежити набір додатків для мобільного пристрою та програм для ноутбуку.* До складу мобільних пристроїв входить система управління та контролю прав доступу до додатків. Треба уважно читати перелік пунктів дозволу для використання додатків. Не надавати права доступу програмам, які ви хочете встановити на телефон, до геолокації, телефонним контактам, аудіо, фото та відеофайлам та можливості використання інтернету для передачі інформації. Керування системою управління та контролю прав доступу в смартфоні чи планшеті знаходиться в інструкції до пристрою. Не завантажувати додатки з невідомих джерел, щоб запобігти потраплянню вірусів на пристрій. Користуватись сертифікованими додатками.

3. *Не розширювати можливості мобільного телефону та планшету за рахунок встановлення доступу root або сторонньої операційної системи.*

4. *Користуватись офіційним антивірусним ПЗ, щоб запобігти зараженню пристрою чи встановленню на нього доступу root третіми особами. Сучасні вірусні програми можуть залишатись на пристрої навіть після скидання смартфона чи планшету до заводських налаштувань.*

5. *Не підключати телефон, планшет або ноутбук до сторонніх інтернет-мереж чи пристроїв, у тому числі до військових неперевіраних комп'ютерів.*

6. Для всіх реєстрацій у мережі інтернет встановлювати різні складні паролі. Однакові паролі ставлять під загрозу всі облікові записи та реєстрації користувача.

Правила використання інтернет зв'язку

1. Безпечна робота з електронною поштою:

1. *Не використовувати особисту пошту для пересилання службової інформації чи для пересилання особистої інформації з службової пошти. Це убезпечить від зв'язування поштовик скриньок з одним користувачем у разі перехоплення інформації чи зламів пошти.*

2. *Не використовувати для реєстрації в соціальних мережах, на форумах, чи інших сайтах адресу службової скриньки (mil.gov.ua), яка відкрита зв'язківцем.*

3. *Не відкривати поштові скриньки на маловідомих поштових сервісах (Email). Краще використовувати перевірених постачальників послуг електронної пошти: Gmail, Yahoo та Ukr.net.*

4. *При створенні електронної поштової скриньки створювати стійкі паролі, які не містять особисту інформацію: дату народження, прізвища, ім'я, адресу, номер телефону, ім'я домашнього улюбленця тощо, а також послідовне або зворотне написання символів чи цифр та загальновідомі комбінації паролів, наприклад: Password123456, Qwerty123, Asdfg123, Zxcvb123, Admin12345 та інші).*

5. *При реєстрації нової поштової скриньки використовувати унікальні паролі. У кожній поштовій скриньці повинні бути різні паролі.*

6. *Не зберігати пароль від поштової скриньки на пристрої.*

7. *При перегляді пошти не натискати на будь-які посилання чи прикріплені файли, отримані в листі навіть від відомих установ чи знайомих осіб. Особливо небезпечні типи файлів:*

- ❖ *Виконувані та системні: .exe, .com, .sys, .dll, .bat;*
- ❖ *Скрипти та веб-файли: .cmd., .js, .vbs, .ps1;*
- ❖ *Архіви: .zip, .rar, .7z, .iso;*
- ❖ *Документи: .docm, .xlsm, .pptm (з макросами);*

❖ *Файли-шифрувальники програм-вимагачів*: Змінюють розширення файлів на .<0XXX>, .kkk, .btc, .fun, .encrypted, .J, .xyz, яке додається до оригінального імені файлу та видаляє оригінали. Програма-вимагач шифрує документи, фото, таблиці та інші файли, роблячи їх нечитабельними, та вимагає викуп за ключ для відновлення даних. Треба регулярно робити резервне копіювання, використовувати офіційне антивірусне ПЗ та сканувати підозрілі файлами антивірусною програмою перед відкриттям.

8. *При отриманні листа з прикріпленими файлами не відкривати їх*, а краще уточнити у відправника, чи надсилав він лист з додатками і, як що так, то скільки їх було, які у них формати та назви.

9. *Бути обережними при натисканні на будь які посилання, вікна, що спливають, при виборі згоди чи відмови від умов*. Помилкове натискання може призвести до потоку реклами, підписанню на послуги, які не потрібні чи завантаженню небезпечного ПЗ з доступом до системи управління пристроєм.

II. Безпечне користування браузерми

1. *Налаштувати браузер у режимі безпеки*: «Стандартний» або «Посилений захист», «Завжди використовувати надійні з'єднання», вимкнути «Автозаповнення», «Блокувати сторонні файли cookie», «Видаляти файли cookie й дані сайтів, коли закриваються всі вікна», активувати опцію Надсилати запит «Не відстежувати» для мінімізації відстеження переміщень користувача між сайтами.

2. *Користуватись офіційним антивірусним ПЗ*, який захищає у режимі реального часу пристрій при роботі в інтернеті. *Постійно оновлювати антивірусні бази*. Налаштувати автоматичне оновлення баз даних антивірусу.

3. *Використовувати перевірені web-пошукові системи: Google, Bing, Yahoo!*

III. Психологічна кібербезпека користування соціальними мережами

1. *При реєстрації в соціальних мережах використовувати унікальні складні паролі* які не містять особисту інформацію: дату народження, прізвища, ім'я, адресу, номер телефону, ім'я домашнього улюбленця тощо, а також послідовне або зворотне написання символів чи цифр та загальновідомі комбінації паролів.

2. *Для кожної соціальної мережі створювати окремий пароль*.

3. *Налаштувати 2FA – двофакторну автентифікацію* для додаткового захисту облікового запису на випадок викрадення паролю. Даний метод захисту облікових записів від несанкціонованого доступу вимагає два незалежні підтвердження для входу, комбінуючи пароль і, наприклад код із SMS, ключ доступу або біометричні дані.

4. *Періодично змінювати пароль.*

5. *Не розміщувати персональну інформацію у профілі.* Закрити персональну інформацію, надавши доступ тільки друзям або, взагалі, її видалити чи розмістити фейкові дані. Закрити інформацію для друзів друзів. Поставити на зображення користувача в профілі нейтральну аватарку. Не розміщувати фото та відео, які можуть містити небажану інформацію (локацію, номери машин, назви населених пунктів або об'єкти, людей, інші маркери за якими можна визначити деталі, тощо). Стандартне налаштування мобільних пристроїв зв'язку активує автоматичне прикріплення до фото локацію та час знімка.

6. *Не приймати у друзі незнайомих людей* або людей, яких особисто не знають ваші друзі та яких вони вам не порекомендували.

7. *Не проходити тести, що розміщуються у соціальних мережах та на інших сайтах.* Більшою мірою вони розважальні, не є такими, що несуть правдиву інформацію і створені для масового збору даних та таргентованої реклами.

8. *Не слід натискати кнопку «подобається» на сторінці якогось конкретного продукту.* Це може спровокувати потік реклами та спаму.

9. *Не проходити за посиланням з соцмережі, якщо щось зацікавило – більш безпечно йти безпосередньо на згаданий веб-сайт.*

10. *Не викладати у соцмережах фото та відео роботи ППО, військової та іншої техніки, та будь яку іншу інформацію, яка може бути використана ворогом.*

11. *Не викладати фото та відео особистого змісту власні та рідних, особливо дітей.* Це може бути небезпечним.

12. Не викладати в соціальних мережах особистої інформації: дати народження, телефони, адреси проживання, міста роботи, роду занять і груп, у яких є реєстрація, імен родичів та близьких друзів, розкладів дня, прізвищ домашніх улюбленців, міст відпочинку і найближчих планів, власних проблем зі здоров'ям, звичок, вподобань та страхів – нічого, що може допомогти скласти профіль особистості та визначити її слабкі місця.

Особиста інформація, яка викладається в соцмережі, навіть на закритих ділянках, може потрапити у область загального користування або потрапити до третіх осіб у результаті зламу профілю та бути використана ворогом чи шахраями.

IV. Основи безпеки користування месенджерами

1. *Скрізне шифрування:* захищає персональні розмови від розповсюдження. Налаштувати функцію коли доступ до вмісту повідомлення мають лише відправник і отримувач. Активувати функцію коли індивідуальні та групові повідомлен-

ня автоматично видаляються з серверів одразу після доставки.

2. Двофакторна автентифікація: ускладнює зломиснику отримання несанкціонованого доступу через пароль та попереджає про спроби злому облікового запису. Після встановлення захисного PIN-коду активація на іншому пристрої неможлива без його введення, тільки користувач має право на зміну облікового запису, у разі невірнього введення PIN-коду обліковий запис буде частково заблоковано.

У кожного месенджера: (Telegram, WhatsApp, Viber, Messenger) дані функції активуються у Налаштуванні.

V. Небезпечні боти у месенджерах

Боти активно використовуються у популярних месенджерах: Telegram, Viber, WhatsApp, Facebook Messenger та Instagram Direct.

Небезпека використання ботів полягає в тому, що певні боти можуть використовуватись для фішингу, шантажу (через створення DeepFake), збору персональних даних користувачів, розсилку спаму, поширенні дезінформації, протиправних дій та вербуванні для здійснення терактів і диверсій. Боти можуть імітувати офіційні сервіси: держслужби та банки, щоб спонукати користувача ввести свої конфіденційні дані. У 2025 році, за даними РНБО, було виявлено небезпечний Telegram-бот, який закликав підпалювати ТЦК [41, 46].

У месенджерах активувати двофакторну автентифікацію. Не передавати через бот паролі, коди та інші конфіденційні дані. Користуватися тільки офіційними ботами, які мають позначку

Офіційні боти в популярних месенджерах мають системну позначку поруч із назвою, яка підтверджує їх справжність і допомагає відрізнити шахрайські боти. Офіційні боти державних установ та організацій мають блакитний значок верифікації поруч із назвою. У назві профілю такого бота обов'язково має бути закінчення «bot». Офіційні боти, на відміну від звичайних контактів, не мають видимого номера телефону. На Dovidka.info за допомогою сервісу «Ботчекер» можна перевірити автентичність боту.

- ❖ Telegram Messenger має синю галочку.
- ❖ Viber Messenger – блакитну галочку.
- ❖ WhatsApp Messenger – зелену галочку.
- ❖ Facebook Messenger не має кольорової галочки але він має спеціальну позначку верифікації поряд із назвою, аватар та чітко вказане ім'я.

Види небезпечних ботів:

Спам-боти (spam bots або spambots) – автоматизовані програми розсилки

спаму в соцмережах. Можуть збирати адреси електронної пошти зі сторінок контактів або гостьових книг та розмішувати рекламний контент на форумах.

Шкідливі моніторингові боти (Monitoring bots) – крадіжки великих масивів даних та перевантаження роботи поштових серверів.

Шкідливі чат-боти (Bad bots) – Rogue chatbots: боти, що вийшли з-під контролю або були створені зловмисниками.

Соціальна інженерія з використанням чат-ботів – імітують людей, спілкуючись з жертвою у реальному часі, щоб виманити персональні дані: номери кредитних карт, коди, паролі, тощо.

Чат-боти з ШІ – запрограмовані на збір персональних даних. Згідно дослідженню Королівського коледжу Лондона представленому на 34-му симпозіумі з безпеки USENIX у Сієтлі [240], боти, що працюють на основі ШІ змушують користувачів ділитися особистою інформацією у понад 12 разів більше порівняно зі звичайною взаємодією.

VI. Кібер та телефонне шахрайство

1) *Фішинг* – технологія інтернет-шахрайства з метою крадіжки конфіденційної інформації (логінів, паролей доступу, даних банківських карток, ПІН-кодів, даних інтернет-гаманця, тощо).

Поштовий фішинг – отримання листа з вимогою повідомлення особистих даних. Підроблений лист може, наприклад, копіювати документ банку та містити посилання для переходу на імітований банківський сайт, де користувачу пропонується заповнити форму із зазначенням персональних даних.

Комбінований фішинг – створення підробленого сайту, де жертва самостійно заповнює форми, повідомляючи шахраям свої конфіденційні дані.

Онлайн-фішинг – копіювання дизайну і доменних імен сайтів та інтернет-магазинів з метою шахрайських дій спрямованих на обдурення відвідувача чи покупця.

Псевдосоціальні виплати – обіцянки грошової допомоги від держави або міжнародних організацій через фішингові посилання.

Фармінг – підвид фішингу, де зловмисниками підміняються DNS-адреси або файли hosts, щоб непомітно перенаправити жертву із завантаженого веб-вузла на фальшивий клон сайту, де активується файл з вірусом.

Ретельно переглядайте адресу сайту, на який заходите. Справжній сайт від підробленого може відрізнятись однією літерою чи знаком. За зображенням замку перед URL-адресою можна ознайомитися з інформацією про сайт, а також пе-

ревірити дію реєстрації сайту і наявність захищеності з'єднання. Адреса сайту, де здійснюються фінансові операції, має починатися з «https://», що означає «безпечне з'єднання». Якщо адреса сайту починається з «http://», відмовтесь від введення даних. Однакові адреси на різних сторінках сайту та граматичні помилки є маркером, що сайт підроблений. Не переходити за посиланнями з рекламних листів та sms-повідомлень – це небезпечно.

Вішинг – технологія інтернет-шахрайства з метою крадіжки конфіденційної інформації за допомогою інтернет-телефонії і автонабирачів. Абоненту пропонується зателефонувати за міським номером, де звучить повідомлення про необхідність надання особистої інформації. При телефонному спілкуванні з жертвою шахраї під виглядом банківських працівників або співробітників служби безпеки банку за допомогою соціальної інженерії чинять психологічний тиск та залякують жертву блокуванням рахунку, нібито через шахрайські дії, для отримання у неї конфіденційної інформації: номеру платіжної картки, терміну дії, PIN-коду, CVV/CVC2-коду або просять назвати SMS-пароль, який прийде, після чого крадуть з карти гроші.

Смішинг – Розсилка повідомлень через e-mail, SMS та месенджери з посиланнями на підроблені сайти банків, державних сервісів або служб доставки для викрадення конфіденційної інформації або щоб змусити встановити на пристрій шкідливе ПЗ.

III-шахрайство та дінфейки – використання штучного інтелекту для клонування голосу або створення фейкових відео близьких людей жертви, які просять гроші через те, що вони, нібито, потрапили у біду.

Шахрайство з онлайн-покупками – продаж неіснуючих товарів за заниженими цінами з вимогою повної або часткової передоплати. Після передоплати «продавець» зникає.

Криптошахрайство через довіру – вид кібершахрайства, який поєднує методи соціальної інженерії та інвестиційної афери. Вхідження в довіру через соціальні мережі для наступного виманювання коштів у жертви або пропозиції вигідних інвестицій у криптовалюту.

VII. Кіберзлочинність

1. *Кіберпереслідування та кіберцькування* – використання сучасних інформаційно-комунікаційних технологій для цькування окремих осіб або груп людей, яке являє собою систематичне, психологічне насильство, що застосовується до жертви переслідування: приниження її честі та гідності через поширення у вір-

туальному просторі завідомо неправдивої інформації, чуток, пліток і компрометуючих матеріалів, що містять глузування, провокації, прямі образи, залякування, погрози та насильство з боку кіберпереслідувача, які повторюється протягом тривалого часу – нанесення максимальної психологічної шкоди жертві. Найбільш поширеними видами агресивного психологічного впливу на особистість у кіберпросторі є кібермоббінг, кібербулінг, кіберсталкінг та кіберхарасмент (Н. М. Бугайова, 2017).

Для агресивного психологічного впливу на особистість у кіберпросторі використовуються: мобільний зв'язок, месенджери, мобільні програми або веб-сервіси, електронна пошта, форуми і чати, соціальні мережі, веб-камери, сервіси відеохостингу, ігрові сайти і віртуальні світи.

Методи впливу кіберзлочинця на жертву: використання фото та відео для дискредитації і залякування жертви, доставка текстових й мультимедійних повідомлень; злом аккаунту з розсилкою повідомлень родичам і друзям жертви, які її дискредитують; розкриття анонімності аккаунту жертви, розміщення на сторінках форуму інформації жертви конфіденційного і особистого характеру; розміщення знущальних коментарів, блокування аккаунту жертви і розсилання масових скарг та претензій на власника аккаунта, створення помилкового запису від імені жертви з його подальшим використанням для дискредитації жертви, здійснення на неї психологічного тиску та шантажу (Н.М. Бугайова, 2023).

2. *Втягування жертви в протиправну та кримінальну діяльність* поєднує методи соціальної інженерії та технічні засоби для вербування жертв, зокрема неповнолітніх.

Методи психологічного впливу при вербуванні:

- *Матеріальне стимулювання та переконання.* Обіцянки швидкого й вигідного заробітку та повної безкарності.
- *Шантаж, залякування.* Використовують для маніпуляції з метою спонукати людину виконати певні дії чи розголосити секретну інформацію.
- *Ідеологічна обробка*

Види протиправної діяльності, у які найчастіше вербують користувачів через інтернет та які використовуються у гібридних війнах:

- *Банківські махінації.* Переведення незаконно отриманих коштів через банківські рахунки за винагороду.
- *Наркоторгівля.* Втягування у виготовлення або збут психотропних речовин через анонімні чати.

- *Інтернет шахрайство.*

• *Кібертероризм та колаборація.* Втягнення у вчинення диверсій або співпрацю з ворогом в умовах війни (збір та передача інформації, розповсюдження фейкової інформації тощо).

- *Кіберекстремізм.*
- *Кібершпигунство.*

Для вербування використовуються соціальні мережі та месенджери.

Адиктивна поведінка

• Ігрова залежність (гіперзахопленість індивідуальними або мережевими іграми), комп'ютерний гемблінг..

- Комп'ютерна залежність, веб-серфінг.
- Комунікативна та кіберкомунікативна адикція.
- Кіберсексуальна залежність;
- Адикція з руйнування та саморуйнування тощо.

Контролювати власний час знаходження в інтернет-просторі та у спілкуванні.

Кіберсуїцид та кібервбивство

Маніпулятивний суїцид – суїцид, що скоює людина під психологічним впливом злочинця, який маніпулює свідомістю жертви з метою доведення її до самогубства.

Асистований кіберсуїцид – одна з форм психологічного насильства над особою з боку іншої особи, яка доводить жертву до суїциду, в результаті психологічних маніпуляцій або психологічного тиску (наприклад, у «Групах смерті»), та яка керує його діями через інтернет.

Кібервбивство – умисне заподіяння смерті іншій людині за допомогою використання бездротового доступу до інтерфейсу через експлойти і втручання в роботу значущих систем та пристроїв, що знаходяться під дистанційним комп'ютерним управлінням (Н. М. Бугайова, 2017) [10].

VIII. Загальні правила інформаційної гігієни в умовах гібридної війни:

1. *Ретельно перевіряти та фільтрувати інформацію.*
2. *Вчитись відрізняти дінфейки та іншу фейкову інформацію.*
3. *Не довіряти інформаційним ресурсам противника та країнам, які є лояльними до ворога.*

4. *Розпізнавати ІПСО / PSYOP.* Інформаційно-психологічні операції (ІПСО) – ретельно сплановані кампанії, які мають чіткі цілі та етапи реалізації. Психологічні операції (англ. Psychological operation, PSYOP) за допомогою аудіо та візуального засобів масової інформації маніпулюють свідомістю аудиторії користу-

вачів з метою впливу на їх думки, емоції і поведінку.

5. *Перевіряти інформаційні джерела на правдивість та аналізувати інформацію, що знаходиться у інформаційному просторі.*

6. *Дозувати новини: обмежити кількість сайтів для отримання інформації, віддаючи перевагу перевіреним ресурсам та нейтральним іноземним ЗМІ.*

7. *Не допускати надмірного інтернет-серфінгу для запобігання інформаційного перевантаження.*

8. *Проводити періодично аудит інформаційного простору та видаляти сайти і чати, що сприяють інформаційному забрудненню, розповсюдженню фейкової інформації та нагнітання паніки.*

9. *Не поширювати інформацію, яка може зашкодити країні під час війни.*

10. *Не піддаватись провокаціям та уникати політичних дискусій.*

11. *Не довіряти експертним думкам, оскільки вони можуть бути суб'єктивними та відображати не реальний стан проблеми, а варіанти її трактувань, у тому числі і помилкові.*

12. *Притримуватись гігієни сну: не використовувати мобільні пристрої за 1,5-2,0 години до сну. Втома робить психіку більш відкритою до маніпулювання.*

13. *Підвищувати рівень медіаграмотності.*

14. *Підвищувати рівень знань про ризики використання інформаційно-комунікаційних технологій.*

15. *Розвивати навички безпечних кіберкомунікативних стосунків.*

16. *Розвивати здатність до самоконтролю, критичного мислення, самоаналізу та рефлексії.*

17. *Сприяти актуалізації особистісних ресурсів та формуванню відповідального ставлення до власного емоційного та психологічного здоров'я.*

18. *Звертатись по допомогу до освічених спеціалістів та в кіберполіцію при виникненні проблем, що загрожують здоров'ю та життю чи безпеці країни.*

19. *Дотримуватись правил психологічної кібербезпеки.*

Стрімкий розвиток цифрових технологій, глобалізація суспільства, удосконалення і розповсюдженість інформаційно-комунікаційних пристроїв, ускладнення віртуальної реальності, а також розвиток імерсивних технологій (англ. immersive technology – технологія занурювання) та використання ІІ розширюють можливості ворожих інформаційних атак (ІІСО, PSIOP) та реалізації злочинних схем і кримінальних впливів на користувачів інтернету. Для запобігання маніпулюванню свідомістю з боку ворога та кіберзлочинця та забезпечення збереження персональних й службових даних необхідно дотримуватись правил психологічної кібербезпеки.

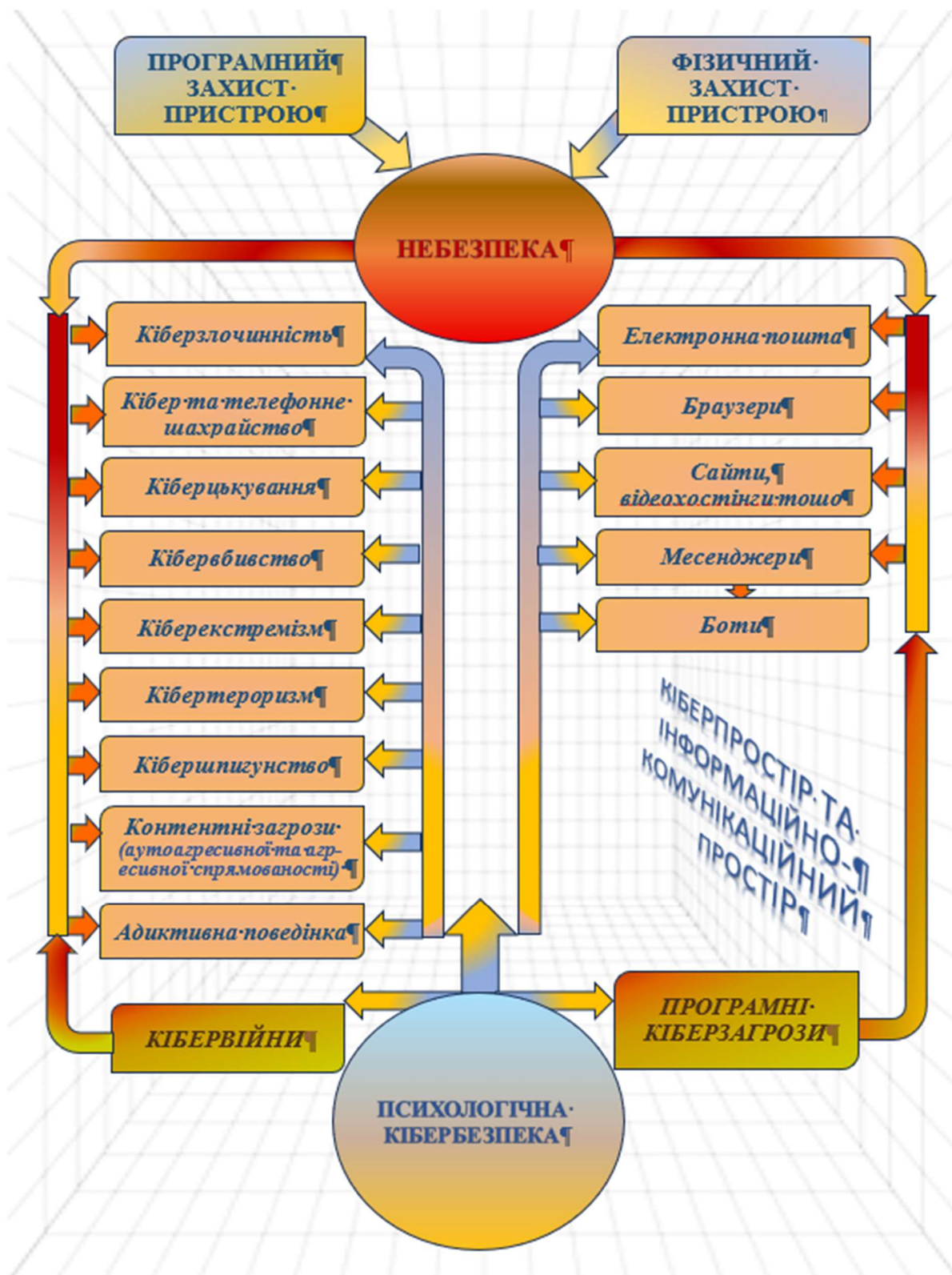


Рис.3.3.6. Модель екологічності інформаційного простору та психологічної кібербезпеки

3.3.7. Перспективи втілення інноваційних технологій у військову галузь та біотехнологічне вдосконалення людини

Розвиток цифрових та медичних технологій дозволяють пораненим військовим відновлювати втрачені функції (у тому числі і психічні) та повернутися до повноцінного життя: нейроімпланти дозволяють отримати кібернетичний зір та слух, біонічне протезування дає можливість нормально функціонувати, екзопротези – рухатися тим, хто паралізований. В останні роки серйозні дослідження проводяться у сфері активних оборонних розробок, які базуються на генетиці, штучному інтелекті (ШІ) та біотехнологіях для вдосконалення людини та створення суперсолдатів.

В сучасній науці вдосконалення здібностей людини для військових цілей позначається терміном Human Enhancement (HE) або Warfighter Enhancement.

На початок 2026 року дослідження у сфері вдосконалення людини перейшли від теоретичних концепцій до стадії активного впровадження та практичних випробувань. Основні воєнні розробки зосереджені на конвергенції біотехнологій, ШІ та генетики для створення бойових одиниць із надлюдськими можливостями (Casey A, Pattyn N, Hogenelst K, et al., 2025) [100].

Сучасні засоби ведення війни постійно вдосконалюються. Впровадження передових технологій, роботизованої техніки та штучного інтелекту (ШІ) у військову галузь дозволяє збройним силам діяти більш ефективно і безпечно, одночасно знижуючи людські втрати. ШІ широко використовується в кібервійні як у кібератаках, так і в кіберзахисті: у розвідці та аналізі отриманих даних, дистанційному керуванні бойовою технікою (безпілотними літальними апаратами (БПЛА), ракетами, літаками, кораблями тощо), а також в управлінні військовими операціями. Це сприяє підвищенню оперативності, точності та мінімізації помилок у прийнятті рішень в умовах бойового стресу.

По суті, впровадження ШІ дозволяє мінімізувати участь людини в небезпечних військових операціях і знизити людські втрати під час їх проведення.

Незважаючи на безумовні переваги впровадження сучасних технологій у військову сферу, провідним залишається проблеми впливу на психіку військових екстремальних ситуацій та інформаційних атак, які є частиною гібридної війни.

Удосконалення людських можливостей (Human Augmentation, HA) охоплює широкий спектр технологій, які зачіпають безліч наукових напрямків, включаючи такі допоміжні технології, як носиму робототехніку (wearable robotics), нейротехнології, телемедицину, фармакологію та генетику.

Конвергенція таких областей, як штучний інтелект, робототехніка та медицина, відкривають нові можливості для оптимізації та вдосконалення людини з метою підвищення боєздатності та виживаності військових.

Сучасна область застосування в обороні – фармакологічна аугментація (pharmacological augmentation) та неінвазивна стимуляція мозку (non-invasive brain stimulation) (Casey A, Pattyn N, Hogenelst K, et al., 2025) [100]. Програма «Safe Genes» спрямована на захист здоров'я та забезпечення боєготовності військовослужбовців. «Safe Genes» розробляє профілактичні та лікувальні рішення, що запобігають або обмежують використання технологій редагування геному та захищають цілісність геному людини [208].

Програма «Smart-RBC» спрямована на створення суперкрові шляхом модифікації еритроцитів з метою поліпшення витривалості солдатів (прискорення відновлення після навантажень і травм, поліпшення функціонування серцево-судинної системи і гемостазу, підвищення стійкості до накопичення молочної кислоти, що викликає м'язові болі тощо). Біоінженерні еритроцити (SRBC) повинні забезпечити суперсолдатам поліпшену терморегуляцію в екстремальних умовах, поліпшену акліматизацію до висоти [221].

До 2049 року Китай прагне створити армію світового класу, зосередивши увагу на інтелектуальній війні. Генетично модифікованих солдатів Народно-визвольної армії Китаю (НВАК) створюють на основі об'єднання біотехнологій, генної інженерії та штучного інтелекту. Вони будуть представляти собою новий клас бійців з поліпшеними фізичними та когнітивними здібностями. Стратегія Китаю передбачає використання інтеграції військової та цивільної сфер для розмивання кордонів між цивільними інноваціями та військовим потенціалом [140].

Сучасні дослідження у військовій сфері зосереджені на *конвергенції технологій NBIC* (нано-, біо-, інфо- та когнітивних наук) з метою створення переваги на полі бою через вдосконалення можливостей людини.

Нейротехнології та ШІ спрямовані на розробку інтерфейсів мозок-комп'ютер (BCI) для прямого керування безпілотними системами та прискорення когнітивної обробки інформації в ситуаціях бойового стресу. Інтерфейси BCI дозволяють керувати технікою або аналізувати дані силою думки, а також коригувати когнітивні стани (увагу, тривогу, страх тощо).

Біосенсори та моніторинг передбачають інтеграцію підшкірних пристроїв для відстеження фізіологічного стану військових в реальному часі, що дозволяє ШІ-системам прогнозувати виснаження або фіксувати поранення солдата.

Генетичне редагування та синтетична біологія спрямовані на використання технології CRISPR для підвищення витривалості, прискорення метаболізму та стійкості військових до екстремальних умов (холоду, нестачі кисню, депривації сну або надсильних навантажень під час виконання бойових завдань), прискоренню загоєння ран та посиленню стійкості до захворювань.

Носима робототехніка: механічні екзоскелети, а також екзоскелети з III-підтримкою. Створення біонічних систем (екзоскелети з III) які синхронізуються з нервовою системою бійця для збільшення фізичної сили та захисту, швидкості пересування та переносу надважких вантажів.

Фармакологічна аугментація та неінвазивна стимуляція мозку застосовує препарати нового покоління для підвищення когнітивних здібностей військових та управління сном.

Стрімкий прогрес і конвергенція в робототехніці, інформаційних технологіях і штучному інтелекті будуть чинити значний вплив на характер і особливості ведення війни у майбутньому. Особливо це відіб'ється на проведенні військових операцій, де основоположну роль грає боєць.

Впровадження інновацій у військову галузь і темпи модернізації військової техніки призведуть до переходу від традиційних засобів ведення бою до систем, заснованих на наукоємних розробках і цифровій інтеграції. Такий перехід матиме безпосередній вплив на бійців: зростаючі когнітивні вимоги, розвиток психофізіологічної стресостійкості в реалістичних, але безпечних синтетичних тренувальних середовищах, посилення імунологічної стійкості та ефективності взаємодії військового з роботизованою технікою, а також підвищення адаптивності до мінливого середовища – фізичного, технологічного, цифрового, соціального тощо.

Конвергенція штучного інтелекту, робототехніки та медицини, розвиток технологій NBIC (нано-, біо-, інфо- та когнітивних наук) з метою вдосконалення можливостей бійців на полі бою, впровадження нейротехнологій та III для створення інтерфейсів мозок-комп'ютер (BCI), застосування біосенсорів для моніторингу стану бійця, а також проведення досліджень з генетичного редагування та синтетичній біології для використання технології CRISPR, повинні визначатися моральними, правовими та етичними критеріями, що існують у суспільстві.

Межа між прагненням до вдосконалення людини та перевищенням допустимого в маніпуляціях з її тілом та психікою повинна бути чіткою, біологічно виправданою, медично обґрунтованою та юридично забезпеченою.

Біотехнологічні вдосконалення для військових ставлять ряд питань не тільки з точки зору етичності проведення експериментальних досліджень над військовими, але і в контексті їх реабілітації та адаптації до мирного життя. Необхідність видалення, деактивації або модифікації пристроїв, що знаходяться в тілі (наприклад, видалення нейрочипів) і наявність таких удосконалень, що не можуть бути усунені (наприклад, при генетичній модифікації) не тільки небезпечні, але й пов'язані з проблемою подальшої фізичної та психологічної адаптації людини (суперсолдата) до умов цивільного життя. Також ряд технологічних пристроїв може мати термін придатності, що вносить додаткові складнощі для їх знаходження в тілі людини після закінчення їх працездатності або ставить питання про їх обов'язкове видалення.

Найімовірніше, позбавлення бійця надздібностей буде сприйматися ним психологічно вкрай важко і може здійснювати негативний вплив на процес його адаптації. Якщо ж повна зворотність удосконалень неможлива через надмірний ризик для життя і здоров'я бійця або через його інвалідізацію, знову виникає питання адаптації колишнього військовослужбовця до соціального середовища.

Слід приділяти особливу увагу інвазійним технологіям, коли вилучення або деактивація пристроїв, що належать до секретних розробок, можуть мати серйозні наслідки, оскільки збереження їх в тілі людини після закінчення служби здатне поставити під загрозу не тільки безпеку самого носія, але й створити вразливість у певних секторах державної кібербезпеки.

Біотехнологічні вдосконалення для військових мають не тільки позитивні, але й негативні сторони. Застосування новітніх технологій і імплантація їх в тіло людини повинні брати до уваги етичні, медичні, фізичні, психологічні, юридичні та соціальні наслідки для колишніх військовослужбовців і враховуватися при розробці їх індивідуальних програм реабілітації та реадаптації в суспільстві.

Висновки до підрозділу 3.3:

У результаті теоретико-емпіричного дослідження «Визначення основних чинників та закономірностей становлення посттравматичного зростання військовослужбовців-учасників бойових дій», яке проводилось лабораторією загальної психології та історії психології ім. В. А. Роменця інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України у 2024-2025 рр. у мережі реабілітаційних центрів України на базі Громадської організації «Інститут психології здоров'я», було визначено, що зростання військовослужбовців–учасників бойових дій представляє собою багатогранний процес, який поєднує наступні чинники: індивідуаль-

но-особистісні; міжособистісні; соціокультурні; організаційні. Ці чинники взаємопов'язані між собою та можуть мати ведучу роль у залежності від потреб та можливостей особистості.

Оскільки спектр проблем адаптації військовослужбовців-учасників бойових дій до цивільного життя та створення умов для їх психологічного зростання є досить різноманітним, необхідна комплексна реабілітація, яку може забезпечити *мультидисциплінарна бригада різнопрофільних фахівців*:

Для поєднання віртуального простору, інформаційно-комунікаційного простору, його програмних та технологічних та кіберкомунікативних складових ми запропонували ввести термін **психологічна кібербезпека**, який буде об'єднувати всі складові але психологічна складова у відносинах людина-людина чи людина-програма/пристрій (неживий об'єкт) є ведучою, оскільки і користувачі й ти, хто створюють програмні продукти для кібератак на об'єкти критичної інфраструктури чи розроблюють захист від таких атак, а також ті хто готують й здійснюють психологічні операції у кібервійнах чи протистоять цьому, керуються психічними процесами, які забезпечують відображення зовнішнього та внутрішнього світу й регулюють поведінку людини, відображаючи реальність, в тому числі і віртуальну реальність, у різних формах пізнавальної, емоційної та вольової активності.

Сучасні технічні можливості ведення війни (керовані дрони, наддалекобійні знаряддя, ракети, що самонаводяться, військові роботи, використання ІІІ, тощо) роблять більш фізично досяжними тих, хто бере участь в активних бойових діях. Це вимагає не тільки нових методів захисту, а й підвищення стресостійкості особистості, яка включає попереднє формування психічної готовності до бойових дій та екстремальних ситуацій.

Особливої актуальності інформаційний вплив на учасників бойових дій набуває під час гібридних війн, де задіюються всі можливі засоби інформаційно-психологічного впливу з метою демотивації та психічної дестабілізації військових у зонах бойових дій. В умовах поширення цифрових технологій ухилитися від надходження негативної інформації та наслідків її впливу на психіку практично неможливо.

Вдосконалення методів ведення гібридних війн в умовах воєнних конфліктів потребують поглибленого наукового вивчення різних аспектів впливу на психіку учасників бойових дій в екстремальних умовах війни.

Інформаційні війни підривають стійкість суспільства та здатність до опору. Саме тому боротьба з інформаційними атаками в умовах війни при нестабільній соціальній, економічній та політичній ситуації має першорядне значення.

На основі аналізу комунікативної взаємодії користувачів у інтернет просторі та інформаційних й програмних небезпек які існують, нами була створена *Модель екологічності інформаційного простору та психологічної кібербезпеки*, що демонструє основні складові її кіберкомунікативних та програмно-технічних блоків.

Для запобігання маніпулюванню свідомістю з боку ворога чи кіберзлочинця та забезпечення збереження персональних й інших даних, які можуть бути ними використані, нами було розроблено *правила психологічної кібербезпеки*.

Стрімкий розвиток цифрових технологій, глобалізація суспільства, удосконалення і розповсюдженість інформаційно-комунікаційних пристроїв, ускладнення віртуальної реальності та а також виникнення та розвиток імерсивних технологій та використання ІІ розширюють можливості ворожих інформаційних атак (ІІСО, ІІІОР) та реалізації злочинних схем і кримінальних впливів на користувачів інтернету.

Знання технологій, прийомів і методів інформаційного впливу на свідомість користувачів є необхідним для розроблення та вдосконалення засобів протидії інформаційно-психологічній складовій гібридних війн. Особливості інформаційного впливу на посттравматичний стан військово-службовців-учасників бойових дій свідчать про важливість інформаційно-психологічної гігієни у збереженні психіки.

Для військовослужбовців-учасників бойових дій як під час служби, так і у процесі реабілітації й адаптації до мирного життя з метою запобігання маніпулюванню свідомістю з боку ворога та забезпечення збереження персональних й службових даних необхідно зберігати інформаційну гігієну та дотримуватись правил психологічної кібербезпеки.

Незважаючи на те, що посттравматичний стресовий розлад є основним наслідком бойового стресу, необхідно досліджувати сильні сторони особистості, її ресурсні можливості, які відбивають особливості функціонування психіки і позитивні тенденції в динаміці психологічної адаптації військових до існування у мирних умовах життя.

Удосконалення людських можливостей охоплює широкий спектр технологій, які зачіпають безліч наукових напрямків, включаючи такі технології як носиму робототехніку, нейротехнології, телемедицину, фармакологію та генетику.

Конвергенція таких областей, як штучний інтелект, робототехніка та медицина, відкривають нові можливості для оптимізації та вдосконалення людини з метою підвищення боєздатності та виживаності військових.

Впровадження інновацій у військову галузь і темпи модернізації військової техніки призведуть до переходу від традиційних засобів ведення бою до систем,

заснованих на наукоємних розробках і цифровій інтеграції. Такий перехід матиме безпосередній вплив на бійців через зростаючі когнітивні вимоги, розвиток психофізіологічної стресостійкості, посиленню імунологічної стійкості, підвищенню адаптивності до мінливого середовища – фізичного, технологічного, цифрового.

Вилучення або деактивація пристроїв, що належать до секретних розробок, можуть мати серйозні наслідки, оскільки збереження їх в тілі людини після закінчення нею служби, здатне поставити під загрозу не тільки безпеку самого носія, але й створити вразливість у певних секторах державної кібербезпеки.

Біотехнологічні вдосконалення для військових мають як позитивні так і негативні сторони. Застосування новітніх технологій і імплантація їх в тіло людини повинні бари до уваги етичні, медичні, фізичні, психологічні, юридичні та соціальні наслідки для колишніх військовослужбовців і враховуватися при розробці їх індивідуальних програм реабілітації та реадaptaції в суспільстві.

Межа між прагненням до вдосконалення людини та перевищенням допустимого в маніпуляціях з її організмом повинна бути чіткою, біологічно виправданою, медично обґрунтованою та юридично забезпеченою.

ВИСНОВКИ

Матеріали практичного посібника «Психологічна допомога в актуалізації посттравматичного зростання військовослужбовців-учасників бойових дій» у своїй сукупності дозволяють зробити низку фундаментальних узагальнень щодо природи посттравматичного зростання, його психологічних детермінант та можливостей цілеспрямованого психолого-педагогічного впливу. Передусім посттравматичне зростання військовослужбовців постає не як автоматичний або «природний» наслідок травматичного досвіду, а як результат складної взаємодії індивідуально-особистісних, соціальних, організаційних та культурно-інформаційних чинників. Травма сама по собі не гарантує ні зростання, ні деструкції; визначальним є те, у які каркаси значень, ідентичності, міжособистісних взаємин та інституційної підтримки вона «вбудовується».

Розроблена у посібнику теоретична модель актуалізації посттравматичного зростання військовослужбовців (підрозділ 1.1, В. В. Турбан) демонструє, що ключову роль відіграє не стільки інтенсивність травмувальних подій, скільки особливості когнітивної переробки досвіду, трансформації базових переконань та смислових структур. Посттравматичне зростання описується як процес, у якому руйнування попередніх уявлень про себе, інших і світ стає не кінцевою точкою, а стартом для більш складної, реалістичної і водночас життєздатної життєвої філософії. Теоретична модель, запропонована автором, акцентує діалектичний характер взаємозв'язку між вразливістю та силою: саме «тріщини» у попередній картині світу створюють простір для появи нових сенсів, однак реалізація цього потенціалу потребує фахової підтримки.

Важливою концептуальною віссю посібника є розуміння ідентичності особистості як одного з головних чинників посттравматичного зростання (підрозділ 1.2, В. В. Москаленко). Воєнний досвід актуалізує кризу ідентичності: трансформуються рольові позиції, змінюється співвідношення між цивільною, військовою, професійною, громадянською та екзистенційною ідентичністю. Матеріали посібника переконливо демонструють, що посттравматичне зростання можливе лише за умов, коли військовослужбовець здатен інтегрувати воєнний досвід у цілісну автонаративну структуру. Необхідним стає перехід від позиції «жертви подій» до позиції суб'єкта, який, усвідомлюючи масштаб травми, водночас зберігає здатність конструювати власне майбутнє, переосмислювати життєві цілі та відповідальність. Ідентичність у такому ракурсі розглядається як динамічна

система, що може зазнавати як регресивних, так і прогресивних змін; завдання психологічної допомоги полягає у підтримці саме прогресивних траєкторій.

Окремий концептуальний блок висновків стосується ролі інформаційного простору та медіа-реальності у формуванні умов для посттравматичного зростання (підрозділи 1.3, 3.3; О. Л. Вірник, Н. М. Бугайова). Сучасний військовослужбовець не існує у «чистому» бойовому середовищі: його сприймання війни, її сенсу, власного внеску та перспектив повернення до мирного життя постійно модулюється інформаційними потоками – від внутрішньої комунікації у підрозділі до глобального медіадискурсу. Матеріали посібника показують, що інформаційний простір може виступати як потужний ресурс посттравматичного зростання, коли він структурований, достовірний, етично виважений і спрямований на підтримку суб'єктності військовослужбовця. Натомість хаотичне, маніпулятивне або травматизуюче інформаційне середовище посилює відчуття безсилля, сприяє формуванню деструктивних наративів («я зламаний», «моя жертва марна» тощо), що блокує можливість зростання. Відтак психолого-педагогічні завдання включають не лише індивідуальну роботу з травматичними спогадами, а й активне формування здорових, підтримувальних інформаційних контекстів у військових колективах та в суспільстві в цілому.

Не менш принциповим у теоретичному вимірі є розуміння резильєнтності як динамічної системи ресурсів, а не статичної риси (підрозділ 1.4, С. Є. Солодчук). Посібник демонструє відхід від редукціоністського погляду на стійкість як «міцність психіки», натомість резильєнтність описується як мережа взаємопов'язаних ресурсів – особистісних (саморегуляція, рефлексія, смислотворення), міжособистісних (якісні стосунки, довіра, підтримка побратимів і сім'ї) та інституційних (якість командування, доступність психологічної допомоги, адекватні організаційні практики). У цьому контексті посттравматичне зростання розглядається як результат активізації й консолідації резильєнтних механізмів, а не як «дивовижне відновлення» окремих «сильних» бійців. Практичний висновок полягає в необхідності цілеспрямованих програм розвитку резильєнтності, що виходять за межі індивідуального консультування та інтегруються у систему підготовки, ротацій, реабілітації та повернення до мирного життя.

Другий розділ посібника дозволяє сформулювати фундаментальні висновки щодо можливостей засобів сучасної доказової психотерапії та психологічної допомоги у сприянні посттравматичному зростанню. У роботах Л. З. Сердюк (підрозділ 2.1) показано, що позитивна психотерапія, орієнтована на віднаходження

і посилення ресурсів, цінностей та життєвих компетенцій, здатна не лише зменшувати симптоми посттравматичного стресу, а й відкривати простір для смислової реконструкції досвіду. Підкреслюється, що для військовослужбовців особливо значущими стають теми відповідальності, честі, солідарності, професійної гідності, морального вибору; робота з ними у ресурсно-орієнтованій парадигмі дозволяє трансформувати почуття провини, безсилля чи «зайвості» у відчуття причетності, компетентності та внутрішньої сили.

Застосування методу EMDR (підрозділ 2.2, В. М. Волошин) представлено як приклад інтеграції міжнародно визнаних методів лікування ПТСР у вітчизняну практику військової психології. Фундаментальним висновком є те, що цілеспрямована переробка травматичної інформації в безпечних терапевтичних рамках дозволяє зменшити інтенсивність набридливих спогадів, флешбеків і соматичних реакцій, створюючи умови для більш вільної когнітивної і смислової роботи з досвідом. EMDR розглядається не як ізольована техніка, а як компонент комплексної програми, що поєднує стабілізувальні, ресурсні й інтеграційні інтервенції. Це підкреслює загальніший висновок посібника: посттравматичне зростання потребує використання багаторівневих, мультикомпонентних протоколів допомоги, у яких різні методи взаємодоповнюють, а не замінюють один одного.

Матеріали підрозділів 2.3 та 2.4 (О. А. Мельник, А. Д. Терещук) поглиблюють розуміння стресових і афективних станів при посттравматичному синдромі у військовослужбовців. Показано, що симптоматика ПТСР і супутні стани (тревога, депресія, дратівливість, емоційна притупленість, агресія, імпульсивність) не є «хаотичним набором» проявів, а утворюють певні закономірні патерни, пов'язані з особливостями бойового досвіду, попередніх психічних і соматичних станів, системи підтримки та організаційного середовища. Фундаментальним є висновок про необхідність диференційованого підходу до діагностики й інтервенцій: одна й та сама зовнішня поведінка (наприклад, дистанціювання від близьких, емоційна холодність) може мати різну психодинамічну, нейропсихологічну й травматичну «підкладку», а відтак потребує різних стратегій роботи. У цьому сенсі посібник окреслює перехід від «симптомоцентричного» до контекстуально-особистісного бачення стресових і афективних проявів.

Третій розділ посібника виводить проблему посттравматичного зростання за межі вузько клінічної перспективи, показуючи, що йдеться про широке психолого-педагогічне завдання розвитку людського потенціалу військовослужбовців у довготривалій перспективі. У роботах В. П. Чудакової (підрозділ 3.1)

інноваційна діяльність військовослужбовців осмислюється як канал трансформації травматичного досвіду у досвід творчої, проактивної взаємодії зі світом. Залучення до інноваційних, проєктних, освітніх і волонтерських ініціатив сприяє формуванню нових ідентичностей (наприклад, «інноватор», «ментор», «експерт»), що доповнюють і модифікують виключно бойову ідентичність. Фундаментальною є теза про те, що посттравматичне зростання – це не лише внутрішня реконфігурація переживань, а й реальна зміна патернів діяльності, включення військовослужбовця у нові соціальні ролі та спільноти.

Психолого-педагогічні форми впливу, описані Л. О. Скальською (підрозділ 3.2), демонструють, що розвиток навичок саморегуляції, емоційної компетентності, комунікації, лідерства й взаємопідтримки у військових колективах може бути так само важливим для посттравматичного зростання, як і індивідуальна психотерапія. Групові формати, тренінги, освітні модулі, програми наставництва й супервізії створюють простір для нормалізації травматичних переживань, обміну досвідом, конструювання спільних наративів зростання. Фундаментальний висновок полягає в тому, що посттравматичне зростання в сучасних умовах доцільно розглядати не лише як індивідуальний, а й як груповий, колективний процес, у якому комунікативне середовище стає носієм смислів, моделей подолання і стратегій резильєнтності.

Аналітика форм і перспектив інформаційного впливу на посттравматичний стан (Н. М. Бугайова, підрозділ 3.3) доповнює цю картину, вказуючи на необхідність системної психопросвіти, антисигматизаційних кампаній та підтримки здорових суспільних уявлень про психічне здоров'я військових та притримання правил інформаційної гігієни та правил психологічної кібербезпеки. Посібник підкреслює, що наративи, які транслуються медіа, освітніми програмами, культурними продуктами, можуть або підсилювати стигму («психологічна допомога – для слабких», «справжній боєць має мовчати»), або сприяти створенню простору для звернення по допомогу та осмислення власних переживань як нормальної реакції на ненормальні обставини. Фундаментальним є висновок про те, що без зміни суспільних наративів щодо психічного здоров'я важко забезпечити стале посттравматичне зростання на рівні як окремих військових, так і ветеранів у цілому.

Узагальнюючи, посібник демонструє необхідність переходу від фрагментарних, епізодичних форм психологічної допомоги до цілісної багаторівневої системи підтримки посттравматичного зростання. Ця система має охоплювати етапи до включення в бої (підготовка, формування резильєнтності, психоедукація), під

час виконання завдань (супровід, кризові інтервенції, підтримка командирів), на етапі ротування, демобілізації й повернення до цивільного життя (реабілітація, реінтеграційні програми, професійне й освітнє консультування). Важливим висновком є те, що посттравматичне зростання не можна обмежити лише періодом «після війни» – воно має розглядатися як потенціал, що закладається і підтримується впродовж усього циклу участі військовослужбовця у бойових діях.

Окремий пласт фундаментальних висновків стосується міжвідомчої та міждисциплінарної взаємодії. Структура та зміст посібника свідчать про потребу інтегрованих зусиль військових психологів, клінічних психологів, психотерапевтів, психіатрів, педагогів, командирів, організаторів медичної й соціальної допомоги, а також фахівців з інформаційної політики. Посттравматичне зростання розглядається як об'єкт спільної відповідальності різних інституцій, а не як «внутрішня справа» окремого фахівця або самого військовослужбовця. Це передбачає розробку спільних стандартів, протоколів, програм навчання й супроводу, які б забезпечували наступність та узгодженість впливів у часі.

Нарешті, посібник окреслює низку перспектив для подальших досліджень і практичних розробок. Серед них – необхідність емпіричної валідації запропонованих моделей посттравматичного зростання на різних вибірках військовослужбовців (за родом військ, тривалістю служби, інтенсивністю бойового досвіду, наявністю поранень тощо); вивчення довгострокових траєкторій зростання й дезадаптації у ветеранів; аналіз впливу культурних, гендерних, регіональних та медіа-факторів на процеси резильєнтності та ідентичності; розробка й апробація комплексних програм, які поєднують психотерапевтичні, освітні, організаційні й інформаційні інтервенції.

Таким чином, фундаментальні висновки, представлені на основі матеріалів посібника, дозволяють стверджувати, що актуалізація посттравматичного зростання військовослужбовців-учасників бойових дій є реалістичним, хоча й методологічно складним завданням сучасної військової психології та суміжних дисциплін. Успішне розв'язання цього завдання потребує поєднання глибокого теоретичного осмислення феномену травми і зростання, розвиненої системи доказових психотерапевтичних практик, потужних психолого-педагогічних програм та свідомої трансформації інформаційного й соціокультурного середовища.

Саме у такій інтеграції відкривається можливість не лише зменшувати психотравматичні наслідки війни, а й формувати людський потенціал, здатний до суб'єктного, відповідального й солідарного відновлення країни після перемоги.

Список використаних джерел

1. **Алещенко, В., & Хміляр, О.** (2025). Інформаційно-психологічна безпека особистості в умовах воєнних дій. *Вісник Національного університету оборони України*, 16-25.. URL: <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2025-83-1-16-25>
2. **Анатомія стресу.** Ганс Сельє та послідовники. Київ: Медкнига, 2024. 148 с.
3. **Ассонов Д. О., Хаустова О. О.** Резилієнс у ветеранів війни з травматичним ураженням головного мозку: огляд та клінічний випадок. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2020. Вип. 14. С. 58-67.
4. **Березіна О. О.** Вплив страху смерті на особистісний розвиток та якість життя в період пізньої дорослості. / Наукова спадщина української психології: єдність минулого та теперішнього / Збірник тез доповідей Щорічного наукового круглого онлайн-столу (м. Київ, 10 червня 2022 року) / за ред. С. Д. Максименка, В. В. Турбан. – Київ, Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2022. 60 с.
5. **Блох С.:** Введення у психотерапію. Амстердам-Київ: «Сфера». 280 с.
6. **Бугайова Н. М.** Вплив інформаційно-комунікаційних технологій на психіку учасників бойових дій. // Наукова спадщина української психології: єдність минулого та теперішнього / Збірник тез доповідей щорічного Всеукраїнського наукового круглого онлайн-столу (м. Київ, 12 червня 2024 року) / за ред. С. Д. Максименка, В. В. Турбан. – Київ, Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2024.
7. **Бугайова Н. М.** Особливості кіберпереслідування і кіберцькування. // Актуальні проблеми кримінального права, кримінології та кримінально-виконавчого права. Наукові праці кафедри кримінального права. Вип.6 – К., 2017. с. 192.
8. **Бугайова Н. М.** Особливості та перспективи розвитку української психології особистості. / Соціокультурні детермінанти розвитку психології особистості в Україні: монографія. / В. В. Турбан, Л. З. Сердюк, В. В. Москаленко та ін.; за наук. ред. В.В.Турбан. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2023, 296 с.
9. **Бугайова Н.М.** Дослідження аутодеструктивної поведінки особистості в українській психології. Становлення базових парадигм української психології: колективна монографія / В.В. Турбан, І.В. Білоконь, Н.М. Бугайова, К.В. та ін.; за ред. В. В. Турбан.– Київ: Видавничий Дім «Слово», 2017. – 257 с. ISBN 978-966-194-285-0
10. **Бугайова Н.М.** Кримінальний психологічний вплив у злочинах проти особистості в кіберпросторі. / Сучасний стан криміналістичного забезпечення досудового розслідування: збірник матеріалів конференції. / Київ. ННІ№2 НАВС.– К.: ННІ №2 Національної академії внутрішніх справ, 2017. – 476 с.– С.75-79.
11. **Вахоцька І., Шестопалова М.** Загальнометодологічні та організаційно-методичні підходи до розробки тренінгу із розвитку стресостійкості в учасників бойових дій. 2020. Вип. 54. С. 51–57. DOI: 10.33099/2617-6858-2020-54-1-51-57.
12. **Вахоцька, І., & Шестопалова, М.** (2020). Загальнометодологічні та організаційно-методичні підходи до розробки тренінгу із розвитку стресостійкості в учасників бойових дій. *Збірник наукових праць*, 54, 51–57. <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2020-54-1-51-57>

13. **Величко В. В., Максименко С. Д., Чудакова В. П.** Психологічне та професійне (юридичне) забезпечення – головний ресурс ефективності професійної діяльності працівників Національного центрального бюро Інтерполу в Україні: стратегії, моделі, технології. навч.-метод. посібник. Київ.: *ТОВ «Інформаційні системи»*, 2016. – 87 с.
14. **Вернік О. Л. (2016).** Екологічна криза як ресурс екологізації життєдіяльності особистості. *Актуальні проблеми психології*. Т.7. В. 41. 51-60. URL: <http://appsychology.org.ua/data/jrn/v7/i41/7.pdf>
15. **Вернік О. Л.** Ресурси у життєдіяльності особистості: психологічний зміст проблеми. *Актуальні проблеми психології*. Том IX : Загальна психологія. Історична психологія. Етнічна психологія. 2019. Вип. 12. С. 47-57. URL: <http://appsychology.org.ua/data/jrn/v9/i12/7.pdf>
16. **Дегтяренко Т. В., Ковиліна В. Г.** Психофізіологія розвитку: підручник для студентів закладів вищої освіти. Київ: *ДП «Експрес-об'ява»*, 2023. 352 с
17. **Климчук В. О.** Посттравматичне зростання та як можна його використати у психотерапії. *Наука і освіта, Одеса: Південноукраїнський педагогічний університет імені К. Д. Ушинського*. №5, 2016. С.46-53. DOI: <https://doi.org/10.24195/2414-4665-2016-5-6>
18. **Кокун О. М.** Життєстійкість і резильєнтність людини в сучасному світі: теорія, дослідження, практика: монографія. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2025. 214 с. URL: <https://fp.udu.edu.ua/images/naykovtchi/kokun.pdf>
19. **Кокун, О., Лозінська, Н., Пішко, І., & Олійник, В. (2025).** Особливості посттравматичного зростання військовослужбовців з різним бойовим досвідом. Вісник Національного університету оборони України, 87(5), 80–89. <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2025-87-5-80-89>
20. **Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Копаниця О. В.** Діагностування психологічної готовності військовослужбовців військової служби за контрактом до діяльності у складі миротворчих підрозділів : метод. посібник. К. : НДЦ ГП ЗСУ, 2011. 153 с. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/10945/1/Діагностування_готовності.pdf
21. **Кокун О.М., Лозінська Н.С., Пішко І.О., Олійник В.О.** Діагностика психологічних змін у військовослужбовців в умовах війни : метод. посіб. К. : ТОВ «7БЦ», 2025. 162 с. ISBN 978-617-549-479-0. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/744685>
22. **Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Олійник В. О.** Посттравматичне зростання військовослужбовців – учасників бойових дій: метод посіб. Ч. 2. Рекомендації для психологів. Київ: Видавництво Ліра-К, 2025. 292 с. ISBN 978-617-8800-27-7. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/745549/1/_%D0%A2%D0%B5%D0%B7%D0%B8_%D0%B7%D0%B1_15.05.2025.pdf#page=9
23. **Кокун О.М., Олійник В.О., Пішко І.О., Лозінська Н.С.** Психологічне опитування «Посттравматичне зростання військовослужбовців в умовах війни» : препринт. Київ : ТОВ «7БЦ», 2024. 32 с. ISBN 978-617-549-458-5. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/742924>

24. **Макарчук М. Ю., Куценко Т. В., Кравченко В. І., Данилов С. А.** *Психологія: навчальний посібник*. Київ: ООО «Інтерсервіс», 2011. 329 с.
25. **Мельник О. В.** (2019). Посттравматичне зростання та резилентна реінтеграція учасників бойових дій на сході України. *Psychological Journal*, Volume 5. Issue 6. 2019. P. 79-92. DOI (Issue): <https://doi.org/10.31108/1.2019.5.6> <https://scispace.com/pdf/posttravmatichne-zrostannia-ta-rezilentna-reintegratsiia-hqv99nr7cu.pdf>
26. **Менегетті А.** Психосоматика. «Онтопсихологія». Херсон, 2007. – 360 с.
27. **Милославська О. В., Богдановський С. О.** Резильєнтність як складова психічної витривалості військовослужбовця. *Психологія національної безпеки та безпеки життєдіяльності*. 2023. Т. 34 (73). №1. С. 197-202. URL: http://psych.vernadskyjournals.in.ua/journal/1_2023/32.pdf
28. **Михайлов Б. В., Чугунов В. В., Курило В. О., Саржевський С. Н.** Посттравматичні стресові розлади: *Навчальний посібник*. Під заг. ред. проф. Б. В. Михайлова. Вид. 2-е, перероблене та доповнене. Харків: ХМАО, 2014. 223 с.
29. **Морально-психологічне забезпечення у Збройних Силах України** : підручник : у 2 ч. Ч. 1. вид. 2-е, перероб. зі змін. та допов. / Н. А. Агаєв, В. Г. Дикун, В. С. Чорний та ін. ; за заг. ред. В. В. Стасюка. Бровари : ТОВ – 7БЦІ, 2020. 754 с.
30. **Музичко Л. В.** Резильєнтність і посттравматичне зростання особистості внаслідок стресу. *Журнал соціальної та практичної психології*. 2024. №3. С. 44–49. URL: <https://eprints.zu.edu.ua/41350/>
31. **Основи реабілітаційної психології**: подолання наслідків кризи. Навч. пос. Том 2. Київ, 2018. 240 с.
32. **Осьодло В. І.** Особистісні чинники подолання стресових ситуацій в особливих умовах. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2013. Вип. 14. Ч. І. С. 243–253.
33. **Практичне керівництво по лікуванню пацієнтів з гострою реакцією на стрес та посттравматичним стресовим розладом**. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://psychiatryonline.org/content.aspx?bookid=28§ionid=1670530>.
34. **Річард, Дж. Тедескі, Брет А. Мур, Кен Фальке, Джош Голдберг.** (2025). Трансформовані травмою. Історії про посттравматичне зростання/ Річард, Дж. Тедескі та ін.: переклад з англійської Олени Бідованець. Київ: Видавець Олексій Бешуля, 208 с.
35. **Солодчук С. Є.** Резильєнтність і посттравматичне зростання: два шляхи подолання негараздів. *Здобутки української психології за воєнний час та ціна, яку вона платить за це* : зб. тез доп. всеукр. наук. кругл. онлайн-столу (20 трав. 2025 р., м. Київ). Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2025. С.28-30.
36. **Солодчук С. Є.** Резильєнтність як захисний фактор військовослужбовця. *Наукова спадщина української психології: єдність минулого та теперішнього*: зб. тез. доп. щоріч. наук. кругл. онлайн-столу (Київ, 12 черв. 2024 р.). Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2024. С. 47–49. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/743618>

37. **Степаненко В., Злобіна В., Головаха Є., Дембіцький С., Найдьонова Л.** Стрес, спричинений війною, та ресурси соціально-психологічної стійкості: огляд теоретичних концептуалізацій. *Соціологія: теорія, методи, маркетинг*. 2023. №4. С. 22-39. URL: <http://stmm.in.ua/archive/ukr/2023-4/4.pdf>
38. **Терещук А. Д.** (2025). Інтерсуб'єктивне розуміння ПТСР, пов'язаного з бойовими діями. Сучасні проблеми екологічної психології: Психологічні засади утворення екологічного життєвого простору: матеріали XXI всеукраїнської науково-практичної конференції, 14-15 травня 2025 року: 3б. матеріалів // За ред. Ю.М. Швалба. Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, С. 116-119.
39. **Терещук А. Д.** (2025). Психологічна допомога та підтримка військовослужбовців у подоланні негативних афективних станів. Українська школа в контексті війни: психологічні проблеми: збірник матеріалів II Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції (Київ, 5.05.2025) / за ред. С. Д. Максименка. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, С. 87-94.
40. **Туриніна О. Л.** Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. *Київ: ДП «Вид. дім «Персонал»*, 2017. 160 с.
41. **У Мережі виявили небезпечний Telegram-бот**, який закликає підпалювати ТЦК: попередження від РНБО. ТСН Україна. Дата публікації 05.08.25. URL: <https://tsn.ua/ukrayina/u-merezi-vyavyly-nebezpechnoho-telegram-bota-iakyy-zaklykaye-palyty-ttsk-poperedzennia-vid-rnbo-2884235.html>
42. **Франкл В.** Сказати життю «Так!». Психолог у концтаборі / пер. з нім. О. Замойської. – Харків : Книжковий Клуб «Клуб Сімейного Дозвілля», 2016.
43. **Франкл В.** Людина в пошуках справжнього сенсу. Психолог у концтаборі/ Віктор Франкл; пер. з англ. О. Замойської. – Харків: Книжковий Клуб «Клуб Сімейного Дозвілля», 2016. – 160 с. ISBN 978-617-12-0452-2.
44. **Христук О. Л.** Теоретико-методологічний аналіз вивчення проблеми психологічної травми: від історії до сучасності. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ*. Серія психологічна. 2017. Вип.2. С.183–191.
45. **Чабан О. С., Хаустова О. О.** Медико-психологічні наслідки дистресу війни в Україні: що ми очікуємо та що потрібно враховувати при наданні медичної допомоги? Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ. 2022// Український Медичний Часопис, Неврологія. Психіатрія. 4 (150) – VII/VIII 2022. DOI: 10.32471/umj.1680-3051.150.232297:
46. **Чат-боти з ШІ** можуть непомітно змушувати людей розкривати якомога більше особистих даних. 14 серпня 2025. INTERNETUA. URL: https://inter.netua.com/csot-boti-z-shi-mojut-nepomitno-zmushuvati-luadei-rozkrivati-yakomoga-bilsheosobistih-danih?utm_source=ukrnet_news
47. **Чудакова В. П.** Апробація і впровадження рефлексивно-інноваційного тренінгу, коучингу «Сучасні психотехнології формування компетентностей конкурентоздатності особистості в умовах інноваційної діяльності» у рамках міжнародного стажування та академічної мобільності: українсько-узбецький досвід (у

форматі фотOVERнісажу 1). *Освіта та розвиток обдарованої особистості*: щоквартальний науково-методичний журнал. Київ: ІОД, № 2 (89) 2023 С. 50-67. [https://doi.org/10.32405/2309-3935-2023-2\(89\)-50-67](https://doi.org/10.32405/2309-3935-2023-2(89)-50-67)

48. **Чудакова В. П.** Аспекти психологічної допомоги особистості в екстремальних, кризових ситуаціях та довготривалої напруги, у подоланні наслідків травмуючих ситуацій, розвитку стресостійкості, здатності до швидкої адаптації і посттравматичного зростання. // *Теперішнє та майбутнє української психології: надбання та втрати* / Збірник тез доповідей Всеукраїнського наукового круглого онлайн-столи (м. Київ, 22.05.2024) / за ред. С. Д. Максименка, В. В. Турбан.— Київ, Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН У країни, 2024. – 70 с. – С. 64-68. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/743617>

49. **Чудакова В. П.** Досвід впровадження і зміст програми «Технології та інтегративний інструментарій формування компетентностей конкурентоздатності особистості в умовах інноваційної діяльності», у рамках міжнародного стажування і міжнародної літньої школи «Узбекистан-Україна 2023» В. Чудакової (у форматі фотOVERнісажу, частина 2). 12 частина. // *Освіта та розвиток обдарованої особистості*: щоквартальний науково-методичний журнал. Київ: ІОД. № 3 (90) 2023. С.83-100. DOI: : [https://doi.org/10.32405/2309-3935-2023-3\(90\)-83-100](https://doi.org/10.32405/2309-3935-2023-3(90)-83-100) URL: <https://otr.iod.gov.ua/images/pdf/2023/3/12.pdf>

50. **Чудакова В. П.** Забезпечення психологічної допомоги засобами інтегративних психотехнологій NLP: подолання наслідків травмуючих ситуацій, розвитку стресостійкості та здібності до швидкої адаптації. // *Забезпечення психологічної допомоги в секторі Сил оборони України*: зб. тез Всеукр. міжвід. психол. форуму (м. Київ, 30 червня 2022 р.). Київ: «Вид-во Людмила», 2022. 324 с. С.286-293. URL: <https://dn di.mvs.gov.ua>

51. **Чудакова В. П.** Інтегративний інструментарій забезпечення психологічної допомоги і розвиток компетентностей стресостійкості та здатності до швидкої адаптації особистості в складних життєвих травмуючих ситуаціях, з використанням діагностичних і корекційних, цифрових і STEM-методів. // *Освіта та розвиток обдарованої особистості*: щоквартальний науково-методичний журнал. Київ: ІОД, № 1 (88) / I квартал / 2023. С. 67-77. DOI: [https://doi.org/10.32405/2309-3935-2023-1\(88\)-67-77](https://doi.org/10.32405/2309-3935-2023-1(88)-67-77)

52. **Чудакова В. П.** Інтегративний інструментарій і особливості реалізації «технології формування психологічних компетентностей конкурентоздатності особистості в умовах інноваційної діяльності організацій», як основи і дієвого засобу, практики психологічної допомоги в подоланні психологічних проблем і травм, розвитку стресостійкості та здатності до швидкої адаптації особистості, у складних надзвичайних ситуаціях, як компонентів мілітарної ідентичності. Частина 1. Науковий-семінар практикум. // «*Освіта та розвиток обдарованої особистості*»: щоквартальний науково-методичний журнал. №2 (97), 2025. С.57-67. DOI: [https://doi.org/10.63437/3083-6425-2025-2\(97\)-08](https://doi.org/10.63437/3083-6425-2025-2(97)-08)

53. **Чудакова В. П.** Інтегративний інструментарій і особливості реалізації «технології формування психологічних компетентностей конкурентоздатності особистості в умовах інноваційної діяльності організацій», як основи і дієвого засобу, практики психологічної допомоги в подоланні психологічних проблем і травм, розвитку стресостійкості та здатності до швидкої адаптації особистості, у складних надзвичайних ситуаціях, як компонентів мілітарної ідентичності. Частина 1. Науковий-семінар практикум. // *«Освіта та розвиток обдарованої особистості»: щоквартальний науково-методичний журнал.* №2 (97), 2025. С. 57-67. DOI: [https://doi.org/10.63437/3083-6425-2025-2\(97\)-08](https://doi.org/10.63437/3083-6425-2025-2(97)-08)

54. **Чудакова В. П.** Науково-методичного забезпечення і особливості реалізації «психолого-організаційної технології формування компетентностей конкурентоздатності особистості в умовах інноваційної діяльності організацій». // *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи*, 2021, № 3 (56) Т.2. С. 311-325. DOI: <https://doi.org/10.33216/2219-2654-2021-56-3-2-311-325> URL: http://tpjournal.com.ua/n56y2k21_tom_2_a27.html

55. **Чудакова В. П.** Основні детермінанти та інтегративний інструментарій формування мілітарної ідентичності учасників освітнього процесу засобами «психологічної допомоги в подоланні наслідків травмуючих ситуацій, розвитку стресостійкості та здатності до швидкої адаптації». Частина 2. Науковий-семінар практикум. // *«Освіта та розвиток обдарованої особистості»: щоквартальний науково-методичний журнал.* №3 (98), 2025. С. 76-92. URL: <https://otr.ioid.gov.ua/ojs/index.php/otr/article/view/277/268>

56. **Чудакова В. П.** Основні чинники, що впливають на посттравматичне зростання особистості, та роль в його реалізації «технології психологічної підтримки і самопомоги у подоланні наслідків травмуючих ситуацій, розвитку стресостійкості та здатності до швидкої адаптації». // *Наукова спадщина української психології: єдність минулого та теперішнього* / Збірник тез доповідей щорічного Всеукраїнського наукового круглого онлайн-столу (м. Київ, 12 червня 2024 року). Київ, Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2024. 84 с. С. 73-76. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/744549/>

57. **Чудакова В. П.** Особливості науково-методичного забезпечення психологічної підтримки та допомоги у подоланні наслідків травмуючих ситуацій, розвитку компетентностей стресостійкості та здатності до швидкої адаптації, і їх вплив на посттравматичне зростання особистості. // *Життєві виклики сучасного суспільства в умовах воєнного часу* / Збірник матеріалів Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Київ, 05-06 листопада 2024 року) Київ, Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2024. 95 с. С.82-86. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/743609>

58. **Чудакова В. П.** Реалізація компетентнісно орієнтованого навчання: навчальна програма. Київ: КОНВІ ПРІНТ, 2021. 25 с. URL: <https://undip.org.ua/wp-content/uploads/2021/12/21-29-CHudakova.pdf>

59. **Чудакова В. П.** Реалізація кореляційного аналізу, побудова «кореляційної матриці» та «кореляційних плеяд», особливості взаємозв'язку та взаємозалежності емпіричних даних дослідження «пріоритетних психологічних компетентностей конкурентоздатності особистості» (за методикою В. Чудакової), за результатами математично-статистичного аналізу з використанням програми SPSS, цифрових і STEM методів. (частина 16). // *«Освіта та розвиток обдарованої особистості»: щоквартальний науково-методичний журнал.* № 3 (94) / III квартал / 2024. С. 69-85 DOI: [https://doi.org/10.32405/2309-3935-2024-3\(94\)-69-85](https://doi.org/10.32405/2309-3935-2024-3(94)-69-85)
60. **Чудакова В. П.** Технологія формування психологічних компетентностей конкурентоздатності особистості у швидкозмінних умовах інноваційної діяльності організацій, з використанням діагностичних, корекційних, цифрових і STEM методів, програм SPSS і штучного інтелекту. (2025). // *«Освіта та розвиток обдарованої особистості»: щоквартальний науково-методичний журнал.* №1, С.91-106. URL: [https://doi.org/10.63437/2309-3935-2025-1\(96\)-13](https://doi.org/10.63437/2309-3935-2025-1(96)-13)
61. **Шульська, Н. М., Букіна, Н. В., & Адамчук, Н. В.** (2023). Типологічні маркери інформаційно-психологічних операцій (ІПСО) в умовах війни в медіа. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Філологія. Журналістика.* URL: https://philol.vernadskyjournals.in.ua/journals/2023/1_2023/part_2/42.pdf
62. **Як подолати психотравму** та відновити душевну рівновагу. Методичний посібник із психотравматерапії Bern: KMB, 2012. – 328 с.
63. **Ahmed, O. M., et al.** (2025). *Efficacy and Safety of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) in Patients with Psychosis: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials.*
64. **Alfawaz, H., Amer, O. E., Aljumah, A. A., Aldisi, D. A., Alotaibi, N. H., Alshahrani, S. H., ... & Sabico, S.** (2021). Effects of home quarantine during COVID-19 lockdown on physical activity and dietary habits of adults in Saudi Arabia. *Scientific Reports, 11*, 5904. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-85330-2>
65. **American Psychiatric Association.** (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). APA.
66. **American Psychological Association.** (2017). *Clinical practice guideline for the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD).*
67. **American Psychological Association.** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Text Revision, 5th ed.*; American Psychological Association: Washington, DC, USA, 2022.
68. **Antonovsky, A.** (1985). The life cycle, mental health and the sense of coherence. *Israel Journal of Psychiatry, 22*(4), 273–280.
69. **Antonovsky, A.** (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well.* Jossey-Bass.
70. **Arnold Zwicky** (7 серпня 2005). Just Between Dr. Language and I | Language Log (англ.). www.itre.cis.upenn.edu. Архів оригіналу за 6 травня 2021. Процитовано 6 грудня 2017.

71. **Aronson, K., Morgan, N., Doucette, C., McCarthy, K., Davenport, K., & Perkins, D.** (2024). Associations among combat exposure, adverse childhood experiences, moral injury, and posttraumatic growth in a large cohort of post-9/11 veterans. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*. <https://doi.org/10.1037/tra0001793>
72. **Asay TP, Lambert MJ.** Therapist relational variables. In: Cain DJ, editor. *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice*. Washington, DC: American Psychological Association; 2002. p. 531-57.
73. **Asay, T. P., & Lambert, M. J.** (2002). Therapist relational variables. In D. J. Cain (Ed.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (pp. 531–557). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10439-017>
74. **Assonov D.** Two-Step Resilience-Oriented Intervention for Veterans with Traumatic Brain Injury: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Clinical Neuropsychiatry*. 2021. Vol. 18. P. 247–259. DOI: 10.36131/cnfioritieditore20210503.
75. **Atwoli, L., Stein, D., Koenen, K., & McLaughlin, K.** (2015). Epidemiology of posttraumatic stress disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 28(4), 307–311. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000167>
76. **Badecka, P.** (2023). The possibilities of transcultural Positive Psychotherapy in supporting the development of post-traumatic growth (PTG). *The Global Psychotherapist*, 3(1), 98–103. <https://doi.org/10.52982/lkj187>
77. **Bantilan N, Malgaroli M, Ray B, Hull TD.** Just in time crisis response: suicide alert system for telemedicine psychotherapy settings. *Psychother Res*. 2021 Mar; 31(3):302-312. doi: 10.1080/10503307.2020.1781952. Epub 2020 Jun 19. PMID: 32558625. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32558625/>
78. **Bartholomew, T. T., Robbins, K. A., Joy, E. E., Kang, E., & Maldonado Aguiñiga, S.** (2020). Clients' resilience and distress in psychotherapy: A preliminary meta-analysis. *Counselling Psychology Quarterly*, 35(2), 344–362. <https://doi.org/10.1080/09515070.2020.1777389>
79. **Bartone, P. T., & Homish, G. H.** (2020). Influence of hardiness, avoidance coping, and combat exposure on depression in returning war veterans: A moderated-mediation study. *Journal of Affective Disorders*, 265, 511–518. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.127>
80. **Bartone, P., & Bowles, S.** (2020). Hardiness predicts post-traumatic growth and well-being in severely wounded servicemen and their spouses. *Military Medicine*. <https://doi.org/10.1093/milmed/usaa250>
81. **Beck, A. T.** (1967). Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2237012/?utm_source=chatgpt.com
82. **Beavor, A.** The Second World War. Little, Brown and Company. New York. 2012. ISBN 978-0-316-02374-0.
83. **Beavor, Antony** (2012). The Second World War. Little, Brown and Company. New York. 2012. ISBN 978-0-316-02374-0.

84. **Bensimon, M.** (2012). Elaboration on the association between trauma, PTSD and posttraumatic growth: The role of trait resilience. *Personality and Individual Differences*, 52, 782–787. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.01.011>
85. **Bisson, J. I. et al.** (2013). *Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults*. Cochrane Database of Systematic Reviews.
86. **Bisson, J. I., et al.** (2013). *The efficacy of EMDR therapy for PTSD: A meta-analysis*. *European Journal of Psychotraumatology*, 4(1), 20825.
87. **Bloom, B. L.** (1992). *Planned short-term therapy: A clinical handbook*. Boston: Allyn & Bacon.
88. **Bonanno G. A.** Loss, trauma, and human resilience. *American Psychologist*. 2004. Vol. 59 (1). P. 20–28. DOI:10.1037/0003-066X.59.1.20
89. **Bonanno, G. A., Galea, S., Bucciarelli, A., & Vlahov, D.** (2007). What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources, and life stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(5), 671–682. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.5.671>
90. **Boulanger, G.** (2007). *Wounded by reality: Understanding and treating adult onset trauma*. New York: Routledge.
91. **Britt, T., Adler, A., & Fynes, J.** (2021). Perceived resilience and social connection as predictors of adjustment following occupational adversity. *Journal of Occupational Health Psychology*, 26(4), 339–349. <https://doi.org/10.1037/ocp0000286>
92. **Bromberg, P. M.** (2003). Something wicked this way comes: Trauma, dissociation, and conflict: The space where psychoanalysis, cognitive science, and neuroscience overlap. *Psychoanalytic Psychology*, 20, P. 558–574.
93. **Canning, L., Davis, J., Prindle, J., Castro, C., Pedersen, E., Saba, S., Bravo, A., Fitzke, R., Mills, A., & Livingston, W.** (2024). Military sexual trauma, childhood trauma, and combat trauma: Associations with longitudinal posttraumatic growth among U.S. veterans. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*. <https://doi.org/10.1037/tra0001810>
94. **Cao F., Li J., Xin W., Yang Z., Wu D.** The impact of resilience on the mental health of military personnel during the COVID-19 pandemic: coping styles and regulatory focus. *Front Public Health*. 2023. Aug 9. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1240047>
95. **Carlson, J. G. et al.** (1998). *EMDR treatment for combat-related PTSD*. *Journal of Traumatic Stress*, 11(1), 3–24.
96. **Carlson, J. G., et al.** (1998). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for combat-related posttraumatic stress disorder*. *Journal of Traumatic Stress*, 11(1), 3–24.
97. **Carmona, L., Camilo, C., Carvalho, V., & Chambel, M.** (2024). Posttraumatic stress disorder in peacekeepers: A systematic literature review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 15. <https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2413735>

98. **Carr, R.B.** (2011). Combat and human existence: A path toward intersubjective treatment of combat-related posttraumatic stress disorder. *Psychoanalytic Psychology*, 28, P. 471–496.
99. **Carr, R.B.** (2012). A psychodynamic treatment for PTSD shows promise for soldiers March Vol 43, No. 3.
100. **Casey A, Pattyn N, Hogenelst K, et al.** Human augmentation to deliver an enhanced and resilient people capability for Defence. *BMJ Mil Health* 2025;171:453-457. <https://doi.org/10.1136/military-2025-002964>
101. **Chen, Y. R., et al.** (2015). *Efficacy of EMDR for PTSD: A meta-analysis of RCTs*. PLoS ONE, 10(5), e0127775.
102. **Cherry, K.** (2022). What is resilience? *Verywell Mind*. <https://www.verywellmind.com/what-is-resilience-2795059>
103. **Christopher M.** A broader view of trauma: a biopsychosocial-evolutionary view of the role of the traumatic stress response in the emergence of pathology and/or growth. *Clinical Psychology Review*. 2004. Vol. 24. P. 75–98. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2003.12.003>.
104. **Chudakova V. P.** Integrative toolkit for the implementation of the «technology for the formation of psychological competence of individual competitiveness in the context of innovative activity» using diagnostic, correctional, digital, STEM methods, SPSS programs and artificial intelligence // *Moderní aspekty vědy: XLIX.* // Díl mezinárodní kolektivní monografie / Mezinárodní Ekonomický Institut s.r.o.. Česká republika: Mezinárodní Ekonomický Institut s.r.o., 2024. str. 611. Str. 377-389. DOI: <https://doi.org/10.52058/49-2024>
105. **Chykhantsova, O., & Denchyk, A.** (2024). Specific features of Ukrainian military personnel resilience and its relationship with actual capacities. *The Global Psychotherapist*, 5(2), 37–48. <https://doi.org/10.52982/lkj231>
106. **Chykhantsova, O., & Kuprieieva, O.** (2021). Possibilities of Positive Psychotherapy in the formation of hardiness. *The Global Psychotherapist*, 1(2), 22–26. <https://doi.org/10.52982/lkj147>
107. **Combat Stress Injury.** Theory, Research, and Management: [англ.] / C. R. Figley, W. P. Nash. – New York : Routledge, 2007. – ISBN 978-0-415-95433-4.
108. **Connor K. M., Davidson J. R.** Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2003. Vol. 18 (2). P. 76-82. DOI:10.1002/da.10113
109. **Dekel, S., Ein-Dor, T., Solomon, Z.** (2012). Posttraumatic growth and post-traumatic distress: A longitudinal study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(1), 94–101. doi:10.1037/a0021865
110. **Dell’Osso L., Lorenzi P., Nardi B., Carmassi C., Carpita B.** (2022). Post Traumatic Growth (PTG) in the Frame of Traumatic Experiences. *Clin Neuropsychiatry Dec*; 19(6): P. 390–393. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9807114/>

111. **Dindo L., Johnson A., Lang B. et al.** Development and evaluation of a 1-day Acceptance and Commitment Therapy workshop for Veterans with comorbid chronic pain, TBI, and psychological distress: Outcomes from a pilot study. *Contemporary Clinical Trials*. 2020. Art. 105954. DOI: 10.1016/j.cct.2020.105954.
112. **Doody, C., Egan, J., Bogue, J., & Sarma, K.** (2021). Military personnels' experience of deployment: An exploration of psychological trauma, protective influences, and resilience. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*. <https://doi.org/10.1037/tra0001114>
113. **Dyball, D. et al.** (2022). *Post-traumatic growth amongst UK armed forces personnel who were deployed to Afghanistan and the role of combat injury, mental health and pain: the ADVANCE cohort study*. *Psychological Medicine*, Aug 22:1-10. doi:10.1017/S0033291722002410.
114. **Dyball, D., Bennett, A., Schofield, S., Cullinan, P., Boos, C., Bull, A., Stevelink, S., & Fear, N.** (2022). Post-traumatic growth amongst UK armed forces personnel who were deployed to Afghanistan and the role of combat injury, mental health and pain: The ADVANCE cohort study. *Psychological Medicine*, 53, 5322–5331. <https://doi.org/10.1017/S0033291722002410>
115. **Dyball, D., Bennett, A., Schofield, S., Cullinan, P., Boos, C., Bull, A., Wesely, S., Stevelink, S., & Fear, N.** (2022). Mental health outcomes of male UK military personnel deployed to Afghanistan and the role of combat injury: Analysis of baseline data from the ADVANCE cohort study. *The Lancet Psychiatry*, 9(7), 547–554. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00112-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00112-2)
116. **Dyball, D., Taylor-Beirne, S., Greenberg, N., Stevelink, S., & Fear, N.** (2022). Post-traumatic growth among UK military personnel deployed to Iraq or Afghanistan: Data from phase 3 of a military cohort study. *BJPsych Open*, 8. <https://doi.org/10.1192/bjo.2022.570>
117. **Ellis, A.** (1962). Reason and Emotion in Psychotherapy, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7953024/>
118. **Emre Senol-Durak, Marialaura Di Tella, Annunziata Romeo.** (2023). Post-traumatic growth. *Psychol.*, 26 July. T. 14 <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2023.1227892/full>
119. **Ettman, C. K., Abdalla, S. M., Cohen, G. H., Sampson, L., Vivier, P. M., & Galea, S.** (2020). Prevalence of depression symptoms in US adults before and during the COVID-19 pandemic. *JAMA Network Open*, 3(9), e2019686. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.19686>
120. **Fairbairn, W. R. D.** (1952). *Psychoanalytic studies of personality*. Boston: Routledge Kegan Paul.
121. **Farrell, D. et al.** (2023). *Group early intervention eye movement desensitization and reprocessing therapy as a video-conference psychotherapy with frontline/emergency workers in response to the COVID-19 pandemic in the treatment of post-traumatic stress disorder and moral injury—An RCT study*. *Frontiers in Psychology*, 14, 1129912.

122. **Feng Y, Hang Y, Wu W, Song X, Xiao X, Dong F, Qiao Z.** Effectiveness of AI-Driven Conversational Agents in Improving Mental Health Among Young People: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Med Internet Res.* 2025 May 14;27:e69639. doi: 10.2196/69639. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12120367/>
123. **Fosha, D.** (2000). The transforming power of affect: A model for accelerated change. New York: Basic.
124. **Franco Z., Ruffalo L., Curry B. et al.** Impact of veteran-led peer mentorship on posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress.* 2024. DOI: 10.1002/jts.23038.
125. **Freud, S.** (1955). Memorandum on the electrical treatment of war neurotics. In J. Strachey (Ed. and Trans.). The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud (Vol. 17, pp. 211–215). London: Hogarth Press. (Original work published 1920).
126. **Glazebrook A.-J. та ін.** (2022) – Neural Prediction of Posttraumatic Growth... (*Journal of Loss & Trauma*). <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15325024.2022.2149877>
127. **Glazebrook A.-J. та ін.** (2023) – Posttraumatic growth EEG neuromarkers: translational neural comparisons with resilience and PTSD (*European Journal of Psychotraumatology*) <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/20008066.2023.2272477>
128. **Gonzalez-Mendez R., Marrero H., Romei V.** Editorial: Mechanisms underlying psychological resilience and post-traumatic growth. *Frontiers in Psychology.* 2023. Vol. 14. DOI=10.3389/fpsyg.2023.1230055
129. **Greenberg, J., Tsai, J., Southwick, S., & Pietrzak, R.** (2021). Can military trauma promote psychological growth in combat veterans? Results from the National Health and Resilience in Veterans Study. *Journal of Affective Disorders*, 282, 732–739. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.077>
130. **Grover L., Williamson C., Burdett H., Palmer L., Fear N.** Level of perceived social support, and associated factors, in combat-exposed (ex-)military personnel: a systematic review and meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.* 2024. Vol. 59. P. 2119–2143. DOI: 10.1007/s00127-024-02685-3.
131. **Grover, L., Williamson, C., Burdett, H., Palmer, L., & Fear, N.** (2024). Level of perceived social support, and associated factors, in combat-exposed (ex-) military personnel: A systematic review and meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 59, 2119–2143. <https://doi.org/10.1007/s00127-024-02685-3>
132. **Haddad, R. H. et al.** (2024). *The Effectiveness of Using Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy on Reducing the Severity of Symptoms among Individuals Diagnosed with Post-Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review.* Research Square.
133. **Harwood-Gross, A., Stern, N., & Brom, D.** (2023). Exposure to combat experiences: PTSD, somatization and aggression amongst combat and non-combat veterans. *International Journal of Psychology.* <https://doi.org/10.1002/ijop.12917>
134. **Hashemi M., Mahmoudzadeh M.** The lived experiences of childhood trauma in war: has post-traumatic growth occurred? *European Journal of Psychotraumatology.* 2025. Vol. 16. DOI: 10.1080/20008066.2025.2468605.

135. **Hobfoll S.** The influence of culture, community, and the nest-self in the stress process: Advancing conservation of resources theory. *Applied Psychology: An International Review*. 2001. №50. P. 337-421. <http://dx.doi.org/10.1111/1464-0597.00062>
136. **Hoge, Charles W.** Once a warrior always a warrior : navigating the transition from combat to home--including combat stress, PTSD, and mTBI. Lyons Press, Guilford, Connecticut, 2010 (303 pag.). ISBN: 9780762754427, 0762754427).
137. **Horowitz, M., Marmar, C., Krupnick, J., Wilner, N., Kaltreider, N. B., Wallerstein, R.** (1984). Personality styles and brief psychotherapy. New York: Basic Books.
138. **Hruby, A. et al.** (2021). *Symptoms of depression, anxiety, and post-traumatic stress disorder and their relationship to health-related behaviors in over 12,000 US military personnel: Bi-directional associations*. *Journal of Affective Disorders*, 283, 84–93.
139. **Ironson, G. et al.** 2002). *Comparison of EMDR and prolonged exposure in PTSD treatment*. *Journal of Clinical Psychology*, 58(1), 113–128.
140. **“I Saw China’s Super Soldiers”:** US Confirms Terrifying Genetic Enhancements in Military Experiments. Potter Rosemary. Sustainability Times. ORMEDIA LTD. 04.25.2025. URL: <https://www.sustainability-times.com/policy/i-saw-chinas-super-soldiers-us-confirms-terrifying-genetic-enhancements-in-military-experiments/>
141. **Jacobson, I., Adler, A., Roenfeldt, K., Porter, B., LeardMann, C., Rull, R., & Hoge, C.** (2021). Combat experience, new-onset mental health conditions, and post-traumatic growth in U.S. service members. *Psychiatry*, 84, 276–290. <https://doi.org/10.1080/00332747.2021.1929770>
142. **Janoff-Bulman R. Happystance.** A review of Subjective Well-Being: An Interdisciplinary Perspective // *Contemporary Psychology*. 1992. V. 37. P. 162–163.
143. **Jarero, I. et al.** 2015). *EMDR integrative group treatment protocol in military and civilian populations*. *Journal of EMDR Practice and Research*, 9(1), 34–45.
144. **John T. Cacioppo, Louis G. Tassinary, Gary G. Berntson.** Handbook of psychophysiology. *Publisher: Cambridge University Press*, 2017. 715 p.
145. **Jork, K., & Peseschkian, N.** (2006). *Salutogenese und Positive Psychotherapie* (2nd ed.). Hans Huber.
146. **Joseph S.** Client-centred therapy, post-traumatic stress disorder and posttraumatic growth: Theoretical perspectives and practical implications. *Psychology and Psychotherapy*. 2004. Vol. 77. P. 101–119. <https://doi.org/10.1348/147608304322874281>.
147. **Kamranvand M. та ін.** (2022) – Predicting Posttraumatic Growth in COVID-19 Patients Using EEG Signals (*Frontiers in Biomedical Technologies*)
148. **Karam, E. G., Friedman, M. J., Hill, E. D., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Petukhova, M., ...** (2014). Cumulative traumas and risk thresholds: 12-month PTSD in the World Mental Health (WMH) surveys. *Depression and Anxiety*, 31, 130–142. <https://doi.org/10.1002/da.22169>
149. **Kim R., Choi H., Kim M.** Exploring Traumatic Experiences and Posttraumatic Growth among Korean Veterans: A Photovoice Study. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2024. Vol. 54, No. 4. P. 519–533. DOI: 10.4040/jkan.24049.

150. **Kobasa, S., Maddi, S., & Kahn, S.** (1982). Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42(1), 168–177. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.42.1.168>
151. **Kokun, O., & Lizun, A.** (2025). Understanding willingness to fight: Motivational and personality predictors in Ukrainian military personnel with and without combat experience. *Military Psychology*, 1–13. <https://doi.org/10.1080/08995605.2025.2577060>
152. **Kokun, O., Pischko, I., Lozinska, N., & Oliinyk, V.** (2025). Personal Resources Associated with Stress Resistance and Posttraumatic Growth in Ukrainian Prisoners of War. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 34(3), 422–440. <https://doi.org/10.1080/10926771.2024.2433061>
153. **Kondratyuk, V., & Puchalska-Wasył, M.** (2020). Posttraumatic growth, resiliency, and basic hope in soldiers fighting in Eastern Ukraine. *Roczniki Psychologiczne*, 22, 213–231. <https://doi.org/10.18290/rpsych.2019.22.3-2>
154. **Kozhyna H., Steblyuk V., Zelenska K., Pronoza-Steblyuk K.** Algorithm of medical and psychological support for servicewomen, ATO/JFO female veterans. [Journal title unspecified]. 2021. P. 29–31. DOI: 10.36927/2079-0325-v29-is1-2021-5.
155. **Krok, D., Zarzycka, B., & Telka, E.** (2021). Religiosity, meaning-making, and the fear of COVID-19... *Journal of Religion and Health*, 60(5), 3265–3281.
156. **LaRocca, M., & Avery, T.** (2020). Combat experiences link with posttraumatic growth among veterans across conflicts: The influence of PTSD and depression. *Journal of Nervous & Mental Disease*. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001147>
157. **Lee, H., Aldwin, C., & Kang, S.** (2020). Do different types of war stressors have independent relations with mental health? Findings from the Korean Vietnam Veterans Study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*. <https://doi.org/10.1037/tra0000557>
158. **Lepore, S. J., & Revenson, T.** (2006). Resilience and posttraumatic growth: Recovery, resistance, and reconfiguration. In L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth* (pp. 24–46). Lawrence Erlbaum Associates.
159. **Levenson, H.** (1995). Time-limited dynamic psychotherapy: A guide to clinical practice. New York: Basic Books.
160. **Lewis, C. et al.** (2020). Dropout from psychological therapies for posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults: Systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1).
161. **Li, H., Zhang, R., Lee, YC. et al.** Systematic review and meta-analysis of AI-based conversational agents for promoting mental health and well-being. *npj Digit. Med.* 6, 236 (2023). <https://doi.org/10.1038/s41746-023-00979-5>
162. **Linley P. A.** Positive change following trauma and adversity: A review / P. A. Linley, S. Joseph // *Journal of Traumatic Stress*. – 2004. – Vol. 17. – P. 11–21. (18. Лінлі П. А. Позитивні зміни після травми та негараздів: огляд / П. А. Лінлі, С. Джозеф // *Журнал травматичного стресу*. – 2004. – Том 17. – С. 11–21.)

163. **Linley, P. A., & Joseph, S.** (2004). Positive change following trauma and adversity. *Journal of Traumatic Stress*, 17(1), 11–21.
164. **Lokyan A., Baghdasaryan S., Hovhannisyan H.** Enhancing psychological training in military personnel: Modern approaches, systemic assessments and hands-on recommendations. *Asian Journal of Psychiatry*. 2025. Vol. 106. Art. 104442. DOI:10.1016/j.ajp.2025.104442.
165. **Maddi, S. R.** (2004). Hardiness: An operationalization of existential courage. *Journal of Humanistic Psychology*, 44(3), 279–298. <https://doi.org/10.1177/0022167804266101>
166. **Masten A. S.** Ordinary magic. Resilience processes in development. *Am Psychol*. 2001. Mar. Vol. 56 (3). P. 227–38. doi:10.1037//0003-066x.56.3.227
167. **Masten, A. S., Lucke, C. M., Nelson, K. M., & Stallworthy, I. C.** (2021). Resilience in development and psychopathology: Multisystem perspectives. *Annual Review of Clinical Psychology*, 17, 521–549. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-120307>
168. **Matthijssen, S., et al.** (2020). *The Current Status of EMDR Therapy, Specific Target Areas, and Goals for the Future*.
169. **Mckenzie V., Anderson E., Maydon A., Shivakumar G.** Resiliency and Posttraumatic Growth Following Sexual Trauma in Women Veterans of Iraq and Afghan Wars. *Journal of Veterans Studies*. 2021. Vol. 7, No. 2. DOI: 10.21061/jvs.v7i2.269.
170. **Mckenzie V., Anderson E., Maydon A., Shivakumar G.** Resiliency and Posttraumatic Growth Following Sexual Trauma in Women Veterans of Iraq and Afghan Wars. *Journal of Veterans Studies*. 2021. Vol. 7(2). DOI: 10.21061/jvs.v7i2.269.
171. **Menzul, E., Ryazantseva, N., & Karaseva, L.** (2020). Experimental study of post-traumatic stress disorder in military personnel participating in combat operations (research results)., 57–61. <https://doi.org/10.33920/med-05-2003-10>
172. **Military medicine:** methods of control, improvement in individual combat readiness and telerehabilitation of military personnel: Monograph / Illya Chaikovsky, Viktor Dykhanovskiy, Kyrylo Malakhov, Michael Bocharov. 2023. Glushkov Institute of Cybernetics of the National Academy of Sciences of Ukraine, Central Scientific Research Institute of Armament and Military Equipment of the Armed Forces of Ukraine, Ivan Chernyakhovsky National Defense University of Ukraine. Iowa State University Digital Press. DOI: 10.31274/isudp.2023.128.
173. **Mitchell L., Johnsen-Buss E.** Identity development among veterans with spinal cord injury: A qualitative study. *Rehabilitation Psychology*. 2025. DOI: 10.1037/rep0000603.
174. **Moldjord Christian, Laberg Jon Christian, Rundmo Torbjorn.** Stressors, social support and military performance in a modern war scenario. *Journal of Military Studies*. 2015. 6 (1): 1-18. DOI:10.1515/jms-2016-0194
175. **Na, P., Schnurr, P., & Pietrzak, R.** (2022). Mental health of U.S. combat veterans by war era: Results from the National Health and Resilience in Veterans Study. *Journal of Psychiatric Research*, 158, 36–40. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.12.019>

176. **Nahum-Shani I, Smith SN, Spring BJ, Collins LM, Witkiewitz K, Tewari A, Murphy SA.** Just-in-Time Adaptive Interventions (JITAIs) in Mobile Health: Key Components and Design Principles for Ongoing Health *Behavior Support. Ann Behav Med.* 2018 May 18;52(6):446-462. doi: 10.1007/s12160-016-9830-8.
177. **New insights into secondary prevention in post-traumatic stress disorder /** Zohar J., Juven-Wetzler A., Sonnino R., Cwikel-Hamzany Sh., Balaban E., Cohen H. // *Dialogues in Clinical Neuroscience.* 2011. 13(3):301-9 .DOI:10.31887/DCNS. 2011.13.2/
178. **Norman Garmezy, Ann S. Masten.** Stress, competence, and resilience: Common frontiers for therapist and psychopathologist. ScienceDirect, University of Minnesota, USA, 2006. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(86\)80091-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(86)80091-0)
179. **NICE.** (2018). *Post-traumatic stress disorder: NICE guideline [NG116].*
180. **Ntarla, I., & Hum, G.** (2024). Resilience of psychotherapists through the lens of the primary capacities of Positive Psychotherapy. *The Global Psychotherapist*, 4(1), 43–55. <https://doi.org/10.52982/lkj216>
181. **Olf, M., Primasari, I., Qing, Y., Coimbra, B. M., Hovnanyan, A., Grace, E., Williamson, R. E., Hoeboer, C. M., & the GPSCCC Consortium.** (2021). Mental health responses to COVID-19 around the world. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1929754. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1929754>
182. **Omnia, M. Ahmed, et al.** (2025). *Efficacy and Safety of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) in Patients with Psychosis: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials.*
183. **Ong A. D., Bergeman C. S., Bisconti T. L., & Wallace K. A.** Psychological resilience, positive emotions, and successful adaptation to stress in later life. *Journal of Personality and Social Psychology.* 2006. Vol. 91 (4). P. 730-749. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.91.4.730>
184. **Orange, D. M.** (2006). For whom the bell tolls: Context, complexity, and compassion in psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalytic Self Psychology*, 1, P. 5-21.
185. **Osodlo, V., & Zubovskyi, D.** (2020). The hierarchy of professional well-being factors in different professional groups. *Ukrainian Psychological Journal.* [https://doi.org/10.17721/upj.2020.1\(13\).10](https://doi.org/10.17721/upj.2020.1(13).10)
186. **Oudin A, Maatoug R, Bourla A, Ferreri F, Bonnot O, Millet B, Schoeller F, Mouchabac S, Adrien V.** Digital Phenotyping: Data-Driven Psychiatry to Redefine Mental Health. *J Med Internet Res.* 2023 Oct 4;25:e44502. doi: 10.2196/44502. PMID: 37792430; PMCID: PMC10585447 <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10585447>
187. **Pagani, M. et al.** (2012). *Neurobiological correlates of EMDR monitoring—An EEG study.* PLoS ONE, 7(9), e45753.
188. **Palmer, L., Busuttil, W., Simms, A., Fear, N., & Stevelink, S.** (2024). Holding and rupture: Describing post-traumatic stress among former UK Army and Royal Marine personnel deployed to Iraq and Afghanistan. *PLOS ONE*, 19. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0308101>

189. **Papadopoulos, R.** Refugees, home and trauma. In *Therapeutic Care for Refugees. No Place Like Home*. Edited by R. Papadopoulos. 2002. London: Karnac.
190. **Park J., Lee J., Kim D., Kim J.** Posttraumatic growth and psychosocial gains from adversities of Korean special forces: a consensual qualitative research. *Current Psychology*. 2021. Vol. 42. P. 10186–10199. DOI: 10.1007/s12144-021-02308-z.
191. **Park, J., Lee, J., Kim, D., & Kim, J.** (2021). Posttraumatic growth and psychosocial gains from adversities of Korean special forces: A consensual qualitative research. *Current Psychology*, 42, 10186–10199. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02308-z>
192. **Parsons S., Kruijt A.-W., & Fox E.** A cognitive model of psychological resilience. *Journal of Experimental Psychopathology*. 2016. Vol. 7(3). P 296–310. <https://doi.org/10.5127/jep.053415>
193. **Pellerin, N., & Raufaste, E.** (2020). Psychological resources protect well-being during the COVID-19 pandemic... *Frontiers in Psychology*, 11, 590276. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.590276>
194. **Pérez-Wilson P., Marcos-Marcos J., Morgan A., Eriksson M., Lindström B., Álvarez-Dardet C.** A synergy model of health': an integration of salutogenesis and the health assets model. *Health Promot Int*. 2021 Aug 24;36(3):884-894. doi: 10.1093/heapro/daaa084. PMID: 32968813.
195. **Peseschkian, H.** (2004). Salutogenetische Psychotherapie. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 1, 16–25. <https://psychotherapie-wissenschaft.info/article/view/407>
196. **Peseschkian, N.** (2016). *Positive psychosomatics: Clinical manual of positive psychotherapy*. AuthorHouse.
197. **Pietrzak, R. H., & Southwick, S. M.** (2011). Psychological resilience in OEF-OIF veterans... *Journal of Affective Disorders*, 133(3), 560–568. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.04.028>
198. **Psicothema.** (2023). *Efficacy of EMDR in Post-Traumatic Stress Disorder (Rasines-Laudes et al., 2023)*.
199. **Remmers, A.** (2024). The therapeutic process in positive psychosomatics: “Five fingers”... *The Global Psychotherapist*, 4(2), 57–61. <http://doi.org/10.52982/lkj233>
200. **Rhodes J., Tedeschi R., Moore B., Alldredge C., Elkins G.** Posttraumatic growth-oriented peer-based training among U.S. veterans: evaluation of post-intervention and long-term follow-up outcomes. *Frontiers in Psychology*. 2024. Vol. 14. DOI: 10.3389/fpsyg.2023.1322837.
201. **Rhodes J., Tedeschi R., Moore B., Alldredge C., Elkins G.** Posttraumatic growth-oriented peer-based training among U.S. veterans: evaluation of post-intervention and long-term follow-up outcomes. *Frontiers in Psychology*. 2024. Vol. 14. DOI: 10.3389/fpsyg.2023.1322837.
202. **Romanchuk S., Kuznetsov M., Petruk A., Didenko O.** Technology of Formation of Moral and Psychological Qualities of Military Servants by Means of Physical Training. *Ukrains'kij zhurnal medycyny, biolohii ta sportu*. 2021. DOI: 10.26693/jmbs 06.02.284.

203. **Romaniuk M., Saunders-Dow E., Brown K., Batterham P.** Feasibility, acceptability, and initial outcomes of a psychological adjustment and reintegration program for transitioned military veterans. *BMC Psychology*. 2024. Vol. 12. DOI: 10.1186/s40359-024-02097-7.
204. **Rønning, L., Nordstrand, A., Anyan, F., Hjemdal, O., & Bøe, H.** (2024). Posttraumatic growth and depreciation in military veterans: A gender-stratified latent profile analysis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*. <https://doi.org/10.1037/tra0001759>
205. **Rosser, B. A. et al.** (2023). *Online Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy for Chronic Pain: A Pilot Controlled Trial*. *Journal of EMDR Practice and Research*, 17(4), 186–199.
206. **Rothbaum, B. O. et al.** (2005). *Prolonged exposure vs. EMDR for PTSD rape victims*. *Journal of Traumatic Stress*, 18(6), 607–616.
207. **Rutter M.** Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American journal of Orthopsychiatry*. 1987. Vol. 57. P. 316-331. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x>
208. **Safe Genes program.** DARPA The Defense Advanced Research Projects Agency. Independent research and development agency within the U.S. Department of War (DoW). USA, 2025. URL: <https://www.darpa.mil/research/programs/safe-genes>
209. **Sari, T., Patır, D., & Bedir, M.** (2024). Investigating the effect of a group psychoeducation program... *The Global Psychotherapist*, 4(1), 9–18. <https://doi.org/10.52982/lkj212>
210. **Sefidan S, Pramstaller M, La Marca R, Wyss T, Sadeghi-Bahmani D, Annen H, Brand S.** Resilience as a Protective Factor in Basic Military Training, a Longitudinal Study of the Swiss Armed Forces. *Int J Environ Res Public Health*. 2021. Jun 4; Vol. 18 (11). P. 60-77. doi:10.3390/ijerph18116077
211. **Seok, J.-W., et al.** (2024). *The Efficacy of Eye Movement Desensitization and Reprocessing Treatment for Depression: A Meta-Analysis and Meta-Regression of Randomized Controlled Trials*.
212. **Seol J., Park Y., Choi J., Sohn Y.** The Mediating Role of Meaning in Life in the Effects of Calling on Posttraumatic Stress Symptoms and Growth: A Longitudinal Study of Navy Soldiers Deployed to the Gulf of Aden. *Frontiers in Psychology*. 2021. Vol. 11. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.599109.
213. **Serdiuk, L., & Otenko, S.** (2021). The Ukrainian-language adaptation for the WIPPF. *The Global Psychotherapist*, 1(1), 11–14. <https://doi.org/10.52982/lkj135>
214. **Shapiro, F.** (1989). *Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories*. *Journal of Traumatic Stress*, 2(2), 199–223.
215. **Shapiro, F.** (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures* (2nd ed.). Guilford Press.

216. **Shelef, L., Spira, N., Bechor, U., Rotschild, J., & Shadach, E.** (2025). The roles of dissociation and depression in PTSD among soldiers exposed to combat. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. [https://doi.org/ 10.3390/ijerph22060814](https://doi.org/10.3390/ijerph22060814)
217. **Shorer S., Weinberg M., Koko Y., Marom D.** “My Scar”: Posttraumatic Loneliness as a Source of Pain and Resource for Coping. *Qualitative Health Research*. 2024. Vol. 34. P. 649–661. DOI: 10.1177/10497323241226599.
218. **Sifneos, P. E.** (1981). Short-term anxiety-provoking psychotherapy: Its history, technique, outcome, and instruction. In S. Budman (Ed.), *Forms of brief therapy* (pp. 45–81). New York: Guilford Press.
219. **Silver, S. M. et al.** (2005). *EMDR in the treatment of war veterans*. *Journal of Clinical Psychology*, 61(8), 947–957.
220. **Simpson, E., et al.** (2025). *Clinical and cost-effectiveness of EMDR for PTSD in adults*. *British Journal of Psychology*.
221. **Smart-blooded super soldiers:** Coming soon from DARPA. Vigliarolo Brandon. The Register, 15 Sep 2025. URL: <https://surl.it/wsiaxs>
222. **Solomon, R. M.** (2018). *EMDR Treatment of Grief and Mourning*. *Clinical Neuropsychiatry*, 15(3), 173–186.
223. **Solomon, R., & Shapiro, F.** (2008). *EMDR and the adaptive information processing model: Potential mechanisms of change*. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(4), 315–325.
224. **Southwick S.M., Bonanno G.A., Masten A.S., Panter-Brick C., Yehuda R.** Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *Eur J Psychotraumatol*. 2014 Oct 1;5. doi: 10.3402/ejpt.v5.25338. PMID: 25317257; PMCID: PMC4185134.
225. **Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C., & Yehuda, R.** (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: Interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*, 5, 25338. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25338>
226. **Southwick, S. M., Litz, B., Charney, D., & Friedman, M. J.** (2011). *Resilience and mental health: Challenges across the lifespan*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511994791>
227. **Stolorow, R. D.** (2007). *Trauma and human existence: Autobiographical, psychoanalytic, and philosophical reflections*. New York: Analytic Press.
228. **Stolorow, R. D.** (2010). The shame family: An outline of the phenomenology of patterns of emotional experience that have shame at their core. *International Journal of Psychoanalytic Self Psychology*, 5, P. 367–368.

229. **Stolorow, R. D.** (2011). Worlds apart: Dissociation, finitude, and traumatic temporality. In World, affectivity, trauma: Heidegger and post-Cartesian psychoanalysis. New York: Routledge.

230. **Stolorow, R. D.,** Atwood, G. E., Orange, D. M. (2002). Worlds of experience: Interweaving philosophical and clinical dimensions in psychoanalysis. New York: Basic Books.

231. **Strupp, H. H.,** Binder, J. L. (1984). Psychotherapy in a new key: A guide to time-limited dynamic psychotherapy. New York: Basic Books.

232. **Tappenden P., Shiner R., Mo F.** Narrating life in the military: Links between veterans' narrative processing of service experiences and their posttraumatic stress symptoms and well-being. *Journal of Traumatic Stress*. 2021. DOI: 10.1002/jts.22738.

233. **Tedeschi R. G.** Posttraumatic Growth: conceptual foundations and empirical evidence / R. G. Tedeschi, L. G. Calhoun // *Psychological Inquiry*. – 2004. – Vol.15 (1). – P. 1-18. (24. Тедескі Р. Г. Посттравматичне зростання: концептуальні основи та емпіричні дані / Р. Г. Тедескі, Л. Г. Калхун // Психологічні дослідження. – 2004. – Т. 15 (1). – С. 1-18.)

234. **Tedeschi R. G.** The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma / R. G. Tedeschi, L. G. Calhoun // *Journal of Traumatic Stress*. – 1996. – Vol. 9. – P. 455-471. (23. Тедескі Р. Г. Посттравматичний інвентар зростання: Вимірювання позитивної спадщини травми / Р. Г. Тедескі, Л. Г. Калхун // *Журнал травматичного стресу*. – 1996. – Том 9. – С. 455-471)

235. **Tedeschi R. G.,** Calhoun L. G. (2004). Posttraumatic Growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*. № 15 (1). P. 1–18. DOI: 10.1207/s15327965pli1501_01

236. **Tedeschi R. G., Calhoun L. G.** Posttraumatic Growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*. 2004. Vol. 15, no. 1. P. 1–18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01.

237. **Tedeschi R. G., Calhoun L. G.** The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*. 1996. Vol. 9. P. 455–471. <https://doi.org/10.1007/BF02103658>.

238. **Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G.** (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1–18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01

239. **Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G.** (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of traumatic stress*, 9(3), 455-471. 10.1002/jts.2490090305

240. **The 34th USENIX Security Symposium** will take place on August 13–15, 2025, at the Seattle Convention Center in Seattle, WA, USA.

241. **Ullman, S. E., Peter-Hagene, L. C., & Relyea, M.** (2014). Coping, emotion regulation, and self-blame... *Journal of Child Sexual Abuse*, 23(1), 74–93. <https://doi.org/10.1080/10538712.2014.864747>
242. **Ungar M.** The social ecology of resilience: addressing contextual and cultural ambiguity of a nascent construct. *Am J Orthopsychiatry*. 2011. Vol. 81(1). P. 1-17. URL: https://michaelungar.com/files/15contributions/10_The_Social_Ecology_of_Resilience.pdf
243. **Watts, B. V. et al.** (2013). *Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder*. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74(6), e541–e550.
244. **Weber, M., Hanson, S., Hampton, B., Ray, T., Kitchens, R., Griffin, B., Tobey-Moore, L., Tong, L., Fischer, E., Hamby, S., Cucciare, M., Hundt, N., & Pyne, J.** (2025). A scoping review of protective factors that contribute to posttraumatic wellbeing for trauma-exposed military service members and veterans. *Trauma, Violence, & Abuse*, 26, 235–250. <https://doi.org/10.1177/15248380241309385>
245. **WHO.** (2013). *Guidelines for the management of conditions specifically related to stress*. Geneva: World Health Organization.
246. **Wilson, G., et al.** (2018). *The Use of Eye-Movement Desensitization Reprocessing (EMDR) Therapy in Treating Post-traumatic Stress Disorder—A Systematic Narrative Review*.
247. **Wood, M., Walker, T., Adler, A., & Crouch, C.** (2020). Post-traumatic growth leadership: Mitigating stress in a high-risk occupation. *Occupational Health Science*, 4, 103–122. <https://doi.org/10.1007/s41542-019-00052-2>
248. **Yehuda, R., et al.** (2015). Post-traumatic stress disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 1, 15057. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.57>
249. **Yunitri, N., et al.** (2023). *Comparative effectiveness of psychotherapies in PTSD: A network meta-analysis of RCTs*. *Psychological Medicine*.
250. **Zerach G.** Posttraumatic growth among Israeli female combat veterans: The mediating roles of posttraumatic stress symptoms and self-efficacy. *Stress and Health*. 2024. Article e3486. DOI: 10.1002/smi.3486.
251. **Zerach, G.** (2024). Constellations of posttraumatic stress symptoms and post-traumatic growth among Israeli female combat veterans: A latent profile analysis approach. *Journal of Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1002/jclp.23671>
252. **Zerach, G.** (2024). Posttraumatic growth among Israeli female combat veterans: The mediating roles of posttraumatic stress symptoms and self-efficacy. *Stress and Health*. <https://doi.org/10.1002/smi.3486>
253. **Zohar J., Cohen H., Cwikel-Hamzany Sh.** New insights into secondary prevention in post-traumatic stress disorder // *Dialogues in Clinical Neuroscience*. September 2011, pp. 301–309. DOI:10.31887/DCNS.2011.13.2/jzohar.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Турбан Вікторія Вікторівна – завідувачка лабораторії загальної психології та історії психології ім. В. А. Роменця Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України, докторка психологічних наук, професорка.

Сердюк Людмила Захарівна – провідна наукова співробітниця лабораторії загальної психології та історії психології ім. В. А. Роменця Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України, докторка психологічних наук, професорка.

Москаленко Валентина Володимирівна – головна наукова співробітниця лабораторії загальної психології та історії психології ім. В. А. Роменця Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України, докторка філософських наук, професорка.

Мельник Оксана Андріївна – старша наукова співробітниця лабораторії загальної психології та історії психології ім. В. А. Роменця Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України, докторка психологічних наук, старша наукова співробітниця.

Бугайова Наталія Михайлівна – провідна наукова співробітниця лабораторії загальної психології та історії психології ім. В. А. Роменця Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України, кандидатка психологічних наук, старша наукова співробітниця.

Вернік Олексій Леонідович – старший науковий співробітник лабораторії загальної психології та історії психології ім. В. А. Роменця Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України, кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник.

Волошин Володимир Миколайович – провідний науковий співробітник лабораторії загальної психології та історії психології ім. В. А. Роменця Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України, кандидат психологічних наук.

Чудакова Віра Петрівна – старша наукова співробітниця лабораторії загальної психології та історії психології ім. В. А. Роменця Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України, кандидатка психологічних наук, старша наукова співробітниця.

Терещук Ангеліна Дмитрівна – провідна наукова співробітниця лабораторії загальної психології та історії психології ім. В. А. Роменця Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України, кандидатка психологічних наук, старша наукова співробітниця.

Солодчук Світлана Євгеніївна – молодша наукова співробітниця лабораторії загальної психології та історії психології ім. В. А. Роменця Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України.

Скальська Людмила Олександрівна – молодша наукова співробітниця лабораторії загальної психології та історії психології ім. В. А. Роменця Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України.

Наукове видання

**ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА
В АКТУАЛІЗАЦІЇ
ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ-
УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ**

Практичний посібник

Авторська редакція

Ум. друк. арк. 8,0

Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України
01033, м. Київ, вул. Паньківська 2
тел./факс: (044) 288-33-20

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи
до Державного реєстру видавців, виготовлювачів
і розповсюджувачів видавничої продукції
№ 6418 від 03.10.2018 р.

Дизайн та комп'ютерна верстка: Бугайова Н. М.

Відповідальність за достовірність фактів, власних імен та інших відомостей, несуть автори матеріалів

