

Хмельницький національний університет  
Факультет здоров'я, психології, фізичної культури та спорту  
Кафедра психології та педагогіки

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

Другий (магістерський) рівень вищої освіти  
Рівень вищої рівень

ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТРЕСУ НА КОМБАТАНТІВ  
В УМОВАХ ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ

Назва теми

Галузь знань - 05 Соціальні та поведінкові науки

Шифр і назва галузі знань

Спеціальність - 053 Психологія

Шифр і назва спеціальності

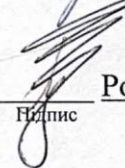
Шифр 241030  
номер ІНП

Виконав: здобувач II курсу, група ППмз-24-2

  
Підпис

Юлія ДЗЯНА  
Ініціали, прізвище

Керівник: доктор психологічних наук, професор  
Науковий ступінь, вчене звання

  
Підпис

Роман ПОПЕЛЮШКО  
Ім'я, прізвище

До захисту допускаю:  
Зав. кафедри психології та педагогіки  
доктор психологічних наук, професор

  
Підпис

Таїсія КОМАР  
Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

10 12 2025 р.

Хмельницький, 2025

## ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет здоров'я, психології, фізичної культури та спортуКафедра психології та педагогікиОсвітній рівень другий (магістерський)Галузь знань 05 «Соціальні та поведінкові науки»Спеціальність 053 «Психологія»Освітня програма освітньо-професійна програма «Психологія»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри психології та

педагогіки

Тайсія КОМАР

підпис

протокол № 5 від 12 грудня 2024 р.

ЗАВДАННЯ  
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ  
Юлії ДЗЯНИ

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ здобувача

1. Тема дипломної роботи: «Особливості впливу психологічного стресу на комбатантів в умовах військових дій»

Керівник кваліфікаційної роботи: Роман ПОПЕЛЮШКО, доктор психологічних наук, професор, професор кафедри психології та педагогіки

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ, науковий ступінь, вчене звання

Затверджено наказом ректора університету від 25 серпня 2025 р. № 65

2. Строк подання здобувачем роботи на кафедру 01 грудня 2025 р.

3. Вихідні дані до роботи матеріали звіту з науково-дослідної практики, комплекс психодіагностичних методик складався з тестів: «Шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory)», Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS), Опитувальник симптомів ПТСР, методика «Опитувальник травматичного стресу», Котеньов І.О., Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій; вікова група від 30 до 50 років.

4. Зміст пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити): вступ, розділ 1. Теоретичні основи вивчення психологічного стресу комбатантів, висновки до розділу, 1.1 Теоретичні основи визначення поняття стресу, 1.2 Фактори, які впливають на виникнення та інтенсивність стресу у комбатантів, 1.3 Специфіка та наслідки прояву бойового стресу у комбатантів, розділ 2. Емпіричне дослідження особливостей впливу психологічного стресу на комбатантів, 2.1 Організація та методика дослідження, 2.2 Результати дослідження рівня стресу та його впливу на комбатантів, 2.3 Практичні рекомендації щодо подолання бойового стресу у комбатантів, висновки до розділів; висновки, перелік джерел посилання, додатки.

5. Перелік графічного матеріалу (із зазначенням обов'язкових креслень)  
10 таблиці, 7 рисунків.

6. Консультанти розділів кваліфікаційної роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Задання видав	Задання прийняв

Дата видачі завдання 12 грудня 2024 року

#### КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів (розділів) кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапу роботи	Примітка
1	Вибір теми дослідження. Визначення об'єкта і предмета дослідження, постановка мети і завдань.	До 01 січня 2025 р.	виконано
2	Визначення теоретико-методологічних засад дослідження. З'ясування актуальності проблеми.	До 03 березня 2025 р.	виконано
3	Оформлення вступу кваліфікаційної роботи.	До 01 вересня 2025 р.	виконано
4	I розділ кваліфікаційної роботи.	До 10 вересня 2025 р.	виконано
5	II розділ кваліфікаційної роботи.	До 01 жовтня 2025 р.	виконано
6	Загальні висновки.	До 03 листопада 2025 р.	виконано
7	Оформлення кваліфікаційної роботи.	До 01 грудня 2025 р.	виконано
8	Попередній захист кваліфікаційної роботи.	<u>17</u> листопада 2025 р.	виконано
9	Захист кваліфікаційної роботи (відповідно графіку)	<u>20</u> грудня 2025 р.	виконано

Здобувач



Юлія ДЗЯНА

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

Керівник роботи



Роман ПОПЕЛЮШКО

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

## АНОТАЦІЯ

Тема кваліфікаційної роботи «Особливості впливу психологічного стресу на комбатантів в умовах військових дій»

Здобувач Юлія ДЗЯНА

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

Керівник Роман ПОПЕЛЮШКО

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

Кваліфікаційна робота включає 91 сторінку, 10 таблиць, 7 рисунків, перелік джерел посилання складає 67 найменування.

Ключові слова: психологічний стрес, комбатанти, бойова психотравма, адаптація військовослужбовців, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), бойовий стрес


Об'єкт дослідження: психологічний стан комбатантів в умовах військових дій.

Предмет дослідження: особливості впливу психологічного стресу на поведінку, емоційний стан та психічне здоров'я комбатантів у бойових умовах.

За результатами досліджень надано рекомендації, спрямовані на подолання бойового стресу у комбатантів.

Отримані результати можуть бути використані у практичній діяльності військових психологів, реабілітаційних центрів, під час підготовки програм психологічної підтримки для військовослужбовців, а також у процесі навчання фахівців з військової психології

Дипломник

  
Підпис

Юлія ДЗЯНА

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

Дата подання кваліфікаційної роботи до захисту 01 грудня 2025 р.

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТРЕСУ КОМБАТАНТІВ.....	8
1.1 Теоретичні основи визначення поняття стресу.....	8
1.2 Фактори, які впливають на виникнення та інтенсивність стресу у комбатантів.....	19
1.3 Специфіка та наслідки прояву бойового стресу у комбатантів .....	26
Висновки до першого розділу.....	38
РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВПЛИВУ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТРЕСУ НА КОМБАТАНТІВ.....	41
2.1 Організація та методика дослідження.....	41
2.2 Результати дослідження рівня стресу та його впливу на комбатантів.....	49
2.3 Практичні рекомендації щодо подолання бойового стресу у комбатантів.....	56
Висновки до другого розділу.....	66
ВИСНОВКИ.....	68
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ.....	71
ДОДАТКИ.....	77

## ВСТУП

**Актуальність дослідження.** Сучасна військово-політична ситуація в Україні зумовлює зростання кількості осіб, безпосередньо залучених до бойових дій, що спричиняє підвищене психологічне навантаження. Комбатанти стикаються з екстремальними ситуаціями, які негативно впливають на їхнє психічне здоров'я, викликають бойовий стрес, тривожні стани, а іноді - посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Вивчення особливостей впливу стресу на військовослужбовців є надзвичайно важливим для розробки ефективних методів психологічної підтримки та реабілітації, що робить тему дослідження актуальною як у науковому, так і в практичному вимірах.

**Об'єкт дослідження:** психологічний стан комбатантів в умовах військових дій.

**Предмет дослідження:** особливості впливу психологічного стресу на емоційно-поведінкові прояви та психічне здоров'я комбатантів у бойових умовах.

**Мета дослідження:** визначити психологічні особливості впливу бойового стресу на комбатантів та розробити рекомендації щодо його подолання і профілактики негативних наслідків для психічного здоров'я.

**Завдання дослідження:**

1. Проаналізувати науково-теоретичні підходи до вивчення психологічного стресу у військовослужбовців.
2. Визначити основні чинники, що впливають на розвиток бойового стресу у комбатантів.
3. Провести емпіричне дослідження рівня депресії, тривожності та посттравматичних симптомів у військовослужбовців, які перебували в умовах бойових дій.
4. Виявити особливості прояву бойового стресу у комбатантів на основі кількісних та якісних показників.

5. Розробити практичні рекомендації щодо подолання психологічного стресу та збереження психічного здоров'я військовослужбовців.

**Гіпотеза дослідження:** припускається, що наявність посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у комбатантів значно ускладнює їхню психологічну адаптацію до мирного життя після участі у бойових діях. Водночас, своєчасна діагностика та застосування цілеспрямованих психологічних інтервенцій сприяє зниженню симптоматики ПТСР та полегшує процес адаптації військовослужбовців до повсякденних умов.

Для вирішення поставлених завдань використовувалися такі **методи дослідження:**

— *Теоретичні методи:* аналіз, синтез, узагальнення, порівняння та класифікація науково-психологічних джерел з проблеми впливу бойового стресу на комбатантів.

— *Емпіричні методи:* тестування, спостереження, опитування із застосуванням таких психодіагностичних методик: «Шкала депресії Бека» (Beck Depression Inventory) - для визначення рівня депресивних проявів у респондентів; Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS) - для оцінки тривожних та депресивних станів; Опитувальник симптомів ПТСР - для виявлення проявів посттравматичного стресового розладу; Методика «Опитувальник травматичного стресу» (Котеньов І.О.) - для оцінки ступеня впливу травматичних подій; Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій - для комплексної діагностики наслідків психотравматичних подій у комбатантів.

Також застосовувалися методи кількісної та якісної обробки результатів, зокрема методи математичної статистики для аналізу отриманих емпіричних даних.

**Практичне значення роботи** - результати дослідження можуть бути використані для удосконалення психологічної підтримки та реабілітації військовослужбовців, які зазнали дії бойового стресу та проявів ПТСР. Запропоновані рекомендації можуть бути впроваджені у діяльність військових психологів, реабілітаційних центрів, центрів психологічної допомоги, а також

застосовані під час підготовки та перепідготовки фахівців у сфері військової та кризової психології. Отримані дані також можуть бути корисними для розробки профілактичних програм, спрямованих на зниження рівня дезадаптації у комбатантів після повернення з зони бойових дій.

**Експериментальна база дослідження.** Експериментальна робота проводилась на базі військової частини.

**Апробація результатів** експериментального дослідження була відображена у таких статтях та тезах, як:

1. Попелюшко Р.П., Дзяна Ю.І. Психологічна допомога родичам військових, які зникли безвісти. *Науковий журнал «Psychology Travelogs»*, 2025. № 3. С. 27-35

2. Попелюшко Р.П., Дзяна Ю.І. Особливості уникнення вигорання психолога при роботі з комбатантами. *Актуальні питання теорії та практики психолого-педагогічної підготовки майбутніх фахівців: тези доповідей XIII Всеукраїнської науково-практичної конференції (Хмельницький, 10 квітня 2025) / М-во освіти і науки України, Хмельницький нац. ун-т, Каф. психол. та педагог. [та ін.]. Хмельницький: Кафедра психології та педагогіки ХНУ, 2025. С. 117.*

**Структура роботи:** магістерська робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, переліку джерел посилань та 5 додатків. Загальний обсяг дипломної роботи складає 91 сторінка.

# РОЗДІЛ 1

## ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТРЕСУ КОМБАТАНТІВ

### 1.1 Теоретичні основи визначення поняття стресу

Стрес вважається найбільшою загрозою для психологічного здоров'я людини. Він супроводжує усе наше життя від самого народження, ми говоримо про нього, жаліючись на погану погоду, сусідів, керівництво. Для декого стрес - це певні фізіологічні реакції, такі як головний біль, високий тиск чи інші серйозні захворювання. Та стресогенним є не життєва подія сама по собі, пов'язана з нею втрата життєвої позиції - статусу, влади, здоров'я, відносин з близькою людиною [54].

Дослідження стресу цікавило вчених дуже давно. Спочатку Ганс Сельє (канадський лікар угорського походження) розробив гіпотезу «загального адаптаційного синдрому», щоб позначити неспецифічну реакцію організму на будь - який несприятливий вплив. Пізніше «загальний адаптаційний синдром» був перейменований на «стрес».

Найчастіше визначення стресу наводиться з книги Г. Сельє «Стрес життя»: «Стрес - це неспецифічна відповідь організму на будь - яке пред'явлення йому вимоги, що спрямована на створення адаптації чи пристосування організму до труднощів» [48].

У 1972 ВООЗ дала стресу таке визначення: «Стрес - це неспецифічна (тобто одна і та сама на різні подразники) реакція організму на будь - яку висунуту до нього вимогу».

Стрес може мати позитивний та негативний вплив на людину. Позитивний стрес (еустрес) – стан, коли організм здатен акумулювати власні резерви та адаптуватися до стресорів. Еустрес, який викликаний позитивними емоціями, є рушійною силою в розв'язанні щоденних завдань.

Еустрес може трансформуватися в дистрес (негативний стрес) якщо стресор діє тривалий час. Дистрес виснажує організм людини і може бути причиною складних захворювань.

Дистрес може виникнути коли для подолання навантаження нам бракує зовнішніх та внутрішніх ресурсів.

Доведено, що наш організм має обмежені ресурси адаптаційної енергії, які допомагають нам попередити та усунути стрес. Виснаження цих резервів може призвести до важких хвороб і навіть смерті [6, с. 10-13].

За Гансом Сельє, «адаптаційна енергія - це спадково визначений обмежений запас життєдіяльності. Людина неодмінно повинна витратити його, щоб задовольнити вроджену потребу в самовираженні здійснити те, що вона вважає своїм призначенням виконати місію, для якої, як їй здається, вона народжена».

Дослідник поділив адаптаційну енергію на «поверхневу» і «глибоку». Виснаження глибоких адаптаційних резервів незворотне і може стати причиною загибелі [27].

Згідно теорії стресу, є 3 стадії стресових реакцій:

1. тривоги;
2. резистентності (адаптації);
3. виснаження.

Стадія тривоги є початковою, яка запускає основні реакції на стрес, викликає сильну і швидку відповідь нашого організму. Ця стадія може бути такою інтенсивною, що адаптаційних можливостей може стати недостатньо, тому наступають негативні наслідки, такі як серцеві напади, підвищення артеріального тиску. Проте, саме на цій стадії, людина «включається» у ситуацію і починає діяти.

На стадії резистентності ресурси нашого організму мобілізуються задля відновлення гомеостазу. Проте, в умовах активної і постійної дії стресора, ми

витрачаємо занадто багато ресурсів. Якщо дія стресору відбувається занадто довго чи стресорів багато, наш організм змушений постійно відповідати на стрес, то може настати виснаження. Якщо стресор помірний і перестає діяти, організм починає відновлюватись [32].

Стадія виснаження настає, коли виснажуються ресурси організму, відбувається збій системи адаптації, погіршення когнітивних функцій, зниження імунітету, спостерігаються суїцидальні тенденції, загострення хронічних хвороб тощо [29].

Варто знати та пам'ятати - людська здатність адаптуватись має межу і для кожного вона індивідуальна.

Відповідно до класичної концепції, на всіх трьох стадіях адаптаційного синдрому головна роль належить корі наднирників, які синтезують стероїдні гормони (називаються глюкокортикоїдами), саме вони і виконують адаптаційну функцію.

Гіпоталамус, який є центром нашої вегетативної системи, виконує надважливі функції в організмі:

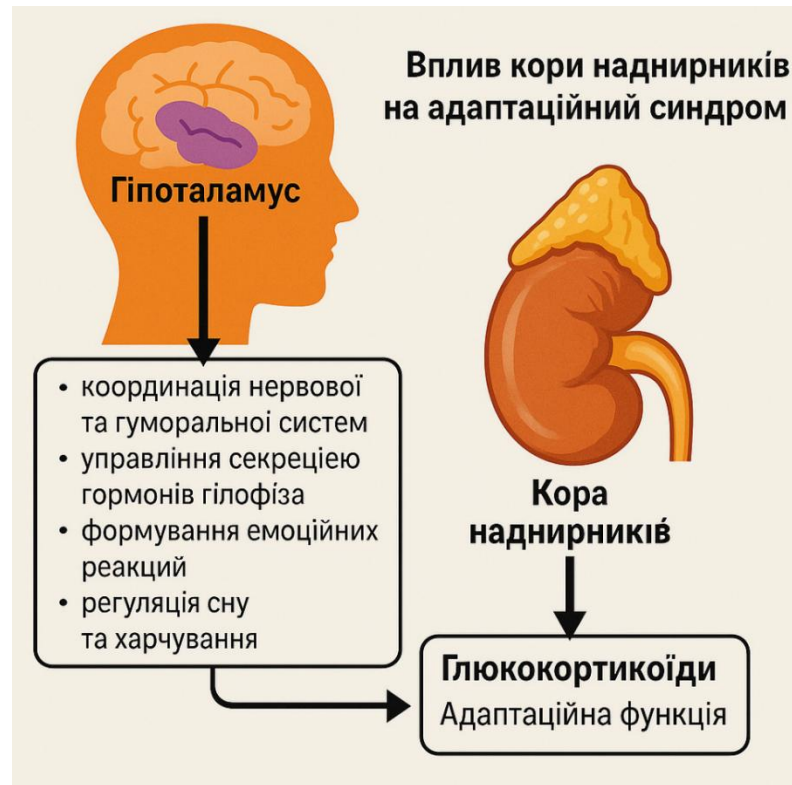
1. координує гуморальну та нервову систему;
2. здійснює управління гормонів передньої долі гіпофізу адренкортикотропного гормону, який виділяється наднирниками;
3. відповідальний за емоційні реакції;
4. управляє енергетичним обміном, сном та інтенсивністю харчування.

(див. рисунок 1.1)

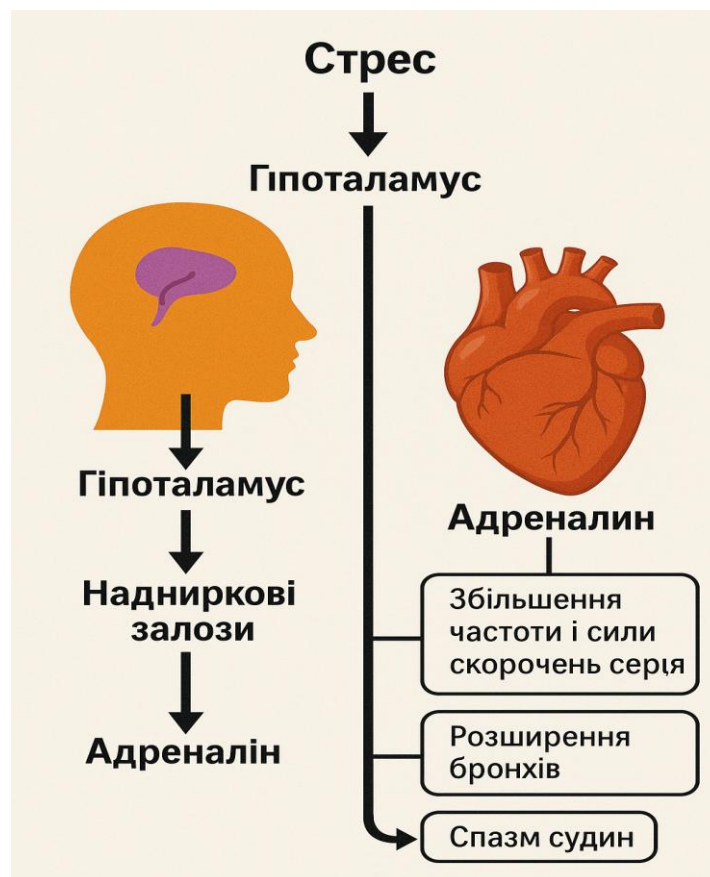
Відразу після емоційного подразнення, саме гіпоталамус відповідальний наші перші нервово - гуморальні реакції.

Гіпоталамус виділяє нейрогормони, які активізують роботу гіпофіза, який продукує тропні гормони, які, в свою чергу, стимулюють надниркові залози і викид адреналіну (див. рисунок 1.2).

Щоб краще зрозуміти вплив стресу на людський організм і відмінність між стресом і психічною травмою, розглянемо, як саме відбуваються основні реакції на стресові стимули [55].



**Рисунок 1.1 – Вплив кори наднирників на адаптаційний синдром**



**Рисунок 1.2 – Вплив стресу на викид адреналіну**

Першою її обробляє мигдалевидне тіло (амигдала), яке миттєво реагує на можливу небезпеку й активує нервову систему. Якщо сигнал не становить загрози, дані передаються до гіпокампа, що відіграє ключову роль у збереженні та обробці спогадів.

Сильний стрес активізує нервову систему, викликаючи емоції тривоги, страху та відчуття загрози. Мозок миттєво реагує, вмикаючи автоматичні, інстинктивні механізми. Мигдалевидне тіло (амигдала) передає сигнал небезпеки, й організм переходить у стан надзвичайної мобілізації - запускається захисна програма «бий або біжи». Коли така відповідь є неможливою або заблокованою, організм може перейти в стан «завмирання» (ступору), що також є формою захисної реакції [23, 33].

У відповідь на небезпеку запускається гормональна ланка стресу: вивільняються адреналін, норадреналін і кортизол. Ці речовини сприяють швидкій мобілізації внутрішніх ресурсів і готують тіло до екстремальних дій для збереження життя. Фізіологічні прояви цього стану включають сильне нервове збудження, тремтіння, змінену чутливість до навколишнього середовища, підвищений артеріальний тиск, спазм судин, прискорене серцебиття і дихання, а також часті позиви до сечовипускання, дефекації й навіть нудоту. Організм налаштовується на негайну дію, очищується від непотрібного, та готується до можливих поранень або фізичного конфлікту.

Ці реакції, що виникають під час переживання сильного стресу, є здебільшого автоматичними та не контролюються свідомо. У стані дистресу людина практично не здатна свідомо впливати на свою поведінку - воля та раціональне мислення тимчасово втрачають контроль [57, с. 5].

Коли загроза минає і ми знову опиняємось у стані безпеки (або хоча б відносної безпеки), мозок поступово знижує рівень стресових реакцій. Нервове збудження стихає, гормональний баланс вирівнюється, і нервова система повертається до звичайного ритму роботи. Цей процес - приклад природної саморегуляції нервової системи.

Автономна (вегетативна) нервова система відповідає за регуляцію роботи внутрішніх органів та обмін речовин. Вона складається з двох функціональних частин: симпатичної та парасимпатичної. Їхня робота ґрунтується на динамічному балансі: якщо одна частина надмірно активізується, інша компенсує це зниженням активності.



**Рисунок 1.3 – Роль симпатичної та парасимпатичної нервової систем в стресових ситуаціях**

Симпатична нервова система відповідає за активацію організму: вона мобілізує сили, стимулює витрати енергії та запускає реакцію «бий або біжи» в ситуаціях небезпеки. Її роль полягає в підготовці організму до швидких і рішучих дій у відповідь на загрозу.

Натомість парасимпатична система активується в моменти спокою, відпочинку та безпеки. Вона сприяє розслабленню, відновленню енергетичних запасів і поверненню до стану рівноваги [16].

Для збереження фізичного й психічного здоров'я дуже важливо підтримувати рівновагу між цими двома підсистемами. Якщо симпатична система постійно перебуває в стані гіперактивації, це може призвести до хронічного виснаження, проблем зі сном і загального погіршення стану здоров'я (див. рисунок 1.3).

У 1932 році психолог Уолтер Кеннон вперше описав характерну фізіологічну відповідь організму на загрозу, яку він назвав реакцією «боротьби або втечі». Цей механізм активується у відповідь на небезпеку, фізичне ушкодження або загрозу життю. У. Кеннон розглядав людський організм як складну систему, що здатна до саморегуляції, де ключову роль відіграє вегетативна нервова система.

Основна частина його наукових досліджень була присвячена фізіології нервової системи. Саме він сформулював уявлення про симпато-адреналову систему, описавши роль гормону адреналіну у стресовій відповіді. Також У. Кеннон є одним із засновників концепції гомеостазу - рівноваги внутрішнього середовища організму, про яку він докладно написав у своїй праці «Мудрість тіла» [52, с. 5-10].

Що таке реакція на стрес? Це автоматична реакція організму, яка активується у відповідь на сильну загрозу. У стресовій ситуації ми часто не усвідомлюємо повністю своїх дій, бо включаються вроджені захисні механізми, запрограмовані природою.

Існує три основні інстинктивні стратегії реагування на загрозу:

- бий (атака),
- біжи (втеча),
- замри (ступор).

Стрессова реакція є несвідомим процесом, що запускає каскад фізіологічних змін, необхідних для виживання в екстремальних умовах [46].

Важливо пам'ятати, що кожна людина реагує на стрес по-своєму. Ці реакції не є добрими чи поганими - вони просто різні. Ми не обираємо, як саме поведе себе наше тіло в момент небезпеки. Це - частина індивідуальної нейробіології, яка формується генетично.

Функція цих реакцій - захистити нас і допомогти пережити небезпечну ситуацію. Тому варто приймати себе такими, якими ми є - з усіма нашими природними реакціями [37].

Ми пропонуємо розглянути порівняльну таблицю трьох основних стресових реакцій: «бий», «біжи» та «замри» - із зазначенням фізіологічних, емоційних та поведінкових проявів кожної (див. таблицю 1.1)

**Таблиця 1.1 - Порівняння трьох стресових реакцій**

<b>Критерій</b>	<b>Бий</b>	<b>Біжи</b>	<b>Замри</b>
<b>Мета реакції</b>	Захист, агресивна відповідь	Уникнення загрози	Збереження життя через нерухомість
<b>Фізіологія</b>	- Прискорене серцебиття- Напруження м'язів- Виділення адреналіну	- Прискорене дихання- Активізація м'язів для втечі- Потовиділення	- Сповільнення дихання- Зниження температури тіла- М'язове "завмирання"
<b>Емоції</b>	Гнів, лють, агресія	Страх, паніка, тривога	Шок, ступор, відчуження
<b>Поводження</b>	Атака, фізичне зіткнення	Втеча, уникнення ситуації	Знерухомленість, німота, втрата реакції
<b>Контроль над діями</b>	Частково збережений	Частково збережений	Втрачений або різко обмежений
<b>Роль у виживанні</b>	Виживання через протидію	Виживання через втечу	Виживання через непомітність/затримку часу
<b>Активація нервової системи</b>	Симпатична	Симпатична	Частково парасимпатична (захисне гальмування)

Чим відрізняється стрес від психічної травми?

У повсякденному житті ми часто стикаємося зі стресовими ситуаціями - це можуть бути труднощі на роботі, надмірне навантаження, непрості пацієнти чи постійні повітряні тривоги. Проте не кожен стан перенапруження є психотравматичним. Якщо подія не становила безпосередньої загрози життю і людина зберігала контроль над ситуацією, швидше за все, це просто стрес, а не травма [45].

Натомість, психічна травма виникає тоді, коли людина відчуває себе безпорадною, втратила контроль, і загроза здається непереборною. Саме сприйняття події як надто небезпечної або такої, з якою неможливо впоратися, робить її травматичною [8, с. 13-20].

Типи психотравматичних подій:

— «т» - травма (мала травматична подія): це сильні емоційні потрясіння, які перевищують адаптивні можливості людини, але не становлять прямої загрози для життя. Наприклад: конфлікти, втрата роботи, зрада, пошкодження майна.

— «Т» - травма (велика травматична подія): події, що становлять серйозну загрозу життю чи здоров'ю. Це можуть бути: фізичне або сексуальне насильство, аварії, стихійні лиха, пожежі, важкі хвороби, смерть близьких. Людина може бути жертвою, свідком, або навіть почути про це, але вплив буде глибоким [37].

Травма виникає тоді, коли подія не оброблена психікою як звичайний спогад, а залишається «замороженим» фрагментом досвіду. Через це навіть неочевидні тригери - звук, запах, дотик чи певне слово - можуть викликати сильну реакцію [18].

Людина, яка пережила травматичний досвід, може втратити здатність:

- регулювати емоції,
- мислити раціонально в стресових ситуаціях,
- описувати власні відчуття словами.

Після значних травм змінюється не лише поведінка - змінюється все сприйняття життя: відчуття безпеки, пріоритети, навіть система цінностей.

З'являється відчуття втрати опори, несправедливості, зраженості, проблеми в стосунках.

Війна - це масштабна травматична подія, яка впливає майже на кожного.

Ми стикаємось з реальними загрозами життю, втратою близьких, пораненнями, смертями, участю в бойових діях або хронічною тривогою за рідних. Масова інформаційна експозиція (відео, новини, свідчення) посилює це навантаження [66].

Хронічна психічна травма проявляється у вигляді:

- емоційного вигорання,
- гніву, страху, безпорадності,
- відчуття зневіри, зради, втрати контролю,
- порушень сну, здоров'я,
- труднощів у побудові відносин.

Реакції на травму - це нормальні реакції на ненормальні обставини. Усі ми різні, тому сприймаємо події по-різному. Психічне відновлення потребує часу, бережного ставлення до себе та, за необхідності, фахової підтримки.

## **1.2 Фактори, які впливають на виникнення та інтенсивність стресу у комбатантів**

Після пережитих травматичних подій життя вже не повертається до попереднього стану. Досвід, здобутий у зоні бойових дій, та переживання, пов'язані з цим періодом, можуть істотно впливати на військовослужбовців. Змін зазнають їхня самоідентифікація, емоційна чутливість, фізіологічні реакції, а також сприйняття навколишнього світу та спосіб взаємодії з іншими людьми.

Учасники бойових дій стикалися з численними екстремальними ситуаціями, що становили пряму загрозу їхньому життю та здоров'ю - такими як артилерійські обстріли, атаки, вибухи. Багато з них отримували поранення, були свідками загибелі товаришів, масових розстрілів, бачили мертві тіла або їх

фрагменти. Деякі проходили через полон, де піддавалися тортурам та приниженню. Частина комбатантів брала безпосередню участь у бойових зіткненнях, під час яких завдавали поранень чи позбавляли життя ворога. Також для багатьох трагічною частиною досвіду стала втрата близьких людей, що посилювало психологічне навантаження [60].

Науково встановлено, що психіці людини легше впоратися з наслідками стихійного лиха, ніж із травматичними подіями, спричиненими іншими людьми - такими як насильство, тортури, зрада, вбивства чи терористичні акти. У постраждалих можуть виникати думки про власну провину або відчуття, що вони самі заслуговували на ті страждання, які пережили. Часто з'являється так звана «провина вцілілого» - коли людина картає себе за те, що залишилась живою, тоді як її побратими загинули. Значна частина таких подій закарбовується в пам'яті не як звичайні спогади, а як травматичні фрагменти, що можуть неодноразово повертатися у вигляді флешбеків, тривоги чи снів [42].

Все це призводить до виникнення стресу, а в подальшому ПТСР у комбатантів, який має різну інтенсивність на вплив на організм. В цьому розділі ми розглянемо фактори, які впливають на виникнення стресу у комбатантів.

Серед військовослужбовців існує низка чинників, що підвищують ризик розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР). До них належать: тривалий час перебування в зоні бойових дій, низький рівень бойового духу, обмежена або відсутня соціальна підтримка, нижчий військовий ранг, самотній сімейний статус (неодруженість), недостатній рівень освіти, а також наявність травматичних подій у дитинстві. Крім того, анамнез попередніх психічних розладів є значущим фактором, який істотно підвищує ймовірність розвитку ПТСР [56].

Травматичні впливи мають властивість накопичуватися, і кожен наступний травматичний досвід може поглиблювати вже наявні емоційні й психічні реакції. Це особливо стосується комбатантів, які перебувають у стані постійної небезпеки. У сучасних реаліях діючі моделі розуміння травматичного стресу, зокрема посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та складного

ПТСР, виявляються недостатньо ефективними для пояснення й подолання наслідків перманентної загрози. Адже ці підходи здебільшого зосереджені на опрацюванні минулого травматичного досвіду, тоді як військові часто стикаються з тривалим, безперервним стресом, що постійно оновлює травматичні реакції [36].

Комбатанти нерідко переживають різні форми психічних травм, серед яких варто виділити вторинний травматичний стрес, емоційне (професійне) вигорання, колективну травму, а також широкий спектр стресових психічних розладів. Найпоширенішими серед них є посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), генералізований тривожний розлад, а також соціально-тривожний розлад. У контексті активних бойових дій психічні зміни можуть набувати форм бойової стресової реакції, бойового виснаження, гострих реактивних станів або навіть серйозних психіатричних розладів, що вимагають кваліфікованої медичної допомоги [67].

Реакція військовослужбовця на бойовий стрес є складним процесом, на який впливає сукупність як внутрішніх, так і зовнішніх чинників. Серед ключових елементів варто виділити тривалість і напруженість бойових дій, мотиваційну складову, попередній життєвий і бойовий досвід, рівень професійної підготовки, ступінь залученості в операції, стратегії подолання стресу, а також втрати побратимів. Усі ці фактори перебувають у взаємозв'язку, створюючи індивідуальний психоемоційний відгук кожного бійця на стресові обставини. Усвідомлення і глибоке розуміння цих механізмів дає змогу покращити систему психологічної підготовки та зменшити негативні наслідки бойового стресу для військовослужбовців [14].

Згідно з висновками дослідження Р. Габріеля, а також позицією американських психіатрів Р. Свонка і У. Маршана, тривале й безперервне перебування військовослужбовців на передовій має вкрай негативний вплив на їхній психофізіологічний стан. Постійне психологічне та фізичне напруження, спричинене участю в бойових діях, поступово призводить до глибокого виснаження, що значно підвищує ризик розвитку розладів психічного здоров'я.

Дослідження засвідчують, що вже після 35–45 днів безперервного фронтового навантаження у більшості бійців спостерігається помітне зниження бойової ефективності, яке є наслідком проявів психоемоційних порушень. Ці порушення можуть включати тривожні стани, депресивні розлади, гострі стресові реакції, а також симптоматику ПТСР та інші форми психологічної дезадаптації [4].

У ході дослідження, проведеного в червні–липні 2024 року серед 61 військовослужбовця сил оборони України, було зафіксовано різноманіття за віком, бойовим досвідом та наявністю фізичних травм серед учасників. Найчисленнішою групою виявилися військові у віці 25–35 років (46%), у той час як особи середнього віку (36–45 років) становили 25%, а представники вікової групи 46–59 років - 29%.

Ключовим результатом стало виявлення перевищення нормативного терміну перебування в зоні бойових дій: середній показник склав 13,3 місяця, що значно перевищує встановлений законодавством України інтервал ротації – 90 - 105 днів. Таке тривале перебування на передовій в умовах бойового стресу негативно відобразилося на психічному здоров'ї військовослужбовців, що підкреслює критичну важливість дотримання ротаційних графіків задля збереження їхньої психологічної стійкості та загального функціонального стану [15].

Оцінка бойового стресу за трьома рівнями інтенсивності показує, що здатність військовослужбовців адаптуватися до стресогенних чинників визначається низкою факторів, але не має прямої та однозначної залежності від віку. Так, середній вік учасників із низьким та помірним рівнем бойового стресу становив 38,9 року, тоді як у групі з високим рівнем інтенсивності стресу цей показник був дещо нижчим - 34,8 року. Водночас віковий розмах усіх груп (від 25 до 59 років) свідчить про те, що стресові реакції різного ступеня можуть виникати в осіб будь-якого віку [64].

Це підкреслює важливість персоналізованого підходу до оцінки психоемоційного стану військових. Командному складу доцільно враховувати не лише вік, а й індивідуальні психологічні характеристики, специфіку бойових

навантажень та адаптивні можливості кожного бійця для підтримки їхнього ментального здоров'я та загальної боєздатності.

**Таблиця 1.2 – Залежність наявності поранень від рівня бойового стресу**

Рівень бойового стресу	Наявність поранень
високий	100%
середній	66%
низький	28%

Аналіз результатів, відображених у таблиці 1.2, засвідчив наявність чіткої залежності між рівнем інтенсивності бойового стресу (БС) та наявністю поранень або контузій у військовослужбовців. У групі з низьким рівнем БС лише 28% опитаних мали травми, тоді як у групі з високим рівнем бойового стресу усі респонденти зазнали фізичних ушкоджень. Це дозволяє зробити висновок, що отримання поранення є важливим фактором, який істотно підвищує ризик розвитку інтенсивних стресових реакцій [28].

Зазначені дані акцентують увагу на важливості своєчасного й системного надання медичної та психологічної підтримки військовослужбовцям із травмами. Такий підхід дозволить зменшити психоемоційне навантаження, покращити психологічний стан та сприятиме відновленню боєздатності й ресурсного потенціалу для подальшого виконання службових завдань [26, с. 40].

**Таблиця 1.3 – Рівень бойового стресу залежно від тривалості перебування в зоні бойових дій**

Рівень бойового стресу	Тривалість перебування в зоні бойових дій (міс.)
високий	20
середній	14,4
низький	9,4

Аналіз даних, наведених у таблиці 1.3, демонструє чітку кореляцію між тривалістю перебування в зоні бойових дій та рівнем бойового стресу (БС).

Зокрема, військовослужбовці з низьким рівнем БС у середньому брали участь у бойових діях протягом 9,4 місяця, тоді як для групи з помірним рівнем стресу цей показник становив 14,4 місяця, а для осіб із високим рівнем БС - 20 місяців. Отримані результати свідчать про те, що збільшення тривалості перебування в умовах бойових дій суттєво підвищує ймовірність формування бойового стресу, який, у свою чергу, може призвести до глибоких психоемоційних порушень і потреби в професійній допомозі [28].

У дослідженні було використано методика «Опитувальник бойового стресу О. Блінова» (ОБСБ), яка спирається на концепцію стресу Г. Сельє, теоретичні підходи до розуміння бойового стресу, розроблені Р. Абдурахмановим, Л. Китаєво-Смиком, О. Караяні, а також на положення теорії «травматичного неврозу» З. Фрейда. Зазначена методологічна база дала можливість здійснити всебічну оцінку впливу бойового стресу та тривалого перебування в зоні бойових дій на психоемоційний стан військовослужбовців. Отримані результати підкреслюють необхідність постійної психологічної підтримки особового складу та строгого дотримання термінів ротації для збереження їхнього ментального здоров'я [3].

Невідповідність між очікуваннями та реальністю на фронті є потужним чинником, що впливає на рівень бойового стресу у військовослужбовців:

— Перед відправленням у зону бойових дій комбатанти очікували чітко організованого виконання завдань за встановленим графіком. Проте на практиці маршрути постійно змінювались, що викликало дезорієнтацію та напруження.

— Очікувалось принаймні нейтральне або підтримувальне ставлення з боку місцевого населення, але в реальності траплялись випадки ворожості, використання військових як «живого щита» чи провокативні дії, що суттєво підривало моральний стан. Після повернення нерідко з'являлись розчарування, емоційне спустошення та бажання припинити контрактну службу через відчуття безглуздості пережитого.

— На початковому етапі служби багато хто демонстрував високу мобілізованість та готовність діяти, проте у процесі часто виникали страх,

невпевненість, плутанина, особливо у випадках, коли відсутні були чіткі накази чи зрозумілий план дій.

— Ще одним джерелом стресу стало очікування офіційного визнання статусу учасника бойових дій. Проте на практиці виникали складнощі з оформленням документів, не весь період служби зараховувався як бойовий - частину часу могли вважати «перебуванням у дорозі», що викликало почуття несправедливості та втрати сенсу від пройденого досвіду [42].

**Таблиця 1.4 - Чинники впливу на психіку та боєздатність комбатантів**

<b>Категорія</b>	<b>Опис чинника</b>
<b>Бойова невизначеність</b>	Відсутність чіткої лінії фронту, зміна обстановки, ворожість місцевих мешканців
<b>Фізіологічні порушення</b>	Недосипання, нерегулярне харчування, низька якість води, фізичний дискомфорт
<b>Клімато-географічні умови</b>	Нестандартні або несприятливі природні умови
<b>Соціальна ізоляція</b>	Відчуття самотності, ізоляції при відриві від основних сил, нестабільний зв'язок
<b>Загроза життю</b>	Постійна присутність ризику смерті, поранення, неочікуваного нападу
<b>Інформаційна невизначеність</b>	Брак або суперечливість особисто значущої інформації
<b>Травматичний досвід</b>	Бачення загибелі товаришів, загроза потрапити в полон, тортури
<b>Передротацийний страх</b>	Посилення тривожності наприкінці терміну перебування на фронті
<b>Дистанція з близькими</b>	Відчуження, тривога за родину, нерозуміння сенсу участі у війні
<b>Фактор лідерства та організації</b>	Впевненість або зневіра, пов'язані з командуванням, дисципліною та згуртованістю
<b>Побутові труднощі</b>	Відсутність належних умов життя, гігієни, ресурсів для відновлення

В таблицях 1.4 та 1.5 представлені чинники впливу на психіку та боєздатність комбатантів (фізіологічні, соціальні, інформаційний вакуум, травматичний досвід та інші), а також наслідки цього впливу.

**Таблиця 1.5 - Наслідки впливу чинників бойового середовища на психіку та боєздатність**

<b>Категорія чинника</b>	<b>Можливі наслідки</b>
<b>Бойова невизначеність</b>	Тривога, втрата орієнтації, емоційне виснаження
<b>Фізіологічні порушення</b>	Хронічна втома, зниження витривалості, дратівливість
<b>Клімато-географічні умови</b>	Психофізичний дискомфорт, послаблення імунітету, зниження стійкості до стресу
<b>Соціальна ізоляція</b>	Почуття покинутості, зниження мотивації, ризик депресивних станів
<b>Загроза життю та здоров'ю</b>	Постійна тривога, гіпернастороженість, ПТСР
<b>Інформаційна невизначеність</b>	Фрустрація, паніка, втрата контролю, зниження довіри до командування
<b>Травматичний досвід</b>	Травматичні спогади, нічні кошмари, емоційне оніміння, ізоляція
<b>Передротацийний страх</b>	Підвищений ризик психічного зриву, самодеструктивна поведінка
<b>Віддаленість від родини</b>	Відчуття самотності, апатія, втрати сенсу служби
<b>Невизначеність лідерства</b>	Зневіра, зниження бойового духу, конфлікти в підрозділі
<b>Побутові труднощі</b>	Роздратування, втрати енергії, погіршення емоційної регуляції

### **1.3 Специфіка та наслідки прояву бойового стресу у комбатантів**

Бойовий стрес є одним із ключових феноменів, що супроводжують діяльність військовослужбовців у зоні бойових дій. Його специфіка полягає у

надзвичайно високому рівні інтенсивності психотравмуючих факторів, які перевищують адаптивні можливості організму та психіки людини. У військовій психології бойовий стрес визначається як реакція психіки на екстремальні умови ведення бою, що супроводжується фізіологічними, емоційними та когнітивними змінами [49].

Специфіка прояву бойового стресу:

1. Інтенсивність і раптовість стресора. На відміну від цивільних форм стресу, бойовий стрес виникає в умовах загрози життю та постійної непередбачуваності. Вплив несподіваних атак, вибухів, втрат побратимів чи поранень формує потужні стресові реакції.

2. Сенсорне та когнітивне перевантаження. Комбатанти перебувають у ситуації, коли інформаційні потоки (шум бою, команди, візуальні подразники) перевищують здатність до раціональної переробки, що призводить до дезорієнтації, фрагментарності мислення та помилкових рішень.

3. Фізіологічні прояви. Бойовий стрес супроводжується активацією симпато-адреналової системи: підвищенням частоти серцевих скорочень, тремором, підвищеною збудливістю, порушенням сну. Тривала дія стресу виснажує фізичні ресурси організму.

4. Емоційні реакції. Типовими є страх, гнів, апатія, почуття провини за виживання («survivor's guilt»). Часто спостерігається емоційна «дерев'яність» - тимчасове вимкнення емоційної сфери як механізм психологічного захисту.

5. Порушення соціальної взаємодії. У колективі можуть виникати конфлікти, агресивність, зниження довіри. Водночас бойовий стрес здатен підсилювати згуртованість підрозділу через механізм «бойового братерства» [49].

Наслідки бойового стресу:

1. Короткотривалі:

- втрата концентрації;
- тимчасові сенсомоторні порушення (тунельний зір, гіперакузія);
- емоційні зриви;

- психосоматичні реакції (головний біль, нудота, тахікардія).
- 2. Довготривалі:
  - розвиток посттравматичного стресового розладу (ПТСР);
  - депресивні та тривожні стани;
  - зловживання алкоголем чи психоактивними речовинами як засіб «самолікування»;
  - труднощі соціальної адаптації після повернення з фронту.
- 3. Соціально-психологічні наслідки. Нерідко ветерани стикаються з незрозумінням у суспільстві, труднощами у відновленні сімейних стосунків, проблемами працевлаштування. Це може призводити до ізоляції, девіантної поведінки чи суїцидальних тенденцій.

4. Позитивні аспекти (посттравматичне зростання). Частина комбатантів демонструє здатність до формування нової життєвої філософії, глибшої цінності життя, підвищення відчуття відповідальності та патріотизму. Дослідження доводять, що правильно організована психологічна реабілітація та підтримка значно підвищують ймовірність позитивних трансформацій [62].

Вплив стресу на особистість має багатофакторний характер. Його інтенсивність та наслідки зумовлюються не лише силою і тривалістю дії стресора, але й поточним психічним станом людини та рівнем її адаптаційних можливостей. Важливу роль відіграє також генетична схильність: наукові дослідження свідчать, що у осіб із низькою стресостійкістю виявляються порушення у функціонуванні гамма-аміномасляної кислоти в бензодіазепіновому рецепторному комплексі. Таким чином, один і той самий стресовий чинник може викликати у різних індивідів протилежні реакції - від глибокої дезорганізації психічної діяльності до сприйняття його як незначної перешкоди [65].

У контексті бойових дій особливу увагу слід приділити тим психічним розладам, з якими найбільш часто стикаються військові психологи на сучасному етапі. Згідно з *Міжнародною статистичною класифікацією хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я* десятого перегляду (МКХ-10), бойова

психічна травма (БПТ) належить до рубрики (F43) - «Реакція на тяжкий стрес і розлади адаптації». Це визначення підкреслює специфіку даного явища як результату надмірного психотравмуючого впливу, що перевищує можливості звичайних механізмів адаптації.

Відповідно до класифікації МКХ-10, до найбільш характерних розладів, що виникають унаслідок дії бойового стресу, належать:

1. **Гостра стресова реакція (F43.0).** Виникає безпосередньо під час або відразу після надзвичайної ситуації. Характеризується різкими вегетативними проявами (тахікардія, тремор, пітливість), відчуттям нереальності подій, дезорієнтацією, панікою або, навпаки, станом емоційного заціпеніння. У більшості випадків є короткотривалою, але може переходити в більш стійкі порушення.

2. **Порушення адаптації (F43.2).** Формуються у випадках, коли людина не справляється з тривалим психоемоційним навантаженням. Проявляються у вигляді пригніченого настрою, тривожності, зниження мотивації до діяльності, соціальної дезадаптації. У військовослужбовців ці розлади можуть проявлятися у вигляді відчуження від побратимів, агресивних спалахів чи втрати інтересу до бойових завдань.

3. **Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) (F43.1).** Розвивається через тижні або місяці після пережиття травмуючих подій. Основними симптомами є нав'язливі спогади (флешбеки), нічні кошмари, уникання ситуацій, що нагадують про травму, підвищена пильність, дратівливість, емоційна притупленість. ПТСР є одним із найпоширеніших розладів серед комбатантів.

Таким чином, клінічні форми прояву бойового стресу є різноманітними, але об'єднує їх спільне походження - дія психотравмуючого фактора, що перевищує звичайні можливості психічної адаптації. Розуміння цих розладів має ключове значення для організації ефективної психологічної допомоги та ресоціалізації військовослужбовців після повернення із зони бойових дій.

Доцільно зупинитися детальніше на феномені бойової психічної травми, адже саме з її проявами та наслідками військові психологи найчастіше стикаються у процесі роботи в умовах бойових дій [2].

У структурі БПТ виділяють кілька основних клінічних форм: **гостру реакцію на стрес (F43.0)**, розлади алаптації (F43.2) та **посттравматичний стресовий розлад (F43.1)**.

Гостра реакція на стрес (F43.0) розглядається як транзиторний розлад значної інтенсивності, що виникає у психічно здорової особи у відповідь на надзвичайно сильний фізичний або психічний вплив. Для цього стану характерна відносно коротка тривалість - від кількох годин до декількох днів. У межах цієї категорії виокремлюють легкий (F43.00), помірний (F43.01) та тяжкий (F43.02) ступені прояву гострої стресової реакції.

#### **Реакція бойового стресу:**

1. Належить до групи гострих психічних реакцій, що виникають унаслідок сильного стресу, безпосередньо пов'язаного з подіями бойових дій.
2. Характеризується різноманітними фізичними, психічними та емоційними проявами, серед яких: депресивні стани, підвищена втомлюваність, тривожність, зниження концентрації уваги та пам'яті, надмірна збудливість нервової системи тощо.
3. Якщо симптоматика не зникає протягом чотирьох днів після події, незважаючи на зменшення інших проявів, такий стан вимагає додаткової уваги з боку фахівців.
4. Важливо враховувати, що у випадку психотравми, спричиненої війною, діагностичні висновки не варто робити відразу після інциденту. У більшості випадків інтенсивність переживань, безпосередньо пов'язаних із травмуючою ситуацією, поступово зменшується протягом кількох годин або днів.

#### **Гострий стресовий розлад**

Цей розлад виникає внаслідок переживання психотравмуючої події. Його симптоматика зазвичай триває понад два дні, але не перевищує одного місяця

після моменту травми. До основних клінічних проявів належать повторне переживання травматичних подій, тенденція до уникання всього, що нагадує про них, підвищена збудливість нервової системи, а також наявність щонайменше трьох із п'яти дисоціативних симптомів. У випадках, коли прояви не зникають і зберігаються понад місяць, гострий стресовий розлад може трансформуватися у посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Поширеність і тяжкість таких реакцій значною мірою залежать від індивідуальної вразливості та здатності особистості до самоконтролю.

Даний стан може супроводжуватися вираженим відстороненням від навколишньої ситуації, що інколи досягає рівня дисоціативного ступору (F44.2), або ж, навпаки, проявлятися у вигляді ажитації та надмірної активності, відомої як реакція «польоту» чи фуґи. Нерідко спостерігаються окремі симптоми, подібні до панічного розладу, зокрема тахікардія, гіпергідроз, почервоніння обличчя. Зазвичай клінічні прояви виникають через декілька хвилин після дії стресового фактора і зникають протягом 2-3 діб, часто навіть упродовж кількох годин. У деяких випадках відзначається часткова або повна амнезія (F44.0) на травматичну подію. Якщо симптоми набувають стійкого характеру, можуть встановлюватися діагнози: гостра кризова реакція, гостра реакція на стрес, нервова демобілізація, кризовий стан чи психічний шок [5].

Перебіг гострої реакції на стрес зазвичай проходить у два етапи. На початковій фазі спостерігається розгубленість, що проявляється дезорієнтацією, звуженням обсягу сприйняття та уваги. Надалі розвиваються тривога, панічні прояви, вегетативно-соматичні симптоми, емоції злості, відчаю або стан ступору. У більшості випадків інтенсивність симптомів починає знижуватися вже через кілька хвилин, а протягом 24-48 годин вони значно послаблюються. Після перенесеної реакції у деяких осіб може залишатися часткова чи повна амнезія стосовно травмуючої події.

**Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) (F43.1)** визначається як відстрочена або затяжна реакція на психотравмуючу подію надзвичайно загрозливого чи катастрофічного характеру, здатну спричинити глибокий стрес

у більшості людей. Розлад зазвичай розвивається після певного латентного періоду, що може тривати від кількох тижнів до шести місяців після пережитої травми. Важливою відмінною рисою ПТСР є його психогенна природа та виняткова тяжкість переживань, які значно перевищують адаптаційні можливості пересічної особи.

До основних клінічних проявів ПТСР належать:

- нав'язливе повторне переживання травматичної події у вигляді флешбеків, нічних кошмарів чи нав'язливих думок;
- уникання ситуацій, місць, людей або розмов, які асоціюються з травмою;
- симптоми підвищеної збудливості нервової системи – гіперреактивність, дратівливість, порушення сну, підвищена пильність;
- емоційне притуплення та відчуженість від соціального оточення, що часто супроводжується втратою здатності відчувати позитивні емоції.

Сукупність цих проявів робить ПТСР одним із найскладніших для лікування та соціальної адаптації психічних розладів, з якими стикаються військові психологи у сучасних умовах [44].

У процесі повернення військовослужбовців із зони бойових дій до мирного життя можна виділити три послідовні етапи.

1. Початковий етап ейфорії (перші два-три місяці) характеризується відчуттям гордості, впевненості у власних силах та очікуванням схвальної реакції з боку суспільства.
2. Етап неадекватного реагування (продовжується до трьох-чотирьох років) зумовлений розчаруванням через відсутність очікуваної підтримки, а також зіткненням із байдужим або негативним ставленням оточення.
3. Етап адаптації – поступове пристосування до умов повсякденного мирного життя.

Найбільш ризикованим вважається саме початковий період після повернення додому, коли у ветеранів зростає ймовірність суїцидальних спроб. У

цей час надзвичайного значення набуває постійна емоційна підтримка з боку сім'ї та найближчого соціального оточення.

Хоча більшість ветеранів здатні поступово інтегруватися у мирне життя, вплив війни відчутний для кожного. Людина, яка пережила бойові дії, назавжди змінюється. На думку спеціалістів Військово-медичної академії, повністю позбутися бойового посттравматичного синдрому неможливо. Цей стан має тенденцію не лише зберігатися з часом, а й набувати більш виражених проявів, іноді виникаючи раптово навіть на тлі зовнішнього благополуччя. Поліпшення стану військовослужбовців можливе завдяки системним реабілітаційним заходам. Хоча їхній ефект здебільшого є тимчасовим, він може мати значний позитивний вплив, сприяючи помітному підвищенню якості життя [50].

Під час проведення диференційної діагностики слід враховувати, що клінічна картина ПТСР нерідко супроводжується проявами інших психічних розладів. У подібних випадках йдеться про поєднану (коморбідну) патологію. Найчастіше ПТСР трапляється разом із депресивними станами та різними видами хімічної залежності. Також можливі поєднання цього розладу з панічними атаками, obsesивно-компульсивними порушеннями, суїцидальною поведінкою та іншими психічними відхиленнями [24].

Проведення диференційної діагностики ПТСР вимагає врахування низки супутніх станів і факторів. У першу чергу розмежування здійснюється між ПТСР, гострою реакцією на стрес та розладами адаптації. Особливу увагу слід приділяти психічним проявам у осіб, які перенесли стрес мозку. Навіть легкі його форми можуть не супроводжуватися явними неврологічними симптомами, але викликати затяжні афективні порушення, проблеми з увагою, короткочасною пам'яттю, а також уповільнення мисленнєвих процесів. Додатковими чинниками ризику є нестача сну, хронічне виснаження та недостатнє харчування, що здатні призводити до органічних мозкових синдромів із такими проявами, як головний біль, запаморочення, емоційна нестійкість, погіршення пам'яті та концентрації.

Діагностичну картину часто ускладнює й зловживання психоактивними речовинами — алкоголем, наркотиками, тютюном та кофеїном. Особливої уваги

заслугує надмірне споживання кофеїновмісних напоїв у поєднанні з тютюнопалінням на тлі хронічного недосипання і перевтоми, що може значно посилювати психічні та соматичні симптоми.

Якщо симптоматика зберігається протягом періоду до одного місяця, такий стан класифікують як гострий стресовий розлад, а не ПТСР. У випадку тривалості симптомів від 1 до 3 місяців діагностується гострий посттравматичний стресовий розлад, тоді як після трьох місяців мова йде вже про хронічний ПТСР [21].

Перебіг розладу має хвилеподібний характер:

- у 30% випадків настає повне одужання;
- у 40% – залишаються легкі порушення;
- у 20% – проявляються помірні розлади;
- у 10% – формується хронічний перебіг із глибокими змінами

особистості.

Якщо симптоми зберігаються понад рік, шанси на повне одужання різко знижуються.

Яскравим прикладом тривалої дії психотравми є трагедія в Еберфані (Південний Уельс), коли через обвал вугільних відвалів загинуло 116 дітей: у 29% тих, хто вижив, симптоми зберігалися ще протягом 33 років. Дослідження також підтверджують, що загострення проявів часто відбувається у дати, наближені до річниць травматичних подій.

ПТСР нерідко поєднується з іншими психічними розладами: депресією, генералізованою тривожністю, панічними атаками та агорафобією, obsесивно-компульсивними симптомами, соціальною фобією, а також із залежністю від психоактивних речовин [19].

**Розлади адаптації** - це стани суб'єктивного дистресу, що виникають у процесі пристосування до значущих стресових подій чи радикальних змін у життєвих обставинах. Вони порушують здатність особистості до продуктивної діяльності та знижують ефективність соціального функціонування. За

клінічними проявами ці стани охоплюють широкий спектр короточасних психічних реакцій, які тривають від одного до шести місяців [17].

Основними чинниками, що провокують розвиток розладів адаптації, виступають різні форми дистресу. Серед них - зміна звичного середовища (невідповідні або незвичні умови життя, вимушене переселення як у межах країни, так і за кордон, адаптація до нового мовного середовища, що створює комунікативні бар'єри, відмінності у культурних чи релігійних традиціях). Важливу роль відіграє також трансформація соціального статусу: погіршення соціального становища, вимушена зміна професії, невідповідність між рівнем освіти та наявними можливостями працевлаштування. Додатковими факторами ризику є нозогенні впливи, розлука з близькими людьми, а також тривалі негативні переживання - тривога, страх, гнів. При цьому для осіб із розладом адаптації визначальним чинником стає не стільки сам характер психотравмуючої події, скільки її індивідуальна значущість для конкретної людини [53].

У межах розладів адаптації виділяють кілька основних клінічних форм:

— **З переважанням тривожних проявів** - характеризуються відчуттям внутрішнього напруження, надмірними побоюваннями, порушенням сну, дратівливістю. Тривожні думки провокують порушення сну: виникають труднощі із засинанням, знижується якість та тривалість нічного відпочинку. Характерна схильність до надмірної рефлексії, що виявляється у постійних сумнівах щодо правильності власних дій, невпевненості у здібностях та нерішучості. Відзначаються епізоди дратівливості й внутрішньої напруги, спрямовані переважно на самого себе. Серед фізичних проявів фіксуються запаморочення, головний біль, різкі зміни кольору шкіри (блідість або почервоніння), прискорене серцебиття, відчуття оніміння чи холоду в кінцівках, раптові припливи спеки або холоду, надмірна пітливість, «клубок» у горлі, загальна слабкість і швидка втомлюваність.

— **З домінуванням депресивних симптомів** - проявляються пригніченим настроєм, втратою інтересу до звичних занять, зниженням працездатності. Пригнічений стан проявляється емоційною нестабільністю,

схильністю зосереджуватись на негативних подіях та моментах власного життя. Людину охоплюють відчуття безвиході, самотності, безсилля та залежності від зовнішніх обставин і людей. Самооцінка знижується, що супроводжується невпевненістю у своєму професіоналізмі, правильності власних потреб і вимог, а також послабленням мотивації до роботи. Спостерігається поступове звуження кола інтересів та захоплень. Взаємини з родиною та близькими стають пасивними й байдужими. З'являються скарги на труднощі з концентрацією уваги та прийняттям рішень.

— **З переважанням поведінкових порушень** - відзначаються імпульсивними діями, агресивністю, схильністю до асоціальних вчинків. Стан проявляється підвищеною збудливістю, дратівливістю, нервовістю та короткочасними емоційними реакціями у вигляді гніву, образи чи агресії. Це супроводжується безрезультатною метушливістю, невиправданою активністю та схильністю до конфліктної поведінки. Таке відхилення не має стійкого характеру й не формується як глибоко закріплений стереотип. Якщо подібні риси не були властиві людині до психотравмивного впливу, то зазвичай вони проявляються частково й вибірково - лише в одній або кількох сферах життя.

— **Змішана форма** - поєднує елементи тривожності, депресії та поведінкових розладів.

Такі стани можуть значно ускладнювати соціальну адаптацію, проте при своєчасному втручанні мають сприятливий прогноз і рідко призводять до хронізації (див. таблицю 1.6) [7].

Найчастіше розлади адаптації проявляються у вигляді депресивних та тривожних реакцій. Депресивна реакція може мати короткочасний характер (до 1 місяця) або затяжний перебіг (від 1 місяця до 2 років). Якщо ж симптоматика зберігається понад два роки, доцільніше використовувати термін **дистимія**. Водночас депресивні прояви - зниження інтересів та потреб - можуть мати й адаптивну функцію: під час легкої депресії людина більш об'єктивно, без притаманного у звичайному стані оптимістичного перебільшення, оцінює себе,

свої досягнення й невдачі, а також здатна критично осмислювати події та планувати майбутнє (так званий «депресивний реалізм») [10].

**Таблиця 1.6 - Основні клінічні форми розладів адаптації**

Форма розладу	Ключові прояви	Особливості перебігу
З переважанням тривоги	Відчуття внутрішнього напруження, страхи, дратівливість, порушення сну	Симптоми зменшуються при усуненні стресового фактора
З переважанням депресивних симптомів	Пригнічений настрій, апатія, втрата інтересу, зниження працездатності	Може нагадувати легку депресію, але має тимчасовий характер
З поведінковими порушеннями	Імпульсивність, агресивність, асоціальна поведінка	Частіше спостерігається у підлітків та молодих людей
Змішана форма	Поєднання тривожності, депресії та поведінкових симптомів	Найбільш поширений варіант перебігу

Тривожна реакція проявляється у підвищенні внутрішньої напруги, виникненні побоювань щодо певних предметів чи ситуацій, що певною мірою може відігравати захисну роль для організму.

Загалом, розлади адаптації характеризуються сприятливим прогнозом. Однак при тривалому перебігу вони здатні трансформуватися у більш серйозні стани, зокрема в генералізований тривожний розлад або дистимію. У деяких випадках психотравмуючі події витісняються у підсвідомість, продовжуючи впливати на особистість у прихованій формі [30].

Зміна життєвих умов, наприклад переїзд у нове місце, часто супроводжується відчуттям психологічного дискомфорту, яке зазвичай триває близько півтора місяця, аж поки не виникає відчуття «вдома». Як правило, протягом шести місяців людина вже повністю звикає до нового середовища і не відчуває занепокоєння. Важливо підкреслити, що на відміну від розладів адаптації, у таких випадках не спостерігається значних страждань чи істотного порушення повсякденної діяльності [9].

У випадку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) причиною є стресори надзвичайної сили - такі як війна, сексуальне насильство, захоплення в заручники чи стихійні катастрофи. Особи, які пережили подібні події, намагаються уникати всього, що може нагадувати про травму. Втрата близької

людини зазвичай супроводжується тимчасовим зниженням соціальної та професійної активності, проте якщо ці прояви відповідають культурним і соціальним нормам переживання горя, вони не класифікуються як психічні розлади.

Якщо в анамнезі пацієнта фіксувалися епізоди тривоги чи агорафобії, можна говорити про наявність тривожного розладу, що загострився під впливом стресових обставин. Водночас варто зазначити, що депресивний епізод також часто розвивається після дії психотравмуючого чинника. Проте приблизно у третині випадків цей зв'язок не є прямим: поведінкові особливості осіб, схильних до депресії, самі по собі можуть підвищувати ймовірність виникнення стресових ситуацій.

На відміну від депресивного епізоду, розлади адаптації мають чіткий зв'язок із конкретною психотравмуючою ситуацією. Для них характерним є збереження критичної оцінки власного стану, відсутність вираженого песимізму щодо майбутнього, відсутність інтелектуальної та психічної загальмованості, зниження кола інтересів, а також ідей провини, малоцінності, суїцидальних думок чи спроб [63].

## **Висновки до першого розділу**

Стрес є універсальною реакцією організму на внутрішні чи зовнішні подразники, які перевищують звичні можливості адаптації. Він може мати як фізіологічну, так і психологічну природу, проявляючись через емоційні, поведінкові та когнітивні зміни. У військовому середовищі стрес набуває особливої гостроти, оскільки пов'язаний із постійною загрозою життю та необхідністю швидко реагувати на небезпечні обставини. Психотравмуючі події, пережиті під час війни, здатні викликати як короткочасні реакції, так і довготривалі патологічні стани. Гострі прояви стресу зазвичай зникають через декілька днів, проте у випадках, коли симптоми тривають довше місяця, можна

говорити про розвиток посттравматичного стресового розладу. Важливим у діагностиці є врахування тривалості, інтенсивності та особливостей симптоматики. Бойовий стрес відрізняється масштабністю та неможливістю уникнення впливу стресових факторів. Його наслідки можуть проявитися навіть через значний час після пережитої події, набуваючи відстроченого характеру. Таким чином, розгляд теоретичних основ дозволяє усвідомити, що стрес може мати як захисне, так і руйнівне значення для організму.

Інтенсивність стресових реакцій у комбатантів визначається багатьма чинниками, серед яких провідне місце займають індивідуальні особливості психіки та здатність до самоконтролю. Значний вплив мають фізичні умови війни: недосипання, виснаження, відсутність повноцінного харчування та постійна напруга. Особливо сильним тригером є втрата побратимів, поранення або пряма загроза життю. Стан військовослужбовця залежить також від його життєвого досвіду та вже наявних психотравм. Важливими є соціальні чинники - підтримка товаришів, довіра у підрозділі, ставлення командирів. Додатковим навантаженням стає розлука з рідними, відчуття ізоляції та невизначеність тривалості війни. Факторами ризику виступає і зловживання алкоголем, наркотиками чи стимуляторами, що посилює психічне виснаження. Велику роль відіграє і післявоєнний контекст: байдужість або нерозуміння з боку суспільства значно ускладнюють повернення до мирного життя. Відомо, що навіть в однакових умовах реакція різних людей на стрес відрізняється, що пояснюється індивідуальною значущістю травмуючої події. Отже, виникнення та інтенсивність стресу у військових формуються під впливом як зовнішніх обставин, так і внутрішніх ресурсів особистості.

Специфіка проявів бойового стресу полягає у різноманітності його клінічних форм і тривалих наслідках. У частини військових одразу після пережитої події з'являються гострі реакції у вигляді паніки, дезорієнтації, соматичних розладів. Іноді це супроводжується дисоціативними станами, амнезією чи агресивними спалахами. Якщо симптоми не зникають упродовж першого місяця, це вказує на розвиток посттравматичного стресового розладу.

ПТСР може зберігатися роками, а іноді й протягом усього життя, значно погіршуючи якість повсякденного функціонування. Серед найбільш поширених наслідків бойового стресу виділяють депресію, генералізовану тривогу, панічні атаки та залежність від психоактивних речовин. Досить часто ПТСР поєднується з іншими психічними розладами, що ускладнює процес лікування та реабілітації. Особливо небезпечним вважається період після повернення з фронту, коли зростає ризик суїцидальних спроб. У цей час важливе значення має постійна підтримка з боку сім'ї та близького оточення. Значну роль у відновленні відіграють реабілітаційні заходи, які можуть суттєво покращити якість життя, навіть якщо не усувають проблему повністю. Таким чином, наслідки бойового стресу є комплексними і довготривалими, потребують системної роботи з фахівцями та активної участі суспільства.

## РОЗДІЛ 2

### ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВПЛИВУ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТРЕСУ НА КОМБАТАНТІВ

#### 2.1 Організація та методика дослідження

Дослідження впливу стресу на комбатантів є надзвичайно актуальним у сучасних умовах, з огляду на зростання кількості військовослужбовців, які зазнали бойових психологічних травм. Бойовий стрес, а також пов'язані з ним розлади, зокрема посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), тривожні та депресивні стани, мають суттєвий вплив на психоемоційний стан військовослужбовців, їхню працездатність, соціальне функціонування та загальну якість життя.

Метою цього дослідження стало виявлення особливостей прояву стресових реакцій у комбатантів, їх інтенсивності, а також вивчення зв'язку між симптомами депресії, тривожності та посттравматичного стресу. Для досягнення цієї мети було використано комплекс валідних і надійних психодіагностичних методик, які дозволяють всебічно охарактеризувати психоемоційний стан досліджуваних.

У ході дослідження було застосовано такі інструменти:

- **Шкала депресії Бека (BDI)** - для виявлення рівня вираженості депресивної симптоматики;
- **Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS)** - для оцінки тривожних і депресивних станів у клінічно значущих межах;
- **PCL-5** - опитувальник симптомів ПТСР відповідно до критеріїв DSM-5;
- **Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій** - для глибшого аналізу симптомів ПТСР, пов'язаних із бойовим досвідом;

— **Опитувальник травматичного стресу І.О. Котеньова** - для визначення рівня психотравматизації та її впливу на психоемоційний стан респондента [1].

Усі методики були підбрані з урахуванням специфіки досліджуваної вибірки - осіб із досвідом бойових дій - і спрямовані на отримання як кількісних, так і якісних показників психоемоційного стану. Дослідження проводилося у відповідності до етичних норм, із дотриманням принципів добровільності, анонімності та конфіденційності отриманої інформації.

Далі представлено стислу характеристику діагностичних методик, використаних для виявлення симптомів посттравматичного стресового розладу у комбатантів:

**Шкала депресії Бека (Додаток А)** є одним із перших психодіагностичних інструментів, що характеризується високим рівнем валідності, створеним для застосування в клінічній практиці з метою виявлення та оцінки вираженості депресивної симптоматики. Незважаючи на давність розробки, ця методика залишається актуальною й донині та широко використовується у психіатричній і психотерапевтичній практиці.

Її застосування є обґрунтованим також і в межах клінічних досліджень. У міжнародній практиці психологічного оцінювання осіб, які зазнали впливу екстремальних або стресових ситуацій, використовується широкий спектр психометричних методів, що дозволяють всебічно дослідити психоемоційний стан людини. Серед таких методів опитувальник депресивності Бека посідає важливе місце, оскільки продемонстрував свою діагностичну ефективність у роботі з особами, які пережили травматичний стрес. Його основою стали клінічні спостереження та опис типових симптомів, що найчастіше зустрічаються у пацієнтів із депресивними розладами.

**Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS) (Додаток Б)** належить до суб'єктивних психодіагностичних інструментів і використовується переважно з метою скринінгового виявлення ознак тривожних і депресивних розладів. Популярність цієї методики пояснюється її простотою у використанні

та зручністю обробки результатів, що робить її ефективною як у клінічній, так і в науково-дослідній практиці.

Шкала складається з 14 тверджень, що формують дві окремі підшкали:

- підшкала тривоги (HADS-A) непарні пункти 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13;
- підшкала депресії (HADS-D) парні пункти 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14.

Кожне твердження шкали супроводжується чотирма варіантами відповіді, які відображають ступінь вираженості відповідного симптому. Відповіді оцінюються за наростанням інтенсивності прояву: від 0 балів (відсутність симптому) до 3 балів (максимальна вираженість симптоматики):

- зовсім не відчуваю - 0 балів;
- час від часу, іноді - 1 бал;
- часто - 2 бали;
- весь час - 3 бали.

Оцінювання результатів здійснюється окремо за кожною з підшкал (тривоги та депресії). За підсумковими балами визначають рівень вираженості емоційних порушень, що інтерпретується за такими критеріями:

- 0 -7 балів - відсутність клінічно значущих симптомів (норма);
- 8 - 10 балів - прикордонний (субклінічний) рівень, що свідчить про можливі емоційні труднощі;
- 11 і більше балів - клінічно виражений рівень тривожності або депресії, який потребує подальшої діагностики або психокорекції.

Особливістю шкали є те, що вона не включає соматичних симптомів, таких як порушення сну, апетиту чи соматичний біль, що дозволяє точніше діагностувати емоційний стан у пацієнтів із фізичними навантаженнями або хронічними станами, зокрема у військовослужбовців, де тілесні скарги можуть бути нормою через специфіку служби.

**Опитувальник симптомів ПТСР PCL-5** (Додаток В) включає 20 тверджень, кожне з яких оцінюється за п'ятибальною шкалою - від 0 до 4 балів, залежно від інтенсивності прояву відповідного симптому:

- зовсім ні - 0 балів;

- трохи - 1 бал;
- помірно - 2 бали;
- відчутно - 3 бали;
- дуже - 4 бали.

Опитувальник PCL-5 переважно використовується як скринінговий інструмент для виявлення симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Його структура відповідає класифікації симптомів згідно з DSM-5 та охоплює п'ять основних критеріїв, що необхідні для встановлення діагнозу ПТСР.

- Критерій А - передбачає опис психотравмуючої події, яка є необхідною умовою для постановки діагнозу.
- Критерій В (інтрузивні симптоми) - охоплює запитання з 1 по 5.
- Критерій С (симптоми уникнення) - включає 6 і 7 запитання.
- Критерій D (негативні зміни у когніціях та емоціях) - питання з 8 по 14.
- Критерій Е (симптоми підвищеної збудженості) - запитання з 15 по 20.

Кожне твердження оцінюється за шкалою від 0 до 4 балів, що дозволяє кількісно визначити вираженість кожного симптому. Мінімально можливий загальний бал - 0, максимально - 80.

Згідно з клінічними критеріями DSM-5, для ймовірного діагнозу ПТСР необхідна наявність:

- хоча б одного симптому з критерію В (інтрузії) з оцінкою 2 бали або більше;
- одного симптому з критерію С (уникнення) з оцінкою 2+ бали;
- не менше двох симптомів з критерію D та критерію Е - також по 2 бали або більше.

Альтернативно, клінічно значущим вважається загальний бал у межах 33 балів і вище, що також свідчить про потребу в подальшій діагностиці або психотерапевтичному втручанні [41].

**Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу (Mississippi Scale for Combat-Related PTSD)** (Додаток Д) - це клінічна психодіагностична методика, розроблена у 1987 році Т. М. Кеане зі співавторами для оцінки рівня посттравматичних стресових реакцій у військовослужбовців, які брали участь у бойових діях. Методика була створена на основі Міннесотського багатопрофільного особистісного опитувальника (MMPI), що забезпечує її високу психометричну надійність і валідність.

Шкала включає 35 тверджень, кожне з яких оцінюється за 5-бальною шкалою (від 1 до 5 балів), що дозволяє кількісно виміряти вираженість симптоматики ПТСР. Загальна кількість балів варіюється від 35 до 175.

Пункти шкали згруповані у три основні симптоматичні кластери:

- перша шкала (11 пунктів) - симптоми інтрузії (нав'язливі спогади, сни, флешбеки);
- друга шкала (11 пунктів) - симптоми уникнення (емоційне відсторонення, відмова від розмов про травму, втеча від тригерів);
- третя шкала (8 пунктів) - симптоми збудливості (гіпернастороженість, дратівливість, порушення сну).

Крім того, 5 додаткових пунктів оцінюють почуття провини, суїцидальні думки та глибокий дистрес, які часто супроводжують тяжкі посттравматичні розлади.

Інтерпретація результатів:

- Менше ніж 85 балів - відсутність клінічно значущих симптомів ПТСР;
- 85–106 балів - помірний рівень симптоматики, можливий субклінічний ПТСР;
- 107–129 балів - висока ймовірність ПТСР, рекомендоване подальше клінічне обстеження;
- 130 балів і більше - виражена посттравматична симптоматика, що свідчить про серйозний рівень психічного дистресу та потребує професійної допомоги.

Результати шкали дозволяють не лише виявити наявність посттравматичних симптомів, але й оцінити їх структуру, інтенсивність та глибину впливу на функціонування особистості, що особливо важливо у роботі з комбатантами [13].

**Опитувальник травматичного стресу І.О. Котеньова** (Додаток Ж) призначений для дослідження психоемоційного стану особи після дії екстремальних або надзвичайних чинників, зокрема після перебування у бойових чи стресогенних ситуаціях. Методика спрямована на виявлення посттравматичних змін у психіці, що виникають у результаті впливу бойових подій [21].

Опитувальник дозволяє визначити наявність у респондентів таких характерних проявів посттравматичного стресового синдрому, як підвищена або немотивована пильність, імпульсивні («вибухові») реакції, агресивність, порушення пам'яті та концентрації уваги, депресивні й тривожні стани, галюцинаторні епізоди, а також проблеми зі сном та відпочинком.

Опитувальник складається з короткої інструкції та 110 тверджень, які респондент оцінює за 5-бальною шкалою Лайкерта - від «абсолютно вірно» до «абсолютно невірно», залежно від того, наскільки це відповідає його внутрішньому стану.

Загальна структура опитувальника передбачає:

1. 56 ключових пунктів, що безпосередньо оцінюють вираженість симптомів посттравматичних розладів;
2. 15 тверджень, які формують окрему шкалу депресії;
3. 9 пунктів, що утворюють три контрольні шкали:
  - шкала неправдивості (дисимуляції),
  - шкала агравації (тенденції до перебільшення симптомів),
  - шкала заперечення (схильність применшувати наявні труднощі).

Ці контрольні шкали дозволяють оцінити щирість відповідей респондента та забезпечують надійність отриманих даних. Крім основних пунктів, до опитувальника включено також резервні та маскуючі твердження, що

ускладнюють респонденту інтуїтивне розуміння цільової спрямованості діагностичного інструменту, знижуючи ризик свідомої маніпуляції результатами.

Окрім «прямих» пунктів, які свідчать про наявність певного симптому у разі згоди з ними, опитувальник містить також так звані «зворотні» (інверсні) пункти, що дозволяють врівноважити тенденцію до згоди та підвищити діагностичну точність оцінки.

Обробка результатів здійснюється шляхом накладення заздалегідь підготовлених ключів на заповнений бланк відповідей респондента. У діагностичному ключі виділяються «прямі» твердження, які не потребують додаткової обробки, та «зворотні» твердження, відповіді на які вимагають перекодування для коректного підрахунку балів.

Для зворотних пунктів здійснюється інверсія оцінювання:

- відповідям «5» («абсолютно вірно») та «4» («скоріше вірно») присвоюються значення 1 і 2 відповідно,
- тоді як відповідям «1» («абсолютно невірно») та «2» («скоріше невірно») - значення 5 і 4 відповідно.

Після перекодування здійснюється підрахунок сумарних балів за допомогою простого додавання, що дозволяє отримати показники за основними субшкалами (ПТСР, генералізований стресовий розлад) та контрольними шкалами. Такий підхід забезпечує точну кількісну оцінку психологічного стану респондента та дозволяє виявити як вираженість травматичних симптомів, так і надійність відповідей.

Контрольні шкали призначені для оцінки достовірності відповідей:

- L - шкала неправдивості («брехні»);
- Ag - шкала агравації (тенденції до перебільшення симптомів);
- Di - шкала дисимуляції (заперечення проблем);
- Depres - окрема шкала для оцінки рівня депресивної симптоматики.

Шкали ПТСР (посттравматичний стресовий розлад) базуються на структурі DSM і включають:

- A(1) - наявність психотравмуючої події;
- B - симптоми повторного переживання травми (інтрузії);
- C - симптоми уникнення;
- D - симптоми гіперзбудження;
- F - дистрес та дезадаптація.

Шкали ГСР (гострий стресовий розлад) адаптовані до оцінки короткочасної реакції на травму та містять:

- A(1) - травматична подія;
- b - дисоціативні симптоми;
- c - вторгнення (інтрузії);
- d - уникнення;
- e - гіперзбудження;
- f - дистрес і дезадаптація.

Підсумкові індекси ПТСР і ГСР розраховуються як сума балів відповідних субшкал:

- ПТСР = A(1) + B + C + D + F
- ГСР = A(1) + b + c + d + e + f

Інтерпретація результатів проводиться як за загальними показниками ПТСР і ГСР, так і за окремими субшкалами, що дозволяє виявити домінуючі симптоматичні кластери у кожного респондента.

Враховуючи високий ступінь симптоматичного перекриття між ПТСР і ГСР, вибір фокусу аналізу залежить від часу, що минув після травматичної події:

- якщо з моменту травматизації пройшло три місяці або більше, доцільно орієнтуватися переважно на оцінку ПТСР;
- якщо обстеження проводиться в межах першого місяця після критичної події, рекомендовано зосередитися на структурі ГСР, оскільки вона краще відображає гостру реакцію на психотравму [12].

## **2.2 Результати дослідження рівня стресу та його впливу на комбатантів**

У дослідженні було охоплено військовослужбовців з різним досвідом участі в бойових діях - від кількох місяців до понад п'яти років. Рівень депресії оцінювався за **шкалою депресії Бека**, яка дозволяє виявити ступінь емоційних порушень у зв'язку з психологічним навантаженням та травматичним досвідом (див. таблицю 2.1)

### **Тривалість участі: до 6 місяців**

Кількість респондентів: 4 особи

- 1 - легка депресія
- 3 - депресивна симптоматика не виявлена

Висновок: короткочасна участь у бойових діях не спричинила глибоких змін у емоційному стані більшості опитаних. Імовірно, ще не відбулося накопичення хронічного стресу або симптоми ще не проявилися.

### **Тривалість участі: від 1 до 2 років**

Кількість респондентів: 5 осіб

- 2 - легка депресія
- 1 - помірна депресія
- 1 - виражена
- 1 - важка депресія

Один із них має важке поранення з ампутацією кінцівки

Висновок: спостерігається різке зростання рівня депресії при збільшенні тривалості служби. Особливо показовим є зв'язок фізичної травматизації (ампутації) з високим рівнем депресії, що вказує на потребу в медико-психологічному супроводі.

### **Тривалість участі: понад 2 роки (до 5 років)**

Кількість респондентів: 2 особи

- 1 — виражена депресія
- 1 — важка депресія

Висновок: збереження тенденції - чим довше людина перебуває в умовах бойового стресу, тим вищий ризик тяжких емоційних розладів. Зниження порогів стійкості, повторні травматичні події, втрата близьких чи бойових побратимів - усе це може мати кумулятивний ефект.

### **Тривалість участі: понад 5 років**

Кількість респондентів: 1 особа

— 1 — важка депресія

Висновок: тривала участь у бойових діях (понад 5 років) призводить до виснаження психологічних ресурсів, що майже гарантовано супроводжується клінічно вираженою депресією.

**Таблиця 2.1 - Розподіл рівнів депресії серед військовослужбовців (%)**

	Тривалість участі у бойових діях	Відсутня депресія	Легка	Помірна	Виражена	Важка
1	До 6 місяців	75	25			
2	1-2 роки		40	20	20	20
3	2 – 5 років				50	50
4	Більше років 5 років					100

**Таблиця 2.2 - Рівень тривоги військовослужбовців за тривалістю служби (%)**

	Тривалість участі у бойових діях	Норма	Субклінічна	Клінічно виражена
1	До 6 місяців	75	25	
2	1-2 роки	20	40	40
3	2 – 5 років			100
4	Більше років 5 років			100

Аналіз отриманих даних за **Госпітальною шкалою тривоги та депресії (HADS)** дозволив виявити залежність між рівнем емоційного напруження військовослужбовців та тривалістю їх участі у бойових діях.

**Таблиця 2.3- Рівень депресії військовослужбовців за тривалістю служби (%)**

	Тривалість участі у бойових діях	Норма	Субклінічна	Клінічно виражена
1	До 6 місяців	25	75	
2	1-2 роки		75	25
3	2 – 5 років			100
4	Більше років 5 років			100

Зокрема, виявлено, що:

— Клінічно виражені симптоми тривоги та депресії найчастіше спостерігаються у військовослужбовців зі стажем понад 2 роки, зокрема серед тих, хто перебуває у зоні бойових дій 3 роки і більше. У всіх цих респондентів відзначено високі показники як за шкалою тривоги, так і депресії.

— У групі військових з досвідом 1-2 роки спостерігається помірна варіативність симптомів: 50% мають клінічно виражену депресію, а ще 50% - субклінічний рівень, що свідчить про початок емоційного виснаження.

— Учасники бойових дій з досвідом до 6 місяців демонструють переважно нормальні або субклінічні показники тривоги й депресії. Це може свідчити про відносну стабільність емоційного стану на початкових етапах служби або про недостатню кількість часу для розвитку хронічних симптомів.

— Випадок військового зі стажем понад 5 років, який продемонстрував високі бали по обох шкалах, вказує на високий ризик емоційного вигорання, хронічної тривоги та депресивного стану, що потребує довготривалої психокорекційної підтримки (див. таблиці 2.2 і 2.3).

Загалом, результати свідчать про прогресивне зростання рівня психоемоційної напруги залежно від тривалості служби, що узгоджується з теоріями кумулятивного стресу та адаптаційного виснаження. Це підкреслює важливість своєчасної психологічної підтримки, особливо для військовослужбовців, які перебувають на службі понад рік.

**Таблиця 2.4 - Розподіл рівня ПТСР (PCL -5) у % за тривалістю служби**

	Тривалість участі у бойових діях	Відсутній	Мінімальний	Субклінічний	Клінічно значущий	Важкий
1	До 6 місяців	20	80	20		
2	1-2 роки		25	25	25	25
3	2 – 5 років				50	50
4	Більше років 5 років					100

Результати дослідження, проведеного за шкалою **PCL-5**, свідчать про виражену залежність рівня симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) від тривалості участі військовослужбовців у бойових діях.

— У респондентів зі стажем понад 5 років виявлено 100% випадків важкого ПТСР, що є свідченням глибокої хронізації симптомів на фоні тривалого бойового навантаження.

— У групі «понад 2 роки» спостерігається половина випадків важкого ПТСР, а ще 50% мають клінічно значущі прояви з вираженим уникненням. Це вказує на поглиблення реакцій на травматичний досвід та посилення симптомів, зокрема уникнення, що є ключовою ознакою ПТСР.

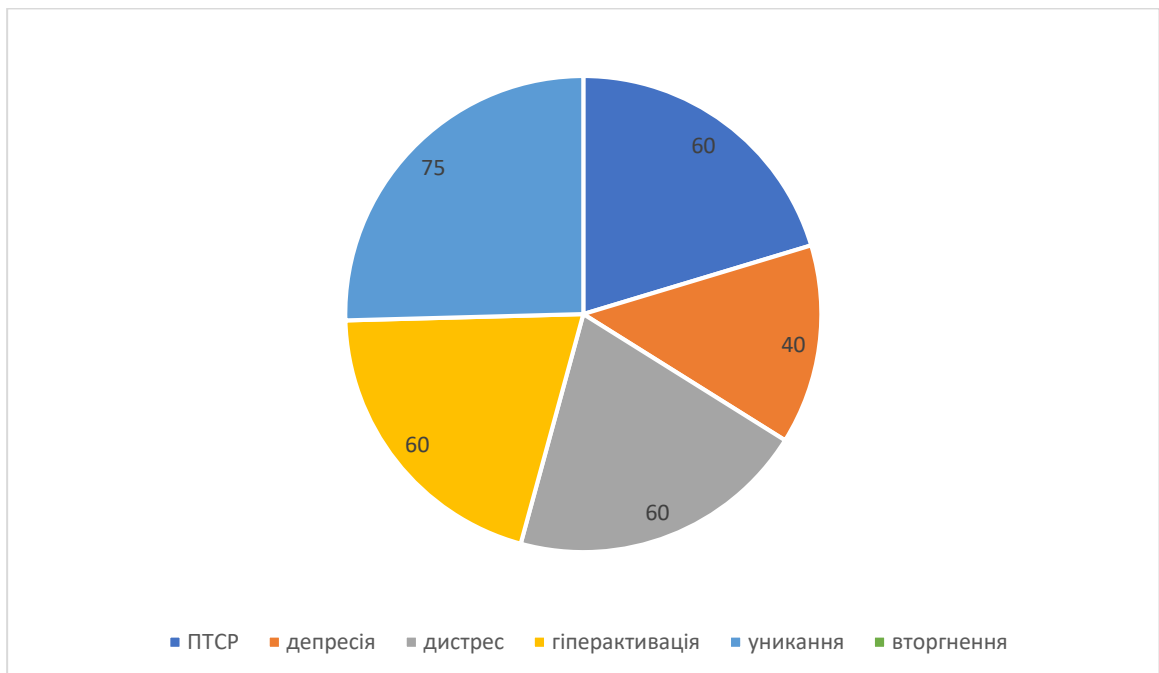
— Серед військовослужбовців із досвідом 1–2 роки симптоми ПТСР розподілилися нерівномірно: 25% мають важкий ПТСР, ще 25% - клінічно значущі симптоми, і ще 25% - субклінічний рівень із високим уникненням. Це свідчить про формування стійкої психотравми, яка з часом може загострюватися без належного втручання.

— У групі «до 6 місяців» переважають мінімальні або субклінічні прояви (разом 80%). Один респондент не мав жодних проявів ПТСР. Це може свідчити про етапи ранньої адаптації до екстремальних умов або про ефект тимчасової мобілізації психіки (див. таблицю 2.4).

Окремої уваги заслуговують випадки з високим рівнем уникнення при загальному субклінічному або клінічно значущому рівні - такі респонденти можуть маскувати справжній ступінь травматизації, що потребує уважнішої оцінки.



**Рис. 2.1 - Шкали комбатантів по опитувальнику травматичного стресу Котеньова у % (тривалість участі у бойових діях до 6 місяців)**



**Рис. 2.2 - Шкали комбатантів по опитувальнику травматичного стресу Котеньова у % (тривалість участі у бойових діях 1-2 роки)**



**Рис. 2.3 - Шкали комбатантів по опитувальнику травматичного стресу Котеньова у % (тривалість участі у бойових діях більше 2 років)**



**Рис. 2.4 - Шкали комбатантів по опитувальнику травматичного стресу Котеньова у % (тривалість участі у бойових діях більше 5 років)**

Результати опитування комбатантів (див. рисунки 2.1 - 2.4) свідчать про чітко виражену динаміку зростання симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та супутніх порушень залежно від тривалості перебування в умовах бойових дій.

- У групі з досвідом до 6 місяців клінічно значущі прояви ПТСР відсутні, однак вже спостерігаються ознаки депресії (25%), дистресу (25%) та симптомів уникнення (25%), що вказує на ранні етапи формування стресових реакцій.

- У військових зі стажем 1-2 роки фіксується різке зростання всіх показників:

- ПТСР - 60%,
- депресія - 40%,
- дистрес, гіперактивація - по 60%,
- вторгнення - 50%,
- найвищим є показник уникнення - 75%.

Це свідчить про поглиблення хронічних форм ПТСР з переважаючими стратегічними механізмами психологічного уникнення.

- У групі, яка має бойовий досвід понад 2 роки, усі основні симптоми досягають критичного рівня:

- ПТСР, депресія, дистрес, гіперактивація - 100%,
- вторгнення та уникнення - по 50%.

Це вказує на стійке патологічне закріплення травматичного досвіду в психіці та виснаження адаптивних ресурсів.

- У найтривалішій категорії (служба понад 5 років) всі показники дорівнюють 100%, що свідчить про:

- повний розвиток важкого хронічного ПТСР,
- максимальну вираженість вторгнення, гіперактивації, уникнення,
- тотальне емоційне та функціональне виснаження.

Тривале перебування в умовах війни прямо корелює з погіршенням психоемоційного стану військовослужбовців. Особливо критичними є симптоми уникнення, гіперактивації та дистресу, які проявляються ще на ранніх етапах служби й значно поглиблюються з часом. Це підкреслює необхідність раннього психологічного втручання та профілактичної підтримки вже на початку служби для запобігання формуванню тяжких посттравматичних розладів.

У процесі проведення дослідження, зокрема під час приватних бесід з військовослужбовцями, які беруть участь в активних бойових діях понад 2 роки, було зафіксовано низку типових психологічних та соціальних труднощів, з якими вони стикаються при поверненні до мирного життя. Хоча ці прояви не завжди потрапляють у формальні критерії діагностичних шкал, вони відіграють суттєву роль у загальному стані адаптації та життєздатності комбатантів.

Серед найбільш поширених ознак учасники відзначали:

- Втрату кола попередніх соціальних зв'язків, зокрема друзів, які не поділяють досвід війни.
- Психічну втому, емоційне вигорання та виснаження.
- Небажання взаємодіяти з іншими людьми, уникнення зустрічей, ізоляція.
- Підвищену тривожність та напади паніки у людних місцях (наприклад, супермаркетах, транспорті).
- Нездатність розслабитися, а також утруднення концентрації уваги, включно з тим, що важко додивитися навіть коротке відео.
- Стійке внутрішнє напруження, постійне очікування загрози.
- Нав'язливі або небажані спогади про бойові дії.
- Відчуття глибокої самотності та нерозуміння з боку оточення, переконання, що «ніхто не зможе допомогти».
- Порушення сну – труднощі із засинанням, нічні пробудження.
- Відчуженість у сімейних стосунках, зниження емоційної близькості.
- Спалахи гніву або дратівливості, навіть у незначних ситуаціях.
- Складнощі у формуванні емоційних та романтичних зв'язків, зокрема з особами протилежної статі.

Ці симптоми свідчать не лише про глибоку психологічну травматизацію, але й про потребу в довготривалому психосоціальному супроводі таких осіб після демобілізації. Також вони можуть мати серйозні наслідки для інтеграції ветеранів у цивільне життя, що потребує уваги не лише з боку психологів, але й соціальних служб, громадських організацій і державних програм підтримки.

### **2.3 Практичні рекомендації щодо подолання бойового стресу у комбатантів**

Основною психологічною реакцією військовослужбовців на участь у бойових діях є бойовий стрес. Це природна відповідь організму на екстремальні умови, що супроводжуються підвищеним рівнем небезпеки, ризику для життя та постійною напругою. У таких обставинах активізуються всі ресурси саморегуляції: включаються механізми психологічного захисту, підвищується рівень настороженості, формується адаптивна поведінка, яка дозволяє діяти в умовах загрози [61].

Екстремальна стресова ситуація є серйозним випробуванням для психофізіологічної стійкості людини. Вона чинить тиск на всі рівні психічного функціонування - когнітивний, емоційний, поведінковий та соматичний. За таких умов навіть підготовлений борець може зіткнутися з реакціями, які виходять за межі звичних для нього психологічних проявів: відчуттям дезорієнтації, фрагментарними спогадами, втратою контролю над емоціями, зниженням здатності до концентрації, труднощами у прийнятті рішень.

Крім того, бойовий стрес часто має відкладений ефект. Після повернення з фронту багато військовослужбовців продовжують переживати наслідки психологічної перенапруги, стикаючись із проявами посттравматичного стресового розладу, тривожністю, емоційним вигоранням, втратою сенсу та соціальною ізоляцією [22].

У спектрі негативних психоемоційних реакцій, що виникають у військовослужбовців перед бойовим зіткненням і безпосередньо під час нього, особливе місце займає страх. Цей психоемоційний стан формується у відповідь на загрозу фізичному або соціальному існуванню людини та спрямовується на джерело реальної або уявної небезпеки. За своїм змістом страх у бойовій обстановці найчастіше виявляється у формі страху смерті, фізичного болю, поранення, втрати працездатності чи боездатності, втрати шани й підтримки з

боку бойових товаришів, а також страху втрати контролю над ситуацією або власною поведінкою [53].

Іншою формою емоційної напруги є тривога - це психічний стан, що виникає за умов невизначеної або непередбачуваної загрози та проявляється у формі очікування негативного розвитку подій. Основна відмінність між тривогою і страхом полягає в тому, що страх має чіткий об'єкт або джерело загрози, тоді як тривога пов'язана з невизначеністю, розмитістю загрози.

Характерною ознакою тривожного стану є відчуття безсилля, невпевненості та неможливості вплинути на ситуацію, що ускладнює адаптацію до бойового середовища та посилює психоемоційне навантаження. Обидва стани - як страх, так і тривога - є невід'ємною частиною психічної реакції на бойовий стрес, і потребують фахового розуміння в рамках психологічної підтримки та реабілітації військовослужбовців [31].

Одним із ключових аспектів підготовки до дій в умовах бойових дій є усвідомлена психологічна готовність до можливого прояву страху. Щоб зменшити його інтенсивність, важливо попередньо продумати власні дії у критичних ситуаціях, змодельовати можливі сценарії взаємодії з побратимами, вивчити маршрути пересування, наявні укриття, а також зони можливого перебування противника. Це допоможе сформувати чітку та впевнену поведінкову модель [34].

У випадку раптового прояву страху доцільно використати техніки саморегуляції, які дозволяють знизити рівень тривоги та відновити емоційний контроль:

1. Усвідомлення джерела страху. Сформулюйте думку про те, що саме вас лякає, а потім проговоріть це вголос. Озвучений страх втрачає частину своєї сили.
2. Соціальна підтримка. Якщо ситуація дозволяє - поділіться своїми емоціями з довіреною особою, усвідомлення того, що вас чують і розуміють, сприяє зниженню емоційної напруги.

3. Контроль дихання. При перших ознаках страху почніть дихати повільно і неглибоко - вдих через рот, видих через ніс. Для глибшого заспокоєння можна застосувати таку вправу:

— Зробіть глибокий вдих, на 1-2 секунди затримайте дихання, потім зробіть повільний видих.

— Далі виконайте два нормальних, повільних і неглибоких вдихи та видихи.

— Чергування глибокого і звичайного дихання повторюється до моменту відчуття полегшення.

— Потім закрийте очі, зробіть 8-10 коротких вдихів і довгих повільних видихів, щоб знизити фізіологічне напруження.

— Після цього по черзі напружте й розслабте м'язи тіла, щоб зняти залишкову напругу.

4. Використання афірмацій. Можна подумки повторити кілька формул впевненості і стійкості, таких як:

— «Я спокійний і зосереджений»

— «Я впевнений у своїх побратимах - вони мене не підведуть»

— «Я рішучий, сміливий і підготовлений до будь-яких обставин»

— «Я здатен подолати будь-яку перешкоду»

— «Я як сталева пружина - сильний, гнучкий і незламний»

— «Моє тіло слухається мене, я контролюю свої дії»

Такі техніки допомагають не лише впоратися з проявами страху, а й підвищити психологічну готовність до дії, зберігаючи ясність розуму та контроль над поведінкою у стресових ситуаціях [34].

У психологічній практиці важливо розуміти, що страх і тривога - це різні емоційні стани. Страх пов'язаний із конкретною загрозою і має чітко визначене джерело. Тривога ж, навпаки, виникає в умовах невизначеної, розпливчастої небезпеки, і саме відсутність конкретного об'єкта робить її переживання більш складним і виснажливим [35].

Щоб впоратися зі станом тривоги, можна застосувати такі ефективні техніки:

1. Перевести тривогу у страх. Постарайтесь чітко усвідомити, що саме викликає у вас тривожне напруження. Коли ви назвете джерело загрози, тривога перетвориться на більш керований стан - страх. Часто вже цього буває достатньо, аби знизити інтенсивність емоційного напруження та зробити переживання менш болісним.

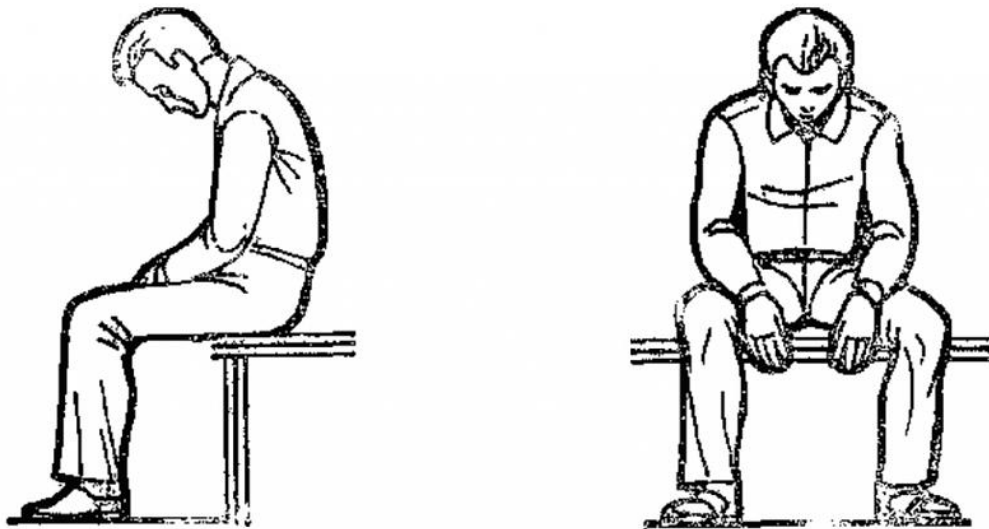
2. Фізична активність. Одним із найнеприємніших відчуттів під час тривоги є неможливість розслабитися, що часто супроводжується нав'язливими думками. Щоб перервати це коло, виконайте кілька фізичних вправ або зробіть активні рухи. Це допоможе знизити рівень м'язової та психоемоційної напруги.

3. Інтелектуальне переключення. Залучення до складної когнітивної діяльності також допомагає зменшити тривожність. Наприклад:

- рахуйте в умі зворотно, віднімаючи по черзі то 7, то 6 від 100;
- множьте двозначні числа;
- порахуйте, на яку дату припав другий понеділок минулого місяця;
- пригадайте улюблені вірші або уривки з книг.

Це допоможе переключити увагу та «перезавантажити» мозок, вивівши його із замкненого кола тривожних думок.

4. Вправа «Поза кучера» (див. рисунок 2.5). Це ефективна техніка тілесного розслаблення, яка сприяє одночасному зняттю фізичного й психічного напруження. Регулярне виконання цієї вправи має профілактичне значення - запобігає розвитку перевтоми, нервового виснаження та симптомів невротичних розладів.



**Рисунок 2.5 – Поза «кучера»**

Цю техніку розслаблення можна використовувати практично в будь-якому місці, де є відповідний за висотою стілець, табурет або інша стабільна опора - важливо, щоб сидіння і стегна знаходилися у горизонтальній площині відносно підлоги [47, с. 23].

Перед початком вправи необхідно забезпечити комфортні умови:

- ослабити ремінь на талії;
- розстібнути верхній гудзик сорочки;
- зняти годинник та окуляри, щоб уникнути обмеження рухів і напруження.

Послідовність виконання:

1. Сісти на край стільця, щоб його край припадав на складки сидниць.
2. Широко розставити ноги — це дозволяє автоматично розслабити м'язи, які зводять стегна.
3. Гомілки розташувати перпендикулярно до підлоги. Якщо відчувається напруга - посунути стопи вперед приблизно на 3-4 см до повного зняття напруги.
4. Голову опустити вниз, дозволивши їй вільно «звисати» на зв'язках.

5. Спину округлити, дозволяючи їй прийняти природне зігнуте положення.

6. Легко погойдуючись назад і вперед, переконатися в тому, що поза є стабільною за рахунок природної рівноваги між опущеною головою та згорбленою шиєю.

7. Передпліччя м'яко покласти на стегна, при цьому долоні мають облягати стегна, не торкаючись одна одної. Спиратися на руки не потрібно - м'язи повинні залишатися вільними.

8. Закрити очі і почати спокійне, природне дихання через ніс, ніби в стані сну - з рівномірними вдихами та видихами.

Ця вправа ефективно сприяє психофізіологічному розслабленню, зниженню рівня напруги, тривоги й перевтоми, а також має профілактичне значення у попередженні невротичних станів у стресових ситуаціях.

**Метод гумової стрічки** - це проста, але ефективна техніка саморегуляції, яка допомагає швидко перервати панічну або тривожну реакцію в бойових чи стресових умовах. Його суть полягає у відволіканні уваги та перемиканні сенсорного фокусу, що дозволяє людині повернутися до реальності, знизити рівень тривоги та відновити контроль над своїм станом.

Суть методу: на зап'ясті руки закріплюється звичайна тонка гумова стрічка або канцелярська резинка. В момент, коли людина відчуває наближення паніки, неконтрольованої тривоги або флешбеків (раптових спогадів), вона відтягує стрічку і легенько відпускає, щоб та болісно, але безпечно вдарила по шкірі [38].

Як це працює:

1. Фізичний імпульс (легкий біль) допомагає перемкнути увагу з внутрішніх переживань (страх, тривога, нав'язливі думки) на зовнішні відчуття.

2. Такий вплив перериває «панічне коло» - послідовність автоматичних негативних думок і тілесних симптомів (тахікардія, задуха, пітливість).

3. Сигнал болю сприймається мозком як «зараз», тобто як щось, що відбувається тут і тепер - це допомагає повернути людину до реальності, зняти дисоціацію.

4. Додатково можна супроводжувати дію стрічки короткою фразою, яка посилює ефект: «Я тут і зараз, це просто спогад, я контролюю ситуацію, я вже в безпеці».

Переваги методу:

- Простота й доступність у польових умовах
- Швидка дія
- Можливість самостійного застосування без сторонньої допомоги
- Підходить як екстрена допомога при панічних атаках, ПТСР або тривожних розладах.

Цей метод особливо корисний в умовах бойових дій або після них, коли немає змоги звернутися по негайну фахову допомогу, а контроль над емоційним станом необхідно відновити швидко.

Для зняття емоційного напруження можна користуватись **методом «Сита»**: уявіть, що ви стоїте босоніж на велетенському ситі з маленькими отворами. Це сито починає повільно підніматися вгору, ніби просіюючи ваше тіло. Відчуйте, як по мірі його руху вгору виявляються ділянки напруження, болю чи дискомфорту - всі вони залишаються на ситі, наче зайві частинки. Коли сито проходить через голову, воно затримує всі ваші тривожні думки, напруження, переживання - уявіть, як вони осідають на його поверхні, немов пил або сміття. Коли сито піднялося вище за вас - уявіть потік золотистого світла, що ллється згори, ніби від теплого, могутнього сонця. Це світло повністю розчиняє залишки негативу на ситі й починає наповнювати вас зсередини - тіло, розум і душу. Ви відчуваєте спокій, легкість і повне розслаблення [56].

Цей метод **концентрації** сприяє зменшенню внутрішнього хаосу та відновленню контролю над власним станом. Якщо ви помічаєте, що вас охоплює розгубленість, тривога або неуважність, подивіться на годинник і прийміть усвідомлене рішення зосередитися на конкретній дії, яку виконуватимете

протягом наступних 10 хвилин. Не дозволяйте собі відволікатися чи уникати завдання - повністю зануртесь у діяльність, якою займаєтесь: будь це чищення зброї, обслуговування техніки чи навіть проста розмова. Така концентрація уваги допоможе вам зібратися з думками та заспокоїтись. Уже через 10 хвилин сфокусованої дії ймовірно настане відчуття внутрішнього порядку та стабільності.

### **Практичні рекомендації для розвитку стійкості до стресу:**

1. Мисліть на перспективу: будуйте чіткі плани на майбутнє, продумуйте їх до дрібниць - це створює відчуття контролю та впевненості.
2. Не забувайте, що стрес - тимчасовий: труднощі та негативні емоції - це лише частина життя, але не його суть. Сфокусуйте увагу на тому, що справді має значення.
3. Дивіться на свою діяльність об'єктивно: сприймайте навіть рутинні або важкі завдання як роботу, що включає як позитивні, так і негативні моменти.
4. Не накопичуйте негатив: діліться своїми переживаннями з близькими, побратимами або психологом - емоції, озвучені вголос, втрачають силу.
5. Прийміть свої емоції: страх, тривога та напруження - це природна реакція психіки. Наявність цих почуттів не є ознакою слабкості.
6. Черпайте підтримку в досвіді інших: спілкуйтеся з тими, хто вже пройшов подібні труднощі, переймайте їхні стратегії подолання.
7. Дотримуйтеся режиму сну та відпочинку: повноцінний сон - основа психічної стійкості. Навіть за умов служби прагніть зберігати стабільний ритм.
8. Піклуйтеся про когось: наявність відповідальності за інших (наприклад, домашня тварина) допомагає зберігати внутрішній баланс.
9. Правильне харчування: якщо є можливість - харчуйтеся повноцінно. При дефіциті поживних речовин можливе вживання вітамінних комплексів.
10. Уникайте алкоголю: спиртне лише тимчасово притуплює тривогу, але згодом погіршує стан і ускладнює адаптацію.

11. Працюйте над відносинами: відкритість у спілкуванні, взаємна підтримка та довіра сприяють зменшенню психічної напруги.

12. Культивуйте позитивне мислення: вірте, що ваша діяльність має сенс, і кожна дія - це внесок у спільну справу.

13. Регулярно відновлюйтесь: намагайтесь знаходити час для приємного — навіть кілька хвилин на день здатні відновити сили.

14. Обмежте споживання стимуляторів: зменшіть кількість кави, міцного чаю, енергетиків та цигарок.

15. Фільтруйте інформацію: уникайте перегляду тривожного контенту, який викликає сильні емоційні реакції - це виснажує.

16. Рухайтесь щодня: навіть легкі фізичні вправи сприяють зниженню напруги. Можна виконувати антистресову гімнастику:

- оберти головою в різні боки
- кругові рухи плечима
- “кручення” тулубом, як під час обертання обруча
- самомасаж вух, рук, ніг, особливо суглобів
- Якщо ви відчуваєте повну тілесну скутість або неможливість

активно рухатися, можна виконати просту вправу на поетапне м'язове напруження й розслаблення. Почніть із легкого напруження щелепи, потім поступово переходьте до м'язів шиї, грудної клітки, тазу, і далі вниз - до стоп. Завершіть стисканням пальців ніг у «кулак» і подальшим їх розслабленням. Потім рухайтесь у зворотному напрямку - від стоп вгору. Важливо: під час виконання не затримуйте дихання. Дихайте спокійно, рівномірно й глибоко – це сприятиме зниженню загального напруження організму [40].

Ці прості, але дієві кроки допоможуть краще справлятися із психоемоційними навантаженнями, зберігати рівновагу та відновлювати ресурс навіть в умовах підвищеної бойової чи життєвої напруги.

## Висновки до другого розділу

У другому розділі було проведено ґрунтовне емпіричне дослідження впливу стресу на військовослужбовців, які брали участь у бойових діях. Особливу увагу приділено комбатантам із різною тривалістю перебування в зоні бойових дій - від кількох місяців до понад п'яти років. Використано надійний психодіагностичний інструментарій, зокрема: шкалу депресії Бека, Госпітальну шкалу тривоги та депресії (HADS), PCL-5 (опитувальник симптомів ПТСР), Міссісіпську шкалу ПТСР та опитувальник травматичного стресу за методикою І.О. Котеньова. Результати дозволили комплексно оцінити психоемоційний стан військових та виявити рівні вираженості ПТСР, депресії, тривоги, симптомів уникнення, гіперактивації, дистресу та інтрузії.

У ході дослідження виявлено закономірність: із зростанням терміну служби на передовій збільшується частота та інтенсивність психологічних порушень. Військовослужбовці, які брали участь у бойових діях до 6 місяців, мали найменшу кількість симптомів, переважно субклінічного або відсутнього рівня. У групі з досвідом 1-2 роки вже простежується зростання частоти клінічно виражених форм ПТСР, депресії та тривоги. Найвищий рівень психотравматичних порушень виявлено у комбатантів із досвідом більше 2-х років і особливо у тих, хто був на війні понад 5 років - у них фіксується 100% рівень ПТСР, гіперактивації, дистресу, депресії, уникнення та інтрузії.

Аналіз госпітальної шкали HADS показав, що більшість респондентів мають виражені або субклінічні прояви тривоги й депресії, що свідчить про необхідність раннього скринінгу та психологічного супроводу. Результати шкали Бека додатково підтвердили тенденцію до наростання депресивних симптомів зі збільшенням терміну служби в бойовій зоні.

Дані опитувальника Котеньова дозволили виявити не лише вираженість ПТСР і ГСР, але й визначити наявність таких симптомокомплексів, як гіперактивація, дистрес, уникнення, вторгнення. Особливо важливою є кореляція високого рівня уникнення з можливим приховуванням інших симптомів, що

свідчить про психологічну захисну реакцію особистості. Приватні бесіди з учасниками дослідження дозволили поглибити розуміння психоемоційного стану військових і виокремити типові труднощі адаптації до мирного життя, серед яких - відчуття ізоляції, втрата друзів, небажання спілкування, проблеми зі сном, напруженість, панічні стани в натовпі, емоційне вигорання, проблеми у стосунках із близькими.

У межах дослідження також були запропоновані ефективні способи профілактики та подолання бойового стресу. До них належать: навчання саморегуляції через дихальні вправи, методику «Поза кучера», візуалізаційні техніки («сито»), когнітивні техніки фокусування на дії («метод 10 хвилин»), а також використання гумової стрічки для «якорення» уваги у моменті. Сформульовано перелік порад для підвищення стресостійкості, включаючи планування майбутнього, усвідомлення тимчасовості труднощів, проговорювання негативних емоцій, підтримку соціальних зв'язків, фізичну активність, дотримання режиму дня, мінімізацію вживання алкоголю та кофеїну, оптимістичне мислення і турботу про інших.

Отже, результати дослідження підтверджують, що військовослужбовці, які тривалий час перебувають у бойових умовах, є вразливою категорією з точки зору розвитку ПТСР та інших психічних порушень. Практичне значення одержаних даних полягає в тому, що вони можуть бути використані для формування цілісної системи психологічної підтримки комбатантів, яка включає як діагностику, так і превентивні та корекційні заходи. Важливою є також потреба у подальшій підготовці психологів до роботи з військовими та інтеграція ефективних методів подолання бойового стресу в систему реабілітаційної допомоги.

Таким чином, другий розділ довів не лише актуальність дослідження теми, а й надав ґрунтовні емпіричні підтвердження психологічного впливу бойового стресу, окресливши шляхи допомоги військовослужбовцям на основі сучасних психологічних практик.

## ВИСНОВКИ

У результаті проведеної дипломної роботи було здійснено комплексний аналіз феномену стресу в умовах бойових дій, його психологічних механізмів, чинників виникнення, особливостей прояву та наслідків для психічного стану військовослужбовців - комбатантів. У першому розділі розглянуто теоретичні основи поняття стресу, його класифікацію, фізіологічні та психологічні аспекти. Зокрема, увагу приділено бойовому стресу як окремому виду екстремального психоемоційного навантаження, що виникає в умовах війни та бойових дій.

У підрозділі 1.2 були визначені ключові фактори, що впливають на інтенсивність переживання стресу: тривалість перебування в зоні бойових дій, фізичні поранення, відчуття загрози життю, підтримка з боку товаришів, особистісні риси, попередній психологічний стан тощо. Особлива увага приділена тому, як саме ці чинники змінюють психоемоційний стан військовослужбовців і призводять до розвитку посттравматичних стресових розладів.

У підрозділі 1.3 розкрито специфіку бойового стресу та його наслідки: зміни в емоційній сфері (страх, тривога, гнів), поведінкові зміни (уникнення, ізоляція), порушення когнітивних процесів (уваги, пам'яті), а також порушення сну, дезадаптація в мирному житті, проблеми у міжособистісних стосунках. Наголошено, що бойовий стрес є не лише індивідуальною реакцією, а й соціально значущим явищем, яке потребує комплексного підходу до подолання.

У другому розділі було проведено емпіричне дослідження впливу бойового стресу на психічний стан військовослужбовців із різною тривалістю служби на передовій. Було застосовано низку науково валідних психодіагностичних методик, зокрема шкалу Бека, HADS, PCL-5, Міссісіпську шкалу ПТСР, опитувальник за Котеньовим. Результати дослідження показали чітку залежність вираженості симптомів ПТСР, тривоги, депресії, гіперактивації та дистресу від тривалості перебування в бойовій обстановці.

Зокрема, найнижчі показники стресових порушень зафіксовано у військовослужбовців із досвідом служби до 6 місяців. У групі з досвідом від 1 до 2 років симптоми проявляються помірно або клінічно значуще. Найбільш критичний психоемоційний стан виявлено у бійців, які перебували в активних бойових діях понад 2 роки: у них значно підвищений рівень ПТСР (100%), депресивних проявів, гіперактивації, дистресу, уникнення й інтрузії. Додатковий якісний аналіз через приватні бесіди показав наявність труднощів адаптації до мирного життя - проблеми у спілкуванні, відчуття відчуженості, нав'язливі спогади, внутрішнє напруження, порушення сну.

На основі дослідження були розроблені практичні рекомендації щодо подолання наслідків бойового стресу. Запропоновано низку методів саморегуляції - дихальні вправи, візуалізація, техніки тілесного розслаблення, м'язова релаксація, когнітивне фокусування, вправа «поза кучера», «гумова стрічка» як метод якірної стабілізації, метод «10 хвилин» для зосередження. Особлива увага приділена профілактиці: важливості режиму дня, нормалізації сну, харчування, обмеження алкоголю й нікотину, фізичній активності, соціальній підтримці, розвитку оптимістичного мислення, вмінню ділитися емоціями.

Таким чином, результати дослідження підтверджують актуальність проблеми бойового стресу та необхідність своєчасної психологічної допомоги комбатантам. Практична значущість роботи полягає у можливості використання отриманих даних у процесі реабілітації військовослужбовців, а також у підготовці психологів, які працюють із ветеранами та учасниками бойових дій. Отримані результати є важливою основою для розробки психокорекційних програм та заходів профілактики хронічного стресу.

У цілому, дана дипломна робота зробила внесок у розуміння глибини психологічних наслідків війни для людини, висвітлила як теоретичні аспекти стресу, так і практичні шляхи підтримки особистості у складних бойових умовах. Отримані результати доводять необхідність мультидисциплінарного підходу до

допомоги військовим - на стику психології, психотерапії, медицини й соціальної підтримки.

## ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ

1. Агаєв Н. А., Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Остапчук В. В., Ткаченко В. В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: методичний посібник. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. С. 121-176.
2. Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Прийоми психологічної самопомоги учасникам бойових дій: методичні рекомендації для військовослужбовців учасників бойових дій. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2014. 41 с.
3. Анисимова Є. Проблема життєдіяльності людини в екстремальних умовах праці: психологічний сенс особистісного ресурсу. *Психологічні ресурси особистості: соціально-психологічний зміст* : зб. наук. праць за матер. наук.-практ. конф. Ізмаїл: РВВ ІДГУ, 2019. С. 4-8.
4. Блінов О. А. Нові виклики у суспільному житті як орієнтир для змін у підготовці фахівців. *Підготовка військових фахівців у вищих військових навчальних закладах*. Київ: НУОУ ім. Івана Черняхівського, 2016. С. 164 -166.
5. Бойовий стрес і відновлення: техніки, які допоможуть у моменті та після / Ю. Павлова - [Електронний ресурс]: <https://berezhy-sebe.com/boiovyi-stres-i-vidnovlennia> (дата звернення: 10.09.2025)
6. Возніцина К., Литвиненко Л. Невидимі наслідки війни. Як розпізнати? Як спілкуватись? Як допомогти подолати? Київ, 2020. 192 с.
7. Гаврилець І. Г. Психофізіологія людини в екстремальних ситуаціях. Київ: ЗАТ «Віпол», 2006. 188 с.
8. Герберт К. Розуміти травматичний досвід: путівник для безпосередніх учасників та їхніх родин. Львів: Скриня, 2015. 67 с.
9. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання. Львів: Видавництво Старого Лева, 2023. 424 с.
10. Герасименко Л. О., Скрипніков А. М., Ісаков Р. І. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації: навч. посібник. Київ: ВСВ «Медицина», 2023. 120 с.

11. Гостра реакція на стрес. ПТСР. Порушення адаптації - [Електронний ресурс]: <https://www.dec.gov.ua/> (дата звернення 15.10.2025)
12. Довідник з МПЗ: Інформаційно-довідковий матеріал занять з психологічної підготовки. - [Електронний ресурс]: <https://dovidnykmpz.info/> (дата звернення 22.01.2025)
13. Довідник з МПЗ: довідник для фахівців структур морально-психологічного забезпечення. - [Електронний ресурс]: <https://dovidnykmpz.info/> (дата звернення 22.01.2025)
14. Єна А.І., Маслюк В.В., Сергієнко А.В. Актуальність і організаційні засади медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції. *Науковий журнал МОЗ України*. 2014. № 1. С. 5–16
15. Закон України «Про військовий обов'язок і військову службу». - [Електронний ресурс]: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2232-12> (дата звернення 24.01.2025)
16. Історія ПТСР. Як війна травмує психіку... [Відео] / @ОбличчяВійни. - YouTube. - Режим доступу: <https://www.youtube.com/watch?v=S1-lt9sEB4Y> (дата звернення 21.06.2025)
17. Карамушка Т. В., Полівко Л. Ю., Вісіч О. Ю. та ін. Психологічний супровід незламних: методичні рекомендації. Київ–Львів: Видавець В. Кундельська, 2023. 60 с.
18. Коkun О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2015. 170 с.
19. Коkun О. М., Лозінська Н. С., Пішко І. О., Мороз В. М. Практикум з формування стресостійкості військовослужбовців. Київ: Центр учбової літератури, 2023. 54 с.
20. Коkun О. М., Лозінська Н. С., Пішко І. О. Діагностування психологічної готовності військовослужбовців. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2011. 153 с.

21. Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Копаниця О. В., Малхазов О. Р. Збірник методик для діагностики психологічної готовності військовослужбовців. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2011. 281 с.
22. Ковальова М. Техніки самодопомоги під час панічних атак. - [Електронний ресурс]: <https://foundationdv.com/ua/articles/Tekhniku> (дата звернення 15.10.2025)
23. Кокун О. М., Лозінська Н. С., Пішко І. О., Олійник В. О. Посттравматичне зростання військовослужбовців. Київ, 2024. 154 с.
24. Кокун О. М., Лозінська Н. С., Пішко І. О. Особливості негативних психічних станів військовослужбовців. *Вісник НУОУ*. 2014. № 5(42). С. 262–267.
25. Колесніченко О. С., Мацегора Я. В. Психопрофілактика суїцидальної поведінки військовослужбовців. Харків: НА НГУ, 2022. 213 с.
26. Колесніченко О. С., Мацегора Я. В., Приходько І. І. Протоколи надання першої психологічної допомоги військовослужбовцям НГУ. Харків: НА НГУ, 2018. 40 с.
27. Коральчук М. С., Крайнюк В. М., Кочергіна Т. І. Психологічне забезпечення психічного і фізичного здоров'я. Київ: ІНКОС, 2002. 272 с.
28. Кураєв А. А., Гусятник О. С., Гущина Т. Ю. Психологічні чинники зростання бойового стресу у військовослужбовців.
29. Курченко Є., Мороз Р., Цуканова Т. Подолання бойового стресу та його психологічних наслідків. Миколаїв, 2015.
30. Лелек Дж. ПТСР: як повернути надію / пер. з англ. Київ : Єфетов О. В., 2023. 64 с.
31. Люта О. Посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців - учасників бойових дій. - [Електронний ресурс]: <https://narkosumy.lic.org.ua/statti/posttravmatychnyj-stresovyj-rozlad-u> (дата звернення 15.10.2025)
32. Литвиненко Л., Возніцина К. Невидимі наслідки війни. Київ, 2020. 192 с.

33. Міжнародна асоціація психосоматики. Психологічна допомога військовим. Київ: Psyhobook, 2022. 124 с.
34. Міністерство оборони України. Прийоми психологічної самопомоги учасникам бойових дій. НДЦ ГП ЗСУ. 2014.
35. Мішиєв В. Д., Михайлов Б. В., Гриневич Є. Г., Омелянович В. Ю. Розлади психічної сфери внаслідок бойових дій. Київ: ВСВ «Медицина», 2024. 167 с.
36. Мостовой М. М., Пархоменко Н. О. Вплив стресу на життя людини. Полтава, 2015. С. 37.
37. Овчаренко О. Ю. Психологія стресу та стресових розладів: навч. посібник. Київ: Університет «Україна», 2023. 266 с.
38. Павлова Ю. Бойовий стрес і відновлення: техніки, які допоможуть у моменті та після. - [Електронний ресурс]: <https://berezhy-sebe.com/> (дата звернення 20.10.2025)
39. Підготовка військових фахівців у ВВНЗ... / За ред. Телелима В. М. Київ: НУОУ, 2016.
40. Психологічна корекція ПТСР - [Електронний ресурс]: [https://www.nai.au.kiev.ua/files/kafedru/up/zaochka/NMK\\_13.doc](https://www.nai.au.kiev.ua/files/kafedru/up/zaochka/NMK_13.doc) (дата звернення 05.08.2025)
41. Психологічна робота з військовослужбовцями – учасниками бойових дій на етапі відновлення: методичний посібник. Київ: Центр учбової літератури, 2023. 283 с.
42. Психотравма: що треба знати про психологічну травму. - [Електронний ресурс]: <https://mentoly.com.ua/blog/trauma> (дата звернення 15.05.2025)
43. Попелюшко Р. П., Дзяна Ю. І. Психологічна допомога родичам військових, які зникли безвісти. *Psychology Travelogs*. 2025. № 3. С. 27-35.
44. Поради психолога про ПТСР у військових... [Відео] / @VeteranHub. - YouTube. - Режим доступу: <https://www.youtube.com/watch?v=vumCobEdrcg> (дата звернення 16.01.2025)

45. ПТСР у військових. Що дратує у цивільному житті? [Відео] / @VeteranHub. - YouTube. - Режим доступу: <https://www.youtube.com/watch?v=UFH6082zK8E> (дата звернення 20.01.2025)
46. ПТСР. Що таке посттравматичний синдром? [Відео] / @VeteranHub. - YouTube. - Режим доступу: <https://www.youtube.com/watch?v=2n4g0BtSOSo> (дата звернення 20.01.2025)
47. Прийоми психологічної самопомоги учасникам бойових дій. Київ: Центр учбової літератури, 2023. 74 с.
48. Сельє Г. Стрес без дистресу. - [Електронний ресурс]: <http://www.rulit.net/books/stress-bez-distressa> (дата звернення 17.06.2025)
49. Сердюк Л. З. Особливості розвитку ПТСР у військовослужбовців. *Проблеми політичної психології*. 2019. Вип. 7. С. 124-132.
50. Сили ТрО ЗСУ. Бойовий стрес. Поради бійцям... [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <https://tro.mil.gov.ua/bojovuj-stres> (дата звернення 15.07.2025)
51. Сіпко Л. О. Подолання бойового стресу та його психологічних наслідків. *Наук. вісник МНУ ім. В. О. Сухомлинського*. 2015. № 2. С. 129-134.
52. Сіренко Т., Кухарук О., Фроленкова О. Посібник з управління стресом для медичних працівників. Київ, 2023. С. 5-10.
53. Складання та впровадження протоколів психологічної допомоги у ЗСУ. Київ: Центр учбової літератури, 2023. 44 с.
54. Тараненко Р., Титаренко Ю. Синдром вигорання у військовослужбовців. Кропивницький: НВЦ УІАТАП, 2024. 75 с.
55. Титаренко Т. М. (ред.) Особистісний вибір: психологія відчаю та надії. Київ: Міленіум, 2005. 336 с.
56. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. Київ: Персонал, 2017. С. 149-159.
57. Травматичні події: психологічна підтримка та самопомога. Страсбург: Рада Європи, 2022.

58. Тютюнник В. І., Стеблюк В. В., Друзь О. В. Охорона ментального здоров'я та медико-психологічна реабілітація. Київ: ВСВ «Медицина», 2021.
59. ТЦК. Бойовий стрес. Поради бійцям. - [Електронний ресурс]: <https://tro.mil.gov.ua/bojovuj-stres> (дата звернення 17.05.2025)
60. Шафрановський В. В., Дудник С. В. Психічне здоров'я населення України. *Україна. Здоров'я нації*. 2016. № 3(39). С. 12-18.
61. Яворський В. С. Психічне здоров'я військовослужбовців. Харків: ХНМУ, 2023
62. Adler A. B., Bliese P. D. Combat exposure, psychological resilience, and mental health symptoms in soldiers. *Journal of Traumatic Stress*. 2009. Vol. 22(2). - P. 115-123.
63. Bondarovska V. M., Kulbachka T. V., Lamakh E. B., Kozub L. I. Допомога людині, яка знаходиться у стані шоку, стресу чи травми. Київ: ТОВ «ДКСцентр», 2015.
64. Brewin C. R., Andrews B., Valentine J. D. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000. Vol. 68. P. 748-766.
65. Chaban O. S., Khaustova O. O., Omelianovych V. Yu. Психічні розлади воєнного часу: монографія. Київ: Медкнига, 2023. 232 с.
66. Figley C. R. (ed.) *Stress Disorders among Combat Veterans*. New York: Brunner/Mazel, 1978.
67. Grebeniuk O. A. Теоретичні аспекти вивчення особливостей поняття стресу в житті та діяльності людини. *Problems of Modern Psychology*. 2016. № 2. P. 30-36.