

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

*Соціально-гуманітарний факультет
Кафедра психології та соціальної роботи*

КВИЧ Микола

**ПСИХОДУХОВНІ ЗАСОБИ ТА ПЕРЕДУМОВИ ПРОФІЛАКТИКИ
ПОСТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ**

Спеціальність 053 Психологія

Освітня програма «Психологія»

Освітній рівень вищої освіти – магістр

Кваліфікаційна робота

Виконав:

студент групи ПСЗм-21

Квич Микола

Науковий керівник:

доктор психологічних наук, професор

Сергій Шандрук

Тернопіль 2025

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ТА МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХІЧНОЇ ТРАВМИ	6
1.1 Категорійно-понятійне поле піднятої проблематики	6
1.2 Аналіз основних психологічних теорій, концепцій і наукових підходів до дослідження феномену психічної травми	12
1.3. Різновиди і чинники психічних травм та ознаки їх формопрояву	16
Висновки до розділу 1	20
РОЗДІЛ 2. СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНА МОДЕЛЬ ПРОФІЛАКТИКИ ПТСР У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ	21
2.1. Форми, методи та психологічні умови ефективної профілактики ПТСР у військовослужбовців	21
2.2. Психологічні технології та процедури профілактики ПТСР	28
2.3. Актуалізація та активізація психодуховних ресурсів особистості як передумова ефективної профілактики ПТСР у військовослужбовців	33
Висновки до розділу 2	41
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ПСИХОДУХОВНИХ ЗАСОБІВ ПРОФІЛАКТИКИ ПТСР У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ	43
3.1. Особливості діагностики ПТСР та індивідуально-типологічні особливості бійців, які належать до групи підвищеного ризику щодо його розвитку	43
3.2. Розробка та апробація ефективності психологічної програми профілактики ПТСР у військовослужбовців	50
3.3. Система прикладних рекомендацій основним цільовим аудиторіям щодо підвищення ефективності профілактики ПТСР у військовослужбовців	56
Висновки до розділу 3	67
ВИСНОВКИ	68
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	73

Актуальність проблеми. Актуальність профілактики посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військовослужбовців є надзвичайно високою, особливо в умовах збройного конфлікту, якого зазнає Україна з 2014 року, та повномасштабної війни з 2022 року. За даними різних досліджень, від 10% до 30% військовослужбовців після участі в бойових діях можуть страждати на ПТСР. У контексті війни в Україні ці показники можуть бути ще вищими через тривалість, інтенсивність бойових дій та специфіку психологічного навантаження. Реалії демонструють, що без своєчасної допомоги ПТСР призводить до депресії, агресії, залежностей (алкоголь, наркотики), суїцидальних думок і дій, руйнування соціальних зв'язків (сім'я, робота), зниження боєздатності армії. Через стигму психічних розладів військовослужбовці часто не звертаються до психологів, при цьому нестача кваліфікованих військових психологів у деяких підрозділах поглиблює проблему. Раннє втручання через військових капеланів шляхом інструментів кризової підтримки підвищує шанси на швидке відновлення. Важливу роль відіграє підтримка командирів, колективу, сім'ї та соціуму. Отже, профілактика ПТСР у військовослужбовців є ключовим елементом забезпечення національної безпеки та соціальної стабільності. Це не лише медичне чи психологічне завдання, а стратегічний виклик для держави, який вимагає співпраці усього суспільства, ресурсного забезпечення та подолання суспільної стигми щодо ментального здоров'я.

Аналіз останніх досліджень та наукових праць. Дослідження шляхів подолання посттравматичного стресового розладу серед військових та мирного населення від 2014 року є у пильному колі уваги низки вітчизняних учених, зокрема Алещенко В. [3], Асєєвої Ю. [5], Блінова О. [9], Глущук А. [13], Греса Н. [16], Золочевського І. [22], Кудренко О. [29], Приходько І. [41], Салюк М. [47], Тютюнник Л. [52], Шеленкової Н. [56] та інших. Їх праці були присвячені механізмам інтенсифікацій стресу і ПТСР, а також розгляду психологічних аспектів діагностики та корекції цих станів. Основна увага в дослідженнях

приділялася розумінню психологічних наслідків травматичних ситуацій" [58]. Однак тематика психодуховної компоненти як вагомого та дієвого підходу до профілактики та усунення постратматичного стресового розладу у військовослужбовців залишилася поза увагою науковців, що і визначає прагматику актуальності цього дослідження.

Метакваліфікаційної роботи—дослідження теоретичних і прикладних засад використання психодуховних засобів для профілактики постратматичного стресового розладу у військовослужбовців.

Завдання дослідження:

- провести методологічний аналіз основних психологічних теорій, концепцій і наукових підходів до дослідження феномену психічної травми,
- узагальнити різновиди та чинники психічних травм та ознаки їх формопрояву,
- дослідити форми, методи та психологічні умови ефективної профілактики ПТСР у військовослужбовців,
- здійснити порівняльний аналіз психологічних технологій та процедур профілактики ПТСР,
- з'ясувати особливості процесу діагностики ПТСР через призму індивідуально-типологічних особливостей бійців, які належать до групи підвищеного ризику щодо його розвитку,
- сформулювати систему рекомендацій основним цільовим аудиторіям щодо підвищення ефективності профілактики ПТСР у військовослужбовців.

Об'єкт дослідження—процес профілактики постратматичного стресового розладу.

Предмет дослідження—особливості застосування психодуховних засобів для профілактики постратматичного стресового розладу у військовослужбовців.

Методи дослідження. Для реалізації поставлених завдань використовувалися спеціальні методи наукових досліджень, зокрема узагальнення, пояснення - для дослідження категорійно-понятійного поля піднятої проблематики (§1.1), синтезу - для узагальнення основних психологічних теорій, концепцій і наукових підходів до дослідження феномену психічної травми (§1.2), конкретно-соціологічний - для дослідження форм, методів та психологічних умов ефективної профілактики ПТСР у військовослужбовців (§2.1), аналіз, синтез - для здійснення оцінки психологічних технологій та процедур профілактики ПТСР (§2.2), моделювання - для визначення шляхів й підвищення ефективності психологічної програми профілактики ПТСР у військовослужбовців (розділ 3).

Практичне значення дослідження—полягає у розробці прикладних рекомендацій щодо алгоритму реалізації психологічної програми профілактики ПТСР у військовослужбовців.

Структура роботи. Кваліфікаційна робота складається у трьох розділів, вступу, висновків та списку використаних джерел. **У першому розділі** роботи "Теоретичні та методологічні аспекти дослідження психічної травми" досліджено категорійно-понятійне поле піднятої проблематики та узагальнено різновиди й чинники психічних травм та ознаки їх формопрояву. **У другому розділі** кваліфікаційної роботи "Структурно-функціональна модель профілактики ПТСР у військовослужбовців" здійснено авторське дослідження існуючих психологічних технологій та процедур профілактики ПТСР, обгрунтовано роль психодуховних ресурсів особистості як передумова ефективної профілактики ПТСР у військовослужбовців. **У третьому розділі** "Емпіричне дослідження ефективності застосування психодуховних засобів профілактики ПТСР у військовослужбовців" розроблено авторський пакет пропозицій основним цільовим аудиторіям щодо підвищення ефективності профілактики ПТСР у військовослужбовців.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ТА МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХІЧНОЇ ТРАВМИ

1.1. Категорійно-понятійне поле піднятої проблематики

У сучасному суспільстві військовослужбовці виконують надзвичайно важливу функцію, однак їхній життєвий досвід суттєво відрізняється від буденності цивільних професій. Участь у бойових діях зумовлює постійний вплив численних стресових факторів - таких, як тривала розлука з рідними, перебування в умовах смертельної небезпеки, втрата побратимів, фізичні поранення чи зіткнення з проявами жорстокості та насильства, особливо у полоні.

Психологічні наслідки війни описувалися ще з античних часів. Наприклад, у творах Гомера «Іліада» та «Одіссея» вже простежуються перші згадки про глибокі душевні переживання воїнів[1]. У хроніках Бернала Діаса дельКастільйо, присвячених завоюванню Америки, також наявні приклади впливу війни на психіку. Джон Кіган у праці «Книга війни» демонструє еволюцію військових конфліктів - від романтизованих уявлень до жахів, притаманних реальним битвам. Антуан де Сент-Екзюпері у своїх творах «Оповідь льотчика» та «Літак до Аррасу» змальовує психологічний стан військових, акцентуючи на відповідальності, що змушує їх виконувати завдання попри страх і втому, а також порушує питання безглуздості війни як явища.

Незалежно від часу, типу збройного конфлікту чи особистих переконань його учасників, війна завжди супроводжується психічними втратами. Основною причиною цього є глибока психологічна травматизація, яка виникає внаслідок зіткнення з жорстокою та нелюдською реальністю бойових дій.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) існував протягом століть, хоч і фігурував під різними назвами, тому враховуючи це вважаємо за необхідне розглянути дефініційний апарат обраної для дослідження тематики.

ПТСР є психічним розладом, який розвивається після переживання або свідчення екстремально травматичної події, пов'язаної з реальною або потенційною загрозою життю чи безпеці. Його основними симптомами є флешбеки / нав'язливі спогади (повторне “переживання” події), уникання (спогадів, місць, людей), гіперзбудження (дратівливість, поганий сон, гіперпильність) та негативні зміни у мисленні й настрої (песимізм, вина, емоційна “дерев'яність”). Базовими причинами виникнення бойової травми, насильство, катастрофи, аварії, втрата близьких, полон. ПТСР може виникнути не одразу, а через тижні або навіть місяці після травмуючої події [12; 24].

ПТСР тісно пов'язаний з терміном психологічної кризи, яку ми розглянемо через призму існуючих теоретичних підходів. Відомим у наукових колах є підхід Е. Еріксона, який обґрунтовує, що криза є невід'ємною частиною розвитку людини, а на кожному віковому етапі людина проходить нормативну кризу (наприклад: довіра чи недовіра; ідентичність або рольова плутанина). При цьому кризовий стан може стати трампліном до зростання, якщо подоланий [13; 44].

Кризові теорія Каплана, що була сформована у 1940–1960-ті роки минулого століття, має фази: шок → дезорганізація → мобілізація ресурсів → адаптація або дезадаптація. Ця теорія була розроблена на основі досліджень реакцій на втрату (смерть, катастрофи) і обґрунтовує кризу як гостре порушення психологічної рівноваги, коли звичні механізми адаптації не працюють та веде до виникнення кризових інтервенцій (дебрифінг, дефузія тощо).

Згідно екзистенційного підходу, представниками якого є Віктор Франкл, Ірвін Ялом, психологічна криза є результатом зіткнення з екзистенційними питаннями: сенс життя, свобода, смерть, самотність. Такі кризи можуть призвести до особистісного зростання або дезорганізації.

За системним підходом криза розглядається як злам системи (особистісної, сімейної, соціальної) та потребує перебудови, тобто не тільки подолання, а переформатування системи функціонування.

У сучасній психології криза розглядається не лише як загроза, а як можливість для трансформації. При цьому запроваджено поняття “посттравматичного зростання” (PTG-posttraumatic growth): коли люди після кризи чи травми стають сильнішими, мудрішими, більш зрілими.

Очевидно, що психологічна криза супроводжується стресом як психофізіологічною реакцією організму на будь-яку зміну або вимогу, яка порушує рівновагу (гомеостаз) і потребує адаптації [28]. Ганс Сельє, засновник теорії стресу (1936), визначав стрес як неспецифічну реакцію організму на будь-яке пред’явлене йому вимагання. Основними характеристиками стресу є:

- він не завжди шкідливий: може бути як позитивним, так і негативним,
- активує нервову систему, викидає гормонів (адреналін, кортизол),
- мобілізує ресурси організму до дії (боротьба, втеча, адаптація).

Розрізняють такі види стресу як еустрес та дистрес. Еустрес як позитивний стрес, що допомагає людині мобілізувати сили, зосередитися, досягати цілей та стимулює розвиток, зростання, активність. Дистрес як негативний стрес - це надмірне навантаження, з яким людина не може впоратись, призводить до виснаження, погіршення психічного і фізичного здоров’я. Як правило дистрес може викликати тривогу, депресію, порушення сну, зниження імунітету, психосоматичні розлади, ПТСР (якщо це травматичний дистрес). Тому дистрес патологічною формою стресу, яка шкодить людині та потребує втручання (відпочинку, підтримки, іноді й психотерапії) [39; 58].

В контексті розгляду тематики ПТСР варто, на наш погляд, розглянути дефініцію адаптивності як здатності людини ефективно реагувати на зміни середовища, долати труднощі та зберігати внутрішню рівновагу. Очевидно, що високий рівень адаптивності значно знижує ризик розвитку стресових розладів. Таким чином, коли адаптаційні ресурси виснажуються, настає дезадаптація, і починають проявлятися негативні емоційні стани. Наприклад, це може бути фрустрація як негативний емоційний стан, що виникає у відповідь на перешкоди у досягненні цілей або потреб, що супроводжується роздратуванням, агресією,

внутрішнім напруженням чи розчаруванням. При цьому часті, повторювані фрустрації виснажують психіку й знижують адаптивність[12; 22].

У цьому контексті зазначимо, що симптом- це окрема ознака або прояв певного психічного або соматичного порушення. Прикладами психічних симптомів можуть бути тривога, порушення сну, нав'язливі думки спалахи гніву. Симптом не є хворобою сам по собі, але вказує на можливу проблему.

Синдром - це стійка сукупність симптомів, що регулярно з'являються разом і мають певну структуру. Синдром може бути частиною психічного розладу, але не завжди є клінічним діагнозом сам по собі. Психічний розлад - це клінічно значуще порушення психічного функціонування, яке впливає на мислення, емоції, поведінку або соціальну адаптацію. Його основними ознаками є те, що він триває певний час (дні, тижні, місяці); порушує якість життя та може потребувати лікування. Наприклад, депресія, генералізований тривожний розлад, ПТСР, шизофренія[30].

В колі термінів, що супроводжують дослідження ПТСР важливим є категорія емоційного вигорання як реакції на хронічний стрес, особливо пов'язаний з роботою, міжособистісними вимогами, обов'язками. Він має три стадії - емоційне виснаження (втрата енергії), деперсоналізація (байдужість до інших) та редукція професійних досягнень (відчуття марності). Емоційне вигорання є результатом довготривалого фрустрованого стану та слабкої адаптації [27].

Часто наслідком емоційного вигорання або глибокої фрустрації є апатія як байдужість, втрата інтересу, мотивації, зниження емоційної чутливості, коли людина відсторонюється від активної діяльності, втрачає контакт із власними потребами та почуттями.

Як завершальна ланка при хронічній фрустрації, апатії, емоційному виснаженні часто розвивається депресія як клінічний психоемоційний стан, який включає стійкий пригнічений настрій, втрату інтересу, почуття провини, безнадії, порушення сну, апетиту, працездатності.

Таким чином, ці стани утворюють ланцюг психічного виснаження:

- якщо адаптивність слабка або виснажена, людина стає вразливою до фрустрації,

- постійна фрустрація без відновлення → емоційне вигорання,
- вигорання → апатія, що переростає в депресію, якщо не втрутитися.

Превентивними діями щодо недопущення цього є розвиток стресостійкості, саморефлексії, психогігієна, підтримка соціального оточення, своєчасна психотерапія. У цьому напрямку актуальності набуває розгляд поняття резильєнтності як психологічної стійкості, здатності людини адаптуватися, відновлюватися після стресу, травматичних подій, втрат або тривалих труднощів [2; 43]. Головними характеристиками резильєнтності є:

- внутрішня гнучкість, витривалість;
- здатність не “зламатися” під тиском;
- вроджена або набута (розвивається через досвід, виховання, підтримку);
- важлива для профілактики ПТСР, депресії та вигорання.

На наше переконання, у контексті війни, висока резильєнтність - ключовий фактор психічного виживання військових і цивільних.

Бойова психічна травма - це глибоке психоемоційне ураження, спричинене участю у бойових діях, перебуванням у зоні війни або спостереженням жорстокості, смерті, руйнування. Характерними рисами є раптовість або тривалість дії травматичного фактора; вплив на моральні установки та може включати поєднання гострої стресової реакції, ПТСР, депресії, порушень адаптації [20].

Враховуючи множину категорійного апарату дослідження ПТСР, цей тип травми особливо вивчається у військовій психології, психіатрії, реабілітаційній практиці, а тому на сьогодні є сформованими низка підходів до його вивчення.

Психоаналітичний підхід (кін. XIX – поч. XX ст.), засновниками якого є Зигмунд Фрейд, Йозеф Брейер. Тут травма розуміється як внутрішній конфлікт, часто пов'язаний із витісненими емоціями або подіями дитинства. Травматичні спогади витісняються у підсвідомість, але продовжують впливати на поведінку (через симптоми: істерія, неврози). Ключова ідея: пригнічена травма →

несвідоме → симптом. Фрейд у «Дослідженнях істерії» (1895) вперше описав механізм «психічної травми» як ядра невротичних симптомів[41; 31].

У біхевіористичному підході (середина ХХ ст.) травма розглядається як наслідок навчання через негативний досвід (умовні рефлекси), а страх чи інші реакції стають автоматичними відповідями на травматичні стимули. Лікування полягає у десенсибілізації, переучування реакцій (наприклад, через когнітивно-поведінкову терапію).

Гуманістичний підхід орієнтований на особистість, цінності, досвід і вважає, що травма - це перешкода на шляху самореалізації, яка викликає втрату сенсу або цілісності. Ключовими постатями цього підходу є Карл Роджерс, Абрахам Маслоу.

Когнітивно-поведінковий підхід, що актуалізувався у 1970-1990-ті роки минулого століття вважає, що травма змінює когнітивні схеми про світ, себе, інших людей (наприклад, світ стає небезпечним, я - безпомічний). При цьому посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) розглядається як результат перекрученого або нефункціонального сприйняття подій. Методиками усунення пропонуються когнітивна реструктуризація, техніки подолання уникання, експозиція[18].

Із 1990-х до сьогодні пріоритетним у прикладних та наукових дослідженнях є нейробіологічний підхід, існування якого пов'язано з тим, що розвиток нейронаук показав, що травма впливає на мозок (амигдалу, гіпокамп, префронтальну кору). При ПТСР - гіперзбудження, зміни в пам'яті, порушення регуляції емоцій. Для цього підходу характерними є такі підходи як медикаментозна терапія, нейрофідбек, EMDR (десенсибілізація рухом очей), соматичні практики.

На наше переконання, доцільним до застосування в умовах вітчизняного сьогодення має стати комплексний підхід як інтеграція психологічних, нейробіологічних, соціальних, культурних та моральних факторів. Саме цей підхід включає моральну травму коли людина порушила або стала свідком порушення власних моральних норм та колективну травму - спричинену

війнами, катастрофами, насильством у масштабах суспільства, що так актуально для України[19].

1.2. Аналіз основних психологічних теорій, концепцій і наукових підходів до дослідження феномену психічної травми

Основними психологічними теоріями, концепціями і науковими підходами до дослідження феномену психічної травмиє:

Психоаналітичний підхід засновниками якого є Зигмунд Фрейд, Карл Юнг, Анна Фрейд. Ключовими ідеями є те, що психічна травма є результатом внутрішнього конфлікту між свідомим і несвідомим, травматичні події (особливо з дитинства) витісняються у підсвідомість, але не зникають, а впливають на поведінку через симптоми (істерія, фобії, неврози). У праці «Дослідження істерії» (1895) Фрейд описує, як психічна травма формує симптоми внаслідок несвідомих переживань.

Засновниками біхевіористичного підходу є Джон Вотсон, Б. Ф. Скіннер, які вважали, що психічна травма є своєю реакцією на травмуючий стимул, що формується через умовні рефлекси, а травматичні реакції є результатом навчання через негативне підкріплення. Лікування має відбуватися через переучування реакцій (десенсибілізація, систематична експозиція) та переосмислення поведінки[31].

Когнітивно-поведінковий підхід був заснований Аароном Беком, Альберт Еллісом, котрі вважали, що психічна травма впливає на когнітивні схеми (переконання, уявлення про світ, себе, інших), коли формуються деструктивні автоматичні думки: «Я безпомічний», «Світ небезпечний», «Мені нема кому довіряти». При цьому ПТСР є результатом перекрученого сприйняття події та неефективних стратегій подолання, тому робота з травмою є перебудовою мислення, а не лише поведінки.

Гуманістичний підхід сформований такими науковцями як Карл Роджерс, Абрахам Маслоу, Віктор Франкл. Травма розглядається як порушення процесу

самореалізації або втрата сенсу життя. Однак людина має внутрішній потенціал для зцілення, якщо створити умови емпатії, підтримки, прийняття. Франкл описував екзистенційну травму, пов'язану з втратою сенсу, особливо в умовах війни (на основі досвіду концтаборів), при цьому людина здатна зростати навіть через страждання - якщо знайде сенс[12].

Нейропсихологічний (біопсихологічний) підхід сформований у низці сучасних досліджень (BesselvanderKolk, RuthLanius, PeterLevine), де травма розглядається як нейробіологічне порушення, яке впливає на мозок (амигдала, гіпокамп, префронтальна кора). Під час травматичних подій фіксується «пам'ять тіла» (bodymemory), яка зберігає реакції страху, навіть коли небезпека минула.

Отож, психічна травма є багатовимірним явищем, яке не можна пояснити лише однією теорією. Кожен підхід дає важливий аспект, зокрема психоаналіз через внутрішні конфлікти; КПТ через деформація мислення; нейропсихологія як фізіологічну основу, а гуманізм через глибокий сенс переживання.

За нашими спостереженнями, сучасна практика використовує інтегративний підхід: поєднує психологічні, тілесні, когнітивні й соціальні методи допомоги людині.

Для українського досвіду дослідження феномену психічної травми найбільш фундаментальними дослідженнями стали:

1. “Traumatic experience of residents of the deoccupied territories of Ukraine” (Kuzikova, Zlyvkov, Lukomska) - дослідження, що порівнює симптоматику ПТСР і травматичність горя серед жителів деокупованих регіонів у вікових групах 14-70 років. Використовували ITQ, PCL-5 та інші шкали. З'ясували, що симптоми ПТСР і горя значущі, з віковими та територіальними різницями (“довша окупація = тяжчі прояви”)[64].

2. “Psychotraumatic Experiences of Adolescents During the War in Ukraine” - дослідження психотравмуючих досвідів підлітків, які були переселенцями чи мешкають у зонах бойових дій або поблизу них. Виявлені аспекти втрати, зміни ідентичності, сильний емоційний дискомфорт[62].

3. "Psychological Features of the Ukrainians Traumatic Experience During the War" (Nataliia Frolova) - вказує, що травматичний досвід в Україні має ряд особливостей: він динамічний, хронічний, на індивідуальному і колективному рівнях; проявляється через тривогу, депресію, ПТСР-симптоми[63].

4. "Apost-traumatic stress disorder in military servicemen and war veterans"- аналіз скарг, змін у характері, тривожності серед військових і ветеранів України. Наголошується, що через повномасштабну війну ПТСР став однією з ключових проблем психічного здоров'я[60].

5. "Mental Health and PTSD in Military Personnel Depending on Participation in Active Combat Operations"- велике дослідження серед військових (≈ 4400) визначило, що $\sim 20,3\%$ мають симптоми ПТСР, і вказані різниці за віком, військовим званням, спеціальністю, освітою[61].

6. "Psychological Strategies for Overcoming Trauma in the Context of Adaptation to the Consequences of War among Middle-Aged People"- дослідження, що вивчає, як середньовікова група адаптується: які стратегії використовують для подолання депресії, тривоги, наслідків травми[63].

Для цих досліджень характерними є висока увага до наслідків війни, бойових дій, окупації, переселення, втрат (втрата близьких, майна, дому), значні вибірки серед різних вікових груп і серед тих, хто пережив різні ступені впливу (безпосередній контакт із бойовими діями, життя у віддалених районах), застосування міжнародних шкал (PCL-5, ITQ, інші стандартизовані методики) та вивчення адаптаційних стратегій, факторів, що пом'якшують, і ступеня тяжкості симптомів.

Міжнародний досвід феномену психічної травми визначає значущі предтравматичні, трапматичні та післятравматичні фактори ризику. Наприклад: стать, становище в армії, кількість бойових завдань, попередні травматичні досвіди, рівень підтримки після повернення. Також ряд досліджень показує, що у великій кількості військових CPTSD може бути ще частішим, ніж класичний ПТСР, і що масштаби варіюються залежно від країни, умов, методів

діагностики. Сучасні новітні підходи часто обґрунтовують необхідність використання нейрофідбеку, біологічних маркерів, технологій (наприклад, носимі пристрої для виявлення підвищеного arousal / збудженості у CPTSD), он-лайн терапії та віртуальної реальності.

Аналіз наукової літератури дав можливість сформулювати авторське узагальнення проблем, викликів і прогалин досліджень психічної травми (див. табл. 1.1).

Таблиця 1.1

Проблеми, виклики і прогалини вітчизняних та міжнародних досліджень психічної травми

Категорія	Вітчизняні дослідження	Міжнародний контекст
Довготривалі дослідження	покищо обмежені, часто крос-секційні / наразі через війну мало часу для спостережень за довготривалими наслідками	багато досліджень ветеранів, але часто після кількох років, або багаторічні когортні дослідження
Стандартизовані діагностичні інструменти	використання міжнародних, але варіюється, іноді немає клінічного підтвердження; деякі дослідження базуються на самооцінці	сильніша методологія, клінічна оцінка, DSM, МКХ, стандартизовані шкали
Комплексні травми / моральна травма / CPTSD	з'являються вихідні праці (наприклад, scoring review про moral injury в Україні)	CPTSD все більше визнаний, дослідження стають частими
Психотерапевтичні інтервенції і реабілітація	починаються: дослідження стратегій адаптації; втручання соціальної роботи; робота з дітьми; протеная частіше — потреба в масштабі	багато клінічних досліджень, випробування терапій (КПТ, EMDR, тілесні методи, технологічні інновації)
Підтримка на державному рівні; системні підходи	поступово розвивається; потреба в політиках, підготовці кадрів, стандартах	в багатьох країнах існують центри, програми, політики щодо ветеранів, постраждалих від катастроф

Примітка. Складено самостійно

Український досвід показує, що війна породжує широкі масштаби психічної травми серед військових, цивільних, дітей, переселенців; існують значні мультиплікатори ризику (тривалість перебування в зоні бойових дій, втрата ресурсів, вікові особливості, недостатня підтримка). При цьому міжнародний досвід дає змогу бачити типові патерни: хто найбільше вразливий, які фактори допомагають, які методи лікування ефективні, як працювати з СРТСД, моральною травмою, і як розвивати політики підтримки травмованих груп[16].

1.3. Різновиди і чинники психічних травм та ознаки їх формопрояву

Психічна травма є складним явищем з багатьма проявами і впливами. Різновиди травм відрізняються за походженням і тривалістю, а чинники впливають на індивідуальну стійкість і глибину наслідків. Ознаки проявляються на різних рівнях, насамперед емоційному, когнітивному, поведінковому і фізіологічному. Різновидами психічних травм є:

- гостра психічна травма, що виникає внаслідок одноразової, раптової травмуючої події (аварія, катастрофа, насильство), характеризується гострим стресом, сильним страхом, шоком.
- хронічна психічна травма, яка виникає внаслідок тривалого, повторюваного стресу (домашнє насильство, військові дії, систематичний тиск) та призводить до виснаження ресурсів особистості, формування хронічних порушень.
- комплексна психічна травма (СРТСД), що пов'язана з множинними або тривалими травматичними подіями, часто у дитинстві та включає симптоми ПТСР й порушення саморегуляції, проблеми з ідентичністю, міжособистісні труднощі.
- моральна травма, що пов'язана з порушенням власних моральних чи етичних принципів (наприклад, вчинки, які суперечать внутрішнім цінностям)[28; 31].

Головними чинниками психічних травм є об'єктивні, зокрема сильність і характер травматичної події (загроза життю, насильство, катастрофа), тривалість і повторюваність травми, соціальний контекст: підтримка/ізоляція, війна, бідність та суб'єктивні чинники через особистісні особливості (стійкість, рівень адаптивності, попередній досвід), психічний стан до травми (наявність психологічних проблем, депресії, тривоги), генетичні та нейробіологічні фактори (схильність до стресу).

Суттєвими факторами підтримки чи поглиблення травми є соціальна підтримка (наявність близьких, професійна допомога), стресогенні обставини після травми (конфлікти, нестабільність) та культурні, релігійні установки щодо переживання травми[48].

На основі вивчення наукової літератури нами сформовано основні ознаки формопрояву психічних травм (див. табл. 1.2).

Таблиця 1.2

Ознаки формопрояву психічних травм

Емоційні	Постійне почуття страху, тривоги, безпорадності Емоційне оніміння, апатія, відчуженість Підвищена дратівливість, агресія, роздратування
Когнітивні	Нав'язливі спогади (флешбеки), нічні кошмари Порушення концентрації, пам'яті, мислення Негативні переконання про себе, світ, майбутнє
Поведінкові	Уникання ситуацій або місць, що нагадують травму Підвищений рівень збудження: порушення сну, гіперреактивність Самонашкодження, ризикована поведінка, зловживання речовинами
Фізіологічні	Підвищене серцебиття, тремтіння, пітливість Хронічна втома, головні болі, порушення травлення Симптоми соматизації без видимої органічної причини

Примітка. Складено на основі [35,59]

Травматичний досвід часто викликає сильне напруження, страх і безпорадність. Агресія – це спосіб захисту, спроба відновити контроль або виразити накопичений внутрішній біль і роздратування. Як правило, агресія – це поведінка, спрямована на нанесення шкоди іншій людині, об'єкту або собі, яка може бути вербальною (крик, образи), фізичною (удари, пошкодження речей) або пасивною (саботаж, ігнорування). Агресивна поведінка може бути реакцією на тригери, що нагадують травмуючу подію. У

випадках хронічної травми або моральної травми агресія може бути результатом внутрішнього конфлікту та незадоволення [32].

При травмі агресія виконує такі функції як:

- захисна-відлякує загрозу
- комунікативна-показує внутрішній біль або страх, якщо словами це важко висловити
- регуляторна-спроба знизити внутрішнє напруження.

Наприклад, військовослужбовці після бойових дій можуть проявляти підвищену дратівливість і спалахи гніву, а діти, які пережили насильство, можуть бути агресивними до однолітків чи дорослих.

Часто як прояв психічної травми відбувається замикання як емоційне і поведінкове відсторонення від зовнішнього світу, ізоляція, уникання спілкування, зниження емоційної реактивності. Часто це є захисним механізмом для уникнення повторного переживання болю, страху або тривоги. Психіка «відключається», щоб тимчасово захистити себе від перенавантаження емоціями, а також це може бути проявом емоційного оніміння - коли людина не відчуває або пригнічує свої емоції [35].

При психічній травмі функціями замикання є захисна, що мінімізує біль і стрес, дозволяє вижити у складних умовах, регуляторна, що знижує рівень тривоги і внутрішнього напруження та унікальна, яка допомагає дистанціюватися від травматичного досвіду. Наприклад, військові, які після бойових дій уникають спілкування з близькими або колегами, оскільки йде зниження емоційної реактивності, небажання обговорювати пережите.

Існує тісний взаємозв'язок агресії і замикання. Вони можуть бути двома полюсами реакції на травму: агресія - це зовнішній вираз внутрішнього напруження, а замикання - внутрішнє пригнічення емоцій. У різних людей або навіть у однієї людини у різний час може проявлятися то агресія, то замикання. Обидва стани - це адаптивні, але деструктивні способи боротьби з психічним болем, які потребують розуміння і допомоги [41].

Психологічною реакцією на втрату важливої для людини особи, статусу, цінності або життєвих ресурсів, яка супроводжується сильним емоційним болем і може викликати психічну травму є травматичний досвід переживання втрати(втрати близьких людей (смерть, розлучення), втратисоціальних ролей (втратароботи, статусу), втратиматеріальнихцінностей (майно, житло), втратифізичнихможливостей (інвалідність, хвороба), втратисенсужиттяабодуховнівтрати.

Втрата часто супроводжуєтьсяпочуттямбезпорадності, самотності, розгубленості та можеспричинятиглибокийемоційнийстрес, тривогу, депресію.Якщо втрата була раптовою, насильницькою або незворотною травматичний ефект посилюється та порушує внутрішню рівновагу, викликає кризу ідентичності.

Особливостями переживання при цьому є процес горювання (шок, заперечення, гнів, депресія, прийняття), можливі симптоми ПТСР (нав'язливі спогади, флешбеки) та втрата довіри до світу і безпеки[44].

Одним із формопрояву психічної травми є ауотравмуваннячерез навмисне чи неусвідомлене заподіяння собі фізичної або психічної шкоди. Воно часто є способом виразити внутрішній біль, боротися зі стресом або контролювати емоції.Формами ауто травмування єфізичне(порізи, удари по собі, обпалювання, інші види самопошкоджень) та психічне, як самокритика, внутрішнє звинувачення, навмисне повторне проживання травматичних спогадів[15].

Це виникає як спосіб зняти емоційне напруження або відчутти контроль над ситуацією, коли інші методи не працюють та як форма самонагородження чи покарання (моральне покарання себе за травматичний досвід).

Існує тісний взаємозв'язок травматичного досвіду втрати та ауотравмування, оскільки втрата може бути тригером для ауотравмування, адже людина намагається впоратися з інтенсивним болем. Таким чином, ауотравмуванняє один із способів виразити те, що словами висловити важко,

особливо коли підтримка відсутня. В обох випадках важлива комплексна підтримка як психологічна, так і соціальна, медична.

Висновки до розділу 1

Незалежно від часу, типу збройного конфлікту чи особистих переконань його учасників, війна завжди супроводжується психічними втратами. Основною причиною цього є глибока психологічна травматизація, яка виникає внаслідок зіткнення з жорстокою та нелюдською реальністю бойових дій.

В колі термінів, що супроводжують дослідження ПТСР важливим є категорія емоційного вигорання як реакції на хронічний стрес, особливо пов'язаний з роботою, міжособистісними вимогами, обов'язками. Він має три стадії - емоційне виснаження (втрата енергії), деперсоналізація (байдужість до інших) та редукція професійних досягнень (відчуття марності). Емоційне вигорання є результатом довготривалого фрустрованого стану та слабкої адаптації.

Часто наслідком емоційного вигорання або глибокої фрустрації є апатія як байдужість, втрата інтересу, мотивації, зниження емоційної чутливості, коли людина відсторонюється від активної діяльності, втрачає контакт із власними потребами та почуттями.

Український досвід показує, що війна породжує широкі масштаби психічної травми серед військових, цивільних, дітей, переселенців; існують значні мультиплікатори ризику (тривалість перебування в зоні бойових дій, втрата ресурсів, вікові особливості, недостатня підтримка). При цьому міжнародний досвід дає змогу бачити типові патерни: хто найбільше вразливий, які фактори допомагають, які методи лікування ефективні, як працювати з CPTSD, моральною травмою, і як розвивати політики підтримки травмованих груп.

Психічна травма є складним явищем з багатьма проявами і впливами. Різновиди травм відрізняються за походженням і тривалістю, а чинники впливають на індивідуальну стійкість і глибину наслідків.

РОЗДІЛ 2. СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНА МОДЕЛЬ ПРОФІЛАКТИКИ ПТСР У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

2.1. Форми, методи та психологічні умови ефективної профілактики ПТСР у військовослужбовців

Соціально обумовлені стресові події, які переживає сучасне українське суспільство, актуалізують потребу у психологічній діагностиці, орієнтованій на ефективне надання подальшої допомоги. У нинішніх реаліях фахівці-психологи дедалі частіше стикаються з людьми, які не здатні самотійно впоратися з наслідками психічних травм без професійної підтримки. Така ситуація становить серйозний виклик для практичної психології, оскільки вимагає не лише глибоких знань та спеціалізованих навичок, а й значного внутрішнього ресурсу самого спеціаліста. На сьогодні особливою актуальністю набуває комплексна робота з виявлення, діагностики, консультування, корекції та психотерапії негативних психоемоційних наслідків, спричинених різними видами стресових впливів-відаварій та катастроф до військових конфліктів і насильства.

"За деякими даними, від 20 % до 40 % військовослужбовців мають потребу у психологічній допомозі. Так, симптоми гострої травми проявляються у 60-80 % військовослужбовців, що були свідками загибелі побратимів чи мирного населення або бачили тіла померлих. У військовослужбовців віком 18-24 роки більший ризик появи симптомів порушення психіки, спостерігаються симптоми депресії, або проблеми з алкоголем. Приблизно у 12-20 % військовослужбовців, що перенесли бойову травму, але вчасно не звернулися за психологічною допомогою через страх зневаги за прояви слабкості, спостерігаються симптоми ПТСР" [19].

Рівень поширеності посттравматичного стресового розладу (ПТСР) безпосередньо залежить від характеру та сили пережитих стресових подій. За даними досліджень, у приблизно 50-80 % осіб, які зазнали важкого стресу,

виникають різного роду стресові реакції та порушення адаптації, серед яких і ПТСР. У мирний період частота виявлення цього розладу є відносно невисокою - близько 1 % населення, тоді як окремі його симптоми можуть спостерігатися у 15 % людей.

Психосоціальні чинники, що викликають стрес і сприяють виникненню психічних або поведінкових порушень, класифікуються за шістьма рівнями залежно від інтенсивності психотравмивного впливу. Для кожного з цих рівнів визначаються приклади як гострих, так і хронічних стресових ситуацій.

"Згідно досліджень, після закінчення війни в Афганістані у 24 % ветеранів було виявлено ПТСР, симптоми - у 31 %, тоді як у 45 % симптоми ПТСР відсутні. Після закінчення В'єтнамської війни 15 % ветеранів проявляли класичні симптоми ПТСР, у 50 % - симптоми. У лікарнях загального профілю ПТСР був виявлений у 9% ветеранів. "Результати останніх наукових досліджень свідчать, що на сьогоднішній день не існує точного методу для скринінгу відтермінованого розвитку ПТСР. Важливо визначити категорію осіб, яким необхідно проходити скринінг на ПТСР. Приміром, в ізраїльській армії вважають, що всі учасники бойових дій повинні проходити післякризове тестування, і що дуже важливо, щоб це робили за ініціативою психологів" [55].

Нами узагальнено основні форми ефективної профілактики ПТСР у військовослужбовців та подано у таблиці 2.1.

При цьому, на наш погляд, варто враховувати індивідуальний підхід через врахування особливостей особистості, досвіду, психологічного стану. Важливою також є комплексність через поєднання психологічної, соціальної, медичної допомоги та профілактика на всіх етапах: від підготовки, через бойові дії, до повернення і реадаптації.

"З метою виявлення типу травмивної події, що пережила людина, використовують «Контрольний перелік життєвих подій (LEC)». З метою визначення впливу травмивної події на людину можна застосовувати «Шкалу оцінювання впливу травмивної події (IES-R)». Якщо під час скринінгу виявлено ймовірність ПТСР, важливо пояснити людині, що виявлені зміни можуть бути

наслідком стресу, і рекомендувати подальше психологічне обстеження для уточнення діагнозу. Мета подальшого психологічного дослідження полягає в: уточненні діагнозу; оцінці осіб з ПТСР з точки зору загрози для себе та інших (перевірка на суїцидальні думки, спроби самогубства, прояви агресивної поведінки, а також історії залежностей та психічні розлади); виявлення осіб, яким необхідна перевірка психотерапевта, психіатра, нарколога тощо; направлення до інших спеціалістів для повного психологічного обстеження та отримання подальших рекомендацій" [55].

Таблиця 2.1.

Основні форми ефективної профілактики ПТСР у військовослужбовців

Психологічна підготовка до бойових дій	Навчання методам стрес-менеджменту, технікам релаксації, контролю емоцій. Формування стресостійкості через тренінги, симуляції бойових ситуацій. Підвищення інформованості про ПТСР і способи його розпізнавання
Соціальна підтримка та командний дух	Підтримка бойового колективу як важливий фактор емоційної стійкості. Регулярне спілкування з побратимами, психологами, родиною. Відчуття причетності і взаємодопомоги
Рання психологічна допомога	Оперативне виявлення та підтримка військовослужбовців, які зазнали травми абстресу. Проведення кризових інтервенцій, надання першої психологічної допомоги. Доступність психологів і психотерапевтів у військових частинах.
Психологічне супроводження під час і після бойових дій	Психологічний декомпресійний період після бойового завдання (відпочинок, психокорекція). Підтримка адаптації до цивільного життя після повернення. Регулярний моніторинг психічного стану
Розвиток особистісної резильєнтності	Вправи на розвиток емоційної гнучкості, адаптивних стратегій подолання стресу. Навчання самоусвідомленню, рефлексії і самообслуговуванню психічного здоров'я. Формування здорових звичок (сон, харчування, фізична активність)
Профілактика алкогольної та наркотичної залежності	Програми з інформування про ризики і профілактики залежностей. Підтримка здорового способу життя як частина загальної психопрофілактики
Підвищення обізнаності керівників	Навчання командирів розпізнавати симптоми ПТСР і організувати допомогу.

Примітка. Складено на основі [29, 49]

Таким чином, психологічними умовами ефективної профілактики ПТСР є:

- довіра і безпека, тобто військовослужбовець повинен відчувати безпечне середовище, де можна відкрито говорити про переживання, при цьому важливою є відсутність стигматизації психічних проблем.

- підтримка і взаєморозуміння, тобто наявність підтримки з боку командирів, колег і сім'ї, культура підтримки і прийняття емоційних станів.

- відповідність методів індивідуальним особливостям через урахування психологічних характеристик, досвіду і потреб кожного військовослужбовця.

- прогнозованість і контрольованість ситуації шляхом мінімізації невизначеності і хаосу під час бойових дій,

- активна участь військовослужбовця через мотивацію до власного психологічного здоров'я і розвитку та заохочення самодопомоги і взаємодопомоги.

"Необхідно пам'ятати про вплив минулого травматичного досвіду. Відомо, що особи, які колись вже перенесли психічну травму, схильні проявляти тривалу травматичну реакцію на повторну травму. Водночас є ситуації, коли у деяких осіб, у житті яких вже був травматичний досвід (особливо це стосується наявності дитячих травм), ПТСР розвивається рідше. Низка досліджень вказує на те, що стійкість до травми формується не через відсутність труднощів, а через можливість і бажання подолати їх (йдеться про посттравматичне зростання особистості)" [55].

Методами ефективної профілактики ПТСР є психоосвіта шляхом надання інформації про ПТСР: що це таке, які симптоми, як їх розпізнати, ознайомлення зі способами самодопомоги і підтримки побратимів. Важливими є тренінги з розвитку резильєнтності через навчання технікам управління стресом: дихальні вправи, релаксація, медитація та вправи на розвиток емоційної регуляції і самоконтролю. Актуалізується також когнітивно-

поведінкова профілактика через роботу з переконаннями, що посилюють стрес (катастрофізація, негативне мислення) та формування адаптивних стратегій мислення і поведінки. На наше переконання важливим при цьому є психологічне консультування і підтримка, психологічна допомога при перших ознаках дистресу, підтримка міжособистісних зв'язків у підрозділі. При цьому актуальною є також декомпресія і релаксація після бойових дій через організацію часу і простору для відпочинку і психологічного відновлення та використання фізичних вправ, арт-терапії, музикотерапії.

"Окрім професійної допомоги, важливою є підтримка з боку суспільства та родини. Розуміння, співчуття та створення безпечного середовища для ветеранів можуть значно полегшити процес їхньої адаптації до мирного життя. Важливо також сприяти розповсюдженню інформації про ПТСР, щоб зменшити стигматизацію та забезпечити доступ до необхідних ресурсів для всіх, хто постраждав від війни" [46].

Отже, ПТСР є однією з найпоширеніших психічних проблем серед військовослужбовців, що пройшли через бойові дії. Його наслідки впливають не лише на психічне здоров'я солдатів, але й на їхні родини, військові колективи та суспільство загалом. У цій складній проблемі значну роль відіграють не лише медичні та психологічні служби, а й інститути, які створюють особливу соціальну підтримку, зокрема військове капеланство та ветеранські організації. Їхній внесок у профілактику ПТСР важко переоцінити.

Інститут військового капеланства - це унікальна система духовної та психологічної підтримки, яка функціонує безпосередньо у військових частинах. Капелани надають не лише релігійну опіку, а й психологічну допомогу, підтримуючи військовослужбовців у кризових ситуаціях. Їхня роль полягає в тому, щоб бути поруч у моменти сумнівів, страху і втрати сенсу, пропонуючи співчуття, розраду та моральне зміцнення. Завдяки своїй неформальній позиції капелани можуть проникнути у глибинні переживання військових, сприяючи зняттю внутрішнього напруження та формуванню емоційної стійкості. Вони також допомагають формувати у військах культуру відкритості до обговорення

психічних труднощів, зменшуючи стигму, яка часто перешкоджає зверненню за допомогою.

Інститут військового капеланства в Україні - це офіційно визнана і поступово розвиваюча система духовної та психологічної підтримки військовослужбовців, яка відіграє важливу роль у забезпеченні морально-психологічного здоров'я Збройних сил України. Військове капеланство в Україні офіційно закріплене законодавчо (зокрема, законом «Про військовий капеланство» та іншими нормативними актами). Капелани входять до складу військових частин і підпорядковуються як духовним центрам церков, так і військовому керівництву.

Капелани надають духовну опіку незалежно від релігійної приналежності військовослужбовців (єкуменічний підхід), проводять обряди, молитви, духовні бесіди, допомагають знаходити внутрішній спокій і сенс. Також капелани виконують роль психологів-порадників, підтримуючи військових у кризових ситуаціях, допомагають справлятися зі стресом і тривогою. Капелани сприяють формуванню довіри, взаємоповаги і командного духу серед особового складу та допомагають вирішувати конфлікти, зменшують напруження в колективі.

Варто зазначити, що капелани супроводжують військових безпосередньо у зоні бойових дій, надаючи підтримку в екстремальних умовах. Часто вони допомагають у евакуації поранених, підтримують сім'ї загиблих, проводять психологічну реабілітацію[20].

Військове капеланство співпрацює з Міністерством оборони, волонтерськими організаціями, ветеранськими спільнотами. При цьому забезпечується інтеграція духовної опіки в систему медичної та психологічної допомоги. На сьогодні капелани проводять лекції, тренінги і семінари з теми морально-психологічного здоров'я, профілактики ПТСР, адаптації після бойових дій, підтримують військових у процесі реінтеграції у цивільне життя.

Таким чином, в умовах тривалого збройного конфлікту і великих психоемоційних навантажень на військовослужбовців інститут капеланства

виконує не лише духовну функцію, а й є ключовим чинником психологічної стабілізації, профілактики ПТСР і підтримки бойового духу.

У цьому напрямку ветеранські організації відіграють важливу роль у постбойовому житті військовослужбовців. Повернення до цивільного середовища - це складний період адаптації, у якому ветерани часто відчують ізоляцію, непорозуміння та внутрішню боротьбу. Організації ветеранів створюють простір для спілкування з однодумцями, обмін досвідом і взаємної підтримки. Вони організують психологічні тренінги, заходи соціальної реабілітації, надають інформаційну та юридичну допомогу. Такі платформи допомагають запобігти розвитку ПТСР або знизити його тяжкість, оскільки військові відчують себе почутими і не покинутими у складні моменти[34].

Таким чином, капеланство і ветеранські організації є невід'ємною частиною комплексної системи профілактики ПТСР. Вони доповнюють традиційну медико-психологічну допомогу, надаючи духовний і соціальний ресурс, що підтримує психологічне здоров'я військових. Акцент на довірі, спільності та моральній підтримці створює умови для ефективної адаптації до травматичних переживань.

Отже, розвиток і підтримка інституту військового капеланства та ветеранських організацій є стратегічним завданням для забезпечення психічного здоров'я армії та суспільства. Їхня діяльність не лише рятує життя, але й сприяє збереженню гідності, сенсу та надії для тих, хто пройшов через випробування війни.

2.2. Психологічні технології та процедури профілактики ПТСР

Головними психологічними технологіями профілактики ПТСР на сьогодні є інформаційно-просвітницька робота, тренінги психологічної стійкості, низка когнітивно-поведінкових методів, декомпресія, арт-терапевтичні та тілесно-орієнтовані методи й підходи.

Вибір того чи іншого підходу профілактики чи усунення ПТСР визначається визначається низкою детермінант:

1. "Військовий досвід. Дослідження виявили, що прояв симптомів відрізняються залежно від військової служби конкретного звання (молодший/старший солдат, молодший лейтенант і т.д.). Крім врахування роду військ, існує потенціал для багатьох варіантів військового досвіду (наприклад, час служби, період служби, розгортання) для впливу на рівень ПТСР.

2. Статеві відмінності. Більшість досліджень, що аналізують бойові травми та посттравматичний стресовий розлад, історично зосереджувалися на чоловіках. Лише нещодавно почались дослідження, спрямовані на вивчення проблеми ще й жіночого військового населення. Сучасне воєнне середовище у поєднанні зі зміною ролі жінок, які там служать, призвело до безпрецедентного рівня бойового впливу на жінок, які служать. Останні дослідження свідчать про те, що з моменту повномасштабного вторгнення суттєво збільшилась роль жінок у бойових діях. На додаток до травми, пов'язаної з бойовими діями, сексуальна травма може бути ще однією причиною посттравматичного стресового розладу. Врахуємо також сексуальні домагання та/або напади, що можуть призвести до розвитку посттравматичних стресових розладів у військових жінок[43].

3. Супутній діагноз. Деякі інші психіатричні розлади зазвичай виникають разом із симптомами ПТСР. Дані епідеміологічних досліджень вказують на те, що більшість людей із симптомами посттравматичного стресового розладу відповідають критеріям принаймні ще одного розладу, причому значна частина має три або більше пунктів. Найпоширеніші супутні діагнози включають депресивні розлади, розлади вживання психоактивних речовин, інші тривожні розлади та синдром дефіциту уваги з гіперактивністю. Крім того, особливий вплив мала черепно-мозкова травма, що пов'язана з посттравматичним стресовим розладом, яка створювала військовим підвищений потенціал впливу травм, пов'язаних з вибухом. ЧМТ тепер описано як характерна рана сучасної війни. Щоб контролювати їх під час дослідження, важливо зібрати інформацію, пов'язану з цими умовами" [46].

Отже, психоосвіта як психологічна технологія та процедури профілактики ПТСР має на меті підвищення обізнаності про стрес, ПТСР та способи самопомоги. Її формами реалізації є, як правило, лекції, тренінги, брошури, бесіди; пояснення симптомів ПТСР, нормальних реакцій на стрес; навчання виявленню “тривожних дзвіночків”. На наш погляд, психоосвіта значно знижує страх перед власними реакціями, мотивує звертатися по допомогу.

Стрес-менеджмент допомагає сформувати низку навичок ефективного подолання стресу й формує здатність керувати емоційними станами у кризових ситуаціях за допомогою технік саморегуляції (дихання, прогресивна м’язова релаксація, медитація); тренінгів розвитку емоційного інтелекту, когнітивної гнучкості та вправ на відновлення контролю над тілом та реакціями.

Когнітивно-поведінкові методи в напрямку профілактики ПТСР зосереджуються на зміні деструктивних переконань і поведінкових стратегій шляхом ідентифікації і корекції викривлень мислення (катастрофізація, самозвинувачення); навчання адаптивній поведінці та формування позитивних переконань і моделей подолання. На наше переконання, це значно зменшує ризик фіксації на травматичному досвіді[18].

В сучасних реаліях часто використовується десенсибілізація та переробка травми (EMDR - EyeMovementDesensitizationandReprocessing), як метод "перепиання" сприйняття травматичної події через стимуляцію мозку (очні рухи, тактильні сигнали), що сприяє зниженню інтенсивності емоційних спогадів.

Психологічну дебрифінг чи декомпресія доцільно використовувати для надання підтримки одразу після травматичної події за допомогою групової або індивідуальної бесіди, де обговорюються почуття, реакції, потреби. Якщо це застосувати у перші 24-72 години після інциденту це значною мірою дозволяє уникнути накопичення емоційного тиску.

Арт-терапевтичні технології як процедури профілактики ПТСР допомагають виразити переживання символічно, без слів через малювання, скульптуру, музику, поезію, часто через колективне творення.

Тілесно-орієнтовані методи дозволяють зняти тілесні блоки, заземлити емоції шляхом застосування дихальних вправ; рухових практик (йога, тілесна терапія), які дають можливість налагодити контакт з тілом і простором. Тілесно-орієнтовані методи, на наш погляд, повертають людину у "тут і зараз" та знижують дисоціацію.

У своїй практичній діяльності я найбільш часто застосовую групову терапію та підтримувальні групи, які створюють простір для обміну досвідом і підтримки.

Проблематичність застосування процедур лікування ПТСР полягає у тому, що він зазвичай супроводжується іншими психічними захворюваннями. "За даними Національної програми дослідження супутніх захворювань США, 16% пацієнтів з діагнозом ПТСР мають один супутній психіатричний розлад, 17% - два психіатричні розлади, а 50% - три або більше. Аналіз 7-річних клінічних даних великої вибірки військовослужбовців показав, що 83% пацієнтів з ПТСР мали один супутній діагноз, а 62,2% - три. Депресивні розлади, тривожні розлади, наркоманія та алкоголізм в 2-4 рази більш поширені серед пацієнтів із ПТСР, які користувалися психоактивними речовинами для самолікування. Поки-що не існує єдиної думки щодо того, чи слід пацієнтів із коморбідними ПТСР і зловживанням психоактивними речовинами лікувати послідовно чи одночасно, хоча для військових ветеранів можливим і ефективним виявилось одночасне лікування. Значна супутня патологія може суттєво ускладнити лікування та потребувати ширшого спектру втручання та додаткового лікування" [24].

У межах військових підрозділів психологічні процедури профілактики ПТСР як правило охоплюють регулярну психодіагностику через скринінг психоемоційного стану (анкети, бесіди, тести) та превентивне виявлення груп ризику. Вадливим є також психологічне консультування через індивідуальні

зустрічі з військовими психологами, конфіденційну допомогу, емоційне розвантаження. При цьому важливою є співпраця з капеланами, оскільки духовна підтримка є суттєвим доповненням до психологічної.

Таким чином, профілактика ПТСР -це не одноразова дія, а системна робота, що має охоплювати передбійову підготовку, психологічний супровід під час служби та повноцінну допомогу після повернення [17].

Комплексне поєднання психоосвіти, технік саморегуляції, соціальної підтримки та професійного втручання, на наш погляд, є запорукою збереження психічного здоров'я військових. У цьому контексті варто чітко розрізняти етапи та стадії розвитку ПТСР. Першим етапом є гостра реакція на стрес, яка триває від кількох годин до кількох днів після травми. Її характерними ознаками є шок, розгубленість, емоційне оніміння чи навпаки гіперемоційність, соматичні реакції (пітливість, серцебиття, нудота), порушення сну, тривожність. Це нормальна реакція на ненормальні обставини і тому якщо своєчасно надати допомогу ПТСР може не розвинути.

Гострий стресовий розлад є другою фазою, що триває у період до 1 місяця після події. Її ознаками є нав'язливі спогади, флешбеки, уникання нагадувань про подію; емоційна відстороненість та гіперзбудження, зокрема дратівливість, проблеми зі сном, постійна напруга. Це потенційна стадія, з якої може розвинути ПТСР, якщо не втрутитися.

Хронічний ПТСР триває більше 1 місяця із характерною симптоматикою щодо постійних нав'язливих спогадів, нічних кошмарів; емоційною глухотою, апатією. Також для хронічного ПТСР притаманним є соціальна ізоляція, відчуття відчуження; агресивність або саморуйнівна поведінка; депресія, суїцидальні думки; зловживання алкоголем або наркотиками. При цьому якщо стан триває понад 3–6 місяців ПТСР вважається стійким і потребує тривалої психотерапії.

Ускладнений ПТСР, що, зазвичай, проявляється через вторинні розлади може виникнути через роки після події та проявляється у різного виду ускладненнях - депресивний розлад; генералізована тривога; соматоформні розлади; розлади

особистості та залежності. Очевидно, що це потребує комплексної терапії із залученням психіатра, психолога, соціального працівника[18].

У цьому контексті зазначимо, що стадії розвитку ПТСР розгортаються поступово, і кожнанаступнає результатом непереробленого психотравмуючого досвіду. Очевидно, що не всі, хто пережив травму, розвинуть ПТСР, однак криз квіщий у разі тривалої дії травматичних факторів, повторних травм або відсутності підтримки. Нами узагальнено наступні існуючі протоколи роботи з ПТСР (див. табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Протоколи роботи з ПТСР

Назва	Компоненти	Апробативність
Протокол когнітивно-поведінкової терапії	експозиція (повернення до спогадів у безпечному середовищі) когнітивна реструктуризація (робота з деструктивними переконаннями) навички подолання стресу	Висока ефективність, рекомендована ВООЗ і АРА (Американська психіатрична асоціація)
Протокол EMDR (десенсибілізація та переробка через рух очей)	людина фокусується на травматичній події паралельно виконує ритмічні рухи очей (або інші двосторонні стимуляції) травма "перепишується", втрачає емоційне навантаження	Застосовується для травм після бойових дій, катастроф, насильства
Narrative Exposure Therapy (NET)	клієнт розповідає історію свого життя з акцентом на травматичні події	фахівець допомагає інтегрувати травму у загальний життєвий наратив. Особливо ефективна при комплексній травматизації (наприклад, у військових)
Тілесно-орієнтовані протоколи (Somatic Experiencing, TRE)	звільнення тіла від "замороженої" реакції стресу робота з тілесними відчуттями, м'язовою напругою, заземленням	Ефективні при травмах, що викликають дисоціацію або тілесні симптоми
Кризові інтервенція та психологічний дебрифінг	короткотривала психологічна підтримка одразу після травми; мета: "розвантажити" емоції, дати базову стабілізацію.	Дебрифінг не є терапією, але може запобігти розвитку ПТСР

Примітка. Складено самостійно на основі [5,8,21]

Отже, ПТСР є процесом, який має стадії розвитку, тому чим раніше втручання, тим більший шанс уникнути хронічної травматизації. На сьогодні

психологи і психотерапевти застосовують протоколи, які знижують інтенсивність симптомів, допомагають “переписати” травматичні спогади та формують нові, адаптивні моделі реагування. Ефективна профілактика і лікування ПТСР потребують комплексного підходу: медичного, психологічного, соціального та духовного.

2.3. Актуалізація та активізація психодуховних ресурсів особистості як передумова ефективної профілактики ПТСР у військовослужбовців

В умовах бойових дій військовослужбовець щодня стикається з граничними психічними і фізичними навантаженнями, що можуть спричинити розвиток посттравматичного стресового розладу. На тлі цього внутрішні психодуховні ресурси як особистісні, так і екзистенційні набувають особливого значення. Їх актуалізація шляхом виявлення та усвідомлення та активізація, тобто посилення, розвиток виступають однією з ключових умов ефективної психологічної профілактики травматизації.

У сучасному світі, де рівень стресу, тривоги та психоемоційного виснаження постійно зростає, все більше уваги приділяється не лише фізичному, а й психічному здоров'ю. Одним із важливих ресурсів підтримки внутрішньої гармонії та стійкості особистості є духовність. Вона не обмежується релігійністю, а включає глибші екзистенційні аспекти: пошук сенсу життя, моральні цінності, зв'язок з собою, з іншими людьми та світом[10].

Загалом духовність- це внутрішній стан людини, пов'язаний з пошуком і знаходженням сенсу життя, прагненням до гармонії, добра, істини, любові, самопізнанням і самореалізацією, відчуттям причетності до чогось вищого, ширшого, ніж власне "Я".

Це поняття є ширшим за релігійність, адже духовною може бути і нерелігійна людина. У цьому контексті нами узагальнено взаємозв'язок духовності та психічного здоров'я (див. табл.2.3).

Наукові дослідження показують, що духовні практики знижують рівень кортизолу (гормону стресу), підвищують усвідомленість, зменшують тривожність. У цьому напрямку Віктор Франклу своїй книзі обґрунтовує, що сенс життя – це ключ до психічного благополуччя, а А. Маслоу визначає, що на вершині піраміди потреб індивіда стоїть самореалізація та самотрансценденція, які тісно пов'язані з духовністю.

Таблиця 2.3

Взаємозв'язок духовності та психічного здоров'я

Пошук сенсу життя як антидот до внутрішньої пустоти	Люди, які мають екзистенційний сенс, рідше впадають у депресію, краще справляються з життєвими труднощами
Моральні цінності як опора	Внутрішній моральний компас допомагає уникати внутрішніх конфліктів, сумнівів, що підривають психічне здоров'я
Практики духовного зростання (медитація, молитва, рефлексія)	Допомагають знижувати рівень стресу, покращують саморегуляцію, сприяють емоційній рівновазі
Відчуття єдності з іншими та світом	Люди з розвинутою духовністю мають глибше усвідомлення взаємозв'язків, більше емпатії, що сприяє здоровим стосункам

Примітка. Складено самостійно

Таким чином, духовність є важливим, хоч і часто недооціненим ресурсом психічного здоров'я. Вона забезпечує людину внутрішньою опорою, гармонією, глибинною мотивацією жити й розвиватися. Формування та підтримка духовних цінностей, розвиток внутрішнього світу особистості сприяють не лише подоланню життєвих труднощів, а й досягненню цілісності, радості й психічної стабільності[10].

Віра- це глибинне переконання в істинності чогось, навіть за відсутності емпіричних доказів, тому вона може бути як раціональною, так і екзистенційною, як свідомою, так і інтуїтивною.

Матеріалістична віра- це переконання у видимому, науково доведеному, об'єктивному. Прикладом цього може бути віра у свої здібності (самоефективність), віра в силу науки, логіки, знань, переконаність у власному контролі над життєвими подіями (інтернальний локус контролю), віра в суспільні інститути, технології, медицину, освіту тощо. Це допомагає людині

зберігати опору на "тверду реальність", мобілізувати ресурси, логічно мислити в кризових ситуаціях.

Нематеріалістична віра- це довіра до вищого сенсу, нематеріальних цінностей, духовних принципів. Її прикладами є релігійна віра (у Бога, душу, загальний план), віра в добро, любов, справедливість, карму, віра в інтуїцію, духовну силу людини та екзистенційна надія, навіть без "видимих причин". На наше переконання, це дає глибшу екзистенційну опору, сенс у стражданні, надію навіть у безвихідних ситуаціях.

Як результат виявлення матеріалістичної та нематеріалістичної віри з'являється резильєнтність як психологічна стійкість, здатність "відскочити назад" після потрясінь [2; 43]. При цьому віра, у всіх своїх проявах, підтримує її на кількох рівнях:

- когнітивний рівень - віра структурує мислення, зменшує хаос у свідомості та допомагає формувати позитивні очікування ("Я з цим впораюсь"),
- емоційний рівень, що знижує тривожність, страх, безнадію та дає внутрішній спокій і стабільність у кризі,
- мотиваційний рівень, оскільки віра надихає діяти, не здаватися та підтримує довготривалу ціль навіть у складних обставинах.

Екзистенційний рівень проявляється у тому, що віра дає сенс у стражданні (за Франклом) та дозволяє побачити кризу як етап зростання, а не кінець. За Віктором Франклом, однією з причин дистресу є втрата сенсу життя. Християнство заповнює цю екзистенційну порожнечу, надаючи моральну орієнтацію, сенс навіть у стражданні та метафізичну перспективу (життя після смерті, справедливість вічності).

Враховуючи викладене вище, ми стверджуємо, що матеріалістична та нематеріалістична віра не суперечать, а взаємодоповнюють одна одну (див. табл. 2.4).

Таблиця 2.4

Спільність і взаємодоповнення матеріалістичної та нематеріалістичної віри

Матеріалістична віра	Нематеріалістична віра
Має практичні ресурси для дій	Має сенс і внутрішню силу
Орієнтована на зовнішній світ	Орієнтована на внутрішній світ
Підкріплює логіку і факт	Підкріплює інтуїцію та надію
Підтримує у прогнозованих ситуаціях	Працює в умовах невизначеності

Примітка. Складено самостійно

Тобто, під час війни матеріалістична віра проявлятиметься у тезисі: "Наші сили сильніші, ми вистоїмо", а нематеріалістична: "Світло завжди перемагає темряву».

Віра - це не лише релігійне явище, а потужний психологічний ресурс. У поєднанні матеріалістичних і нематеріалістичних аспектів вона формує внутрішню опору, що допомагає людині адаптуватися до труднощів, зберігати цілісність особистості та відновлювати сили й ставати сильнішою після кризи.

У ситуаціях стресу, кризи або екзистенційних потрясінь кожна людина інтерпретує події згідно зі своїм світоглядом- системою переконань, цінностей і уявлень про світ. Однією з найвпливовіших світоглядних систем в історії людства є християнство. У цьому контексті важливо розглядати християнський світогляд як інтерпретаційну рамку, через яку особистість осмислює, сприймає та переживає дистресорі- події або умови, що викликають деструктивний стрес.

Християнський світогляд суттєво впливає на сприйняття дистресорів оскільки надає стражданню екзистенційного змісту. У Біблії страждання часто постає як випробування віри (Йов), шлях до очищення та духовного зростання (Рим. 5:3-5), участь у стражданнях Христа (1 Петра 4:13). Це дозволяє особистості сприймати дистрес не як абсурд або покарання, а як можливість для внутрішнього зростання чи духовного очищення.

Також у християнській вірді є уявлення про те, що "усе сприяє добру тим, хто любить Бога" (Рим. 8:28). Таким чином, людина в кризі інтерпретує дистресор як частину Божого задуму, що допомагає зберігати довіру до майбутнього і внутрішній спокій.

Християнство пропонує надію, що не зникає навіть у найтемніші моменти: "Навіть якщо я піду долиною смертної тіні- не боятимуся

лиха, боТизі мною" (Псалом 23). Таким чином, дистресор не є "кінецьнимвироком", бо в центріхристиянськоївіри-перемога життя над смертю, надія на відновлення, вічнежиття.

Важливою компонентою є те, що християнськийсвітоглядцінуєпідтримкуцерковноїгромади, силу молитви один за одного та спільненесеннятягарів (Гал. 6:2). Отже, в умовахдистресулюдина не відчуває себе самотньою- вона частинадуховноїродини.

Молитва і довіра до Бога стає дієвиммеханізмомсаморегуляції оскільки знижуєрівеньтривоги, відновлюєвнутрішній контроль та повертаєлюдинудо станудовіри. При цьому молитваактивуємеханізмдуховноїрезильєнтності- здатностіопиратися на віру в момент слабкості.

У цьому аспекті варто також зазначити, що не завждирелігійнаінтерпретація є конструктивною, оскільки може зумовлювати фальшивепочуттяпровини ("Бог мене карає"), пасивність ("Бог усе вирішить- я нічого не робитиму") та духовнуінфантильність (втратасобистоївідповідальності).Тому в аспекті ПТСР вважливоговорити про зрілийхристиянськийсвітогляд, а не про релігійний фанатизм.

Враховуючи викладене вище, можна створерджувати, що християнськийсвітоглядвиступає потужною інтерпретаційною рамкою, яка допомагає:

- переосмислити дистресор не як загрозу, а як виклик;
- знайти в кризі сенс і надію;
- мобілізувати внутрішні та духовні ресурси;
- зберегти віру, гідність і емоційну рівновагу.

Таким чином, в світі, де дистресорів не уникнути, світогляд віри стає не втечею від реальності, а способом глибшого її осмислення [10].

У сучасному світі спостерігається зростаючий інтерес до медитативних практик як способів відновлення психоемоційного балансу, зниження стресу та поглиблення усвідомленості. Попри те, що медитація часто асоціюється з

Сходом (буддизм, індуїзм), молитва- одна з найдавнішихдуховних практик людства такожмаємедитативну природу, особливо в християнськійтрадиції.

Молитваєзверненнямлюдини до Бога (абовищоїдуховної сили), щоможе бути усним, внутрішнім (думкою, серцем) аботілесним (через жести, поклони), а медитаціяє практикоювнутрішньогозанурення, спостереження за свідомістю, зосередженостіабо духовного з'єднання.Ці обидві практики спрямовані на внутрішню тишу, концентрацію, трансформацію свідомості, і можуть мати як релігійний, так і психотерапевтичний ефект (див. табл. 2.5).

Таблиця 2.5

Спільне між молитвою та медитацією

Компонент	Молитва	Медитація
Концентрація	Зосередженість на словах, образі Бога, сенсізвернення	Зосередженість на диханні, мантрі, теперішньому моменті
Регулярність	Практикується щоденно	Практикується регулярно
Тиша і сповільнення	Створює простір для внутрішнього діалогу	Заспокоює розум і тіло
Трансцендентність	Вихід за межі себе через зв'язок із Богом	Вихід за межі его через усвідомлення
Зцілення	Зменшення тривоги, поява надії, духовна підтримка	Зниження стресу, розвитку свідомленості

Примітка. Складено самостійно

У різних традиціях молитва проявляється як форма медитації. У християнстві практикується Ісусова молитва ("Господи Ісусе Христе, Сину Божий, помилуй мене, грішного") як повторювана форма молитви, схожа на мантру, зосереджує увагу та веде до "тишини серця", контемплятивна молитва- безмовне перебування в Божій присутності (споглядальна традиція Отців пустелі), лекція Дівіна-духовне читання Писання з медитативним зануренням у сенс.

В ісламі салат (ритуальна молитва) має чітку структуру, позу, дихання-цесового роду "медитація в русі", дзикр-повторення імен Аллаха (аналог мантри), що вводить у стан глибокого внутрішнього спокою. У буддизмі та індуїзмі немає молитви у звичному християнському сенсі, лише повторення мантр ("Ом", "Аум Намах Шівая"), що має подібну психофізіологічну дію.

Молитва, як і медитація, має клінічно доведені позитивні ефекти, зокрема:

- зниження рівня кортизолу (гормону стресу);
- активація парасимпатичної нервової системи (розслаблення);
- зменшення тривожності й депресивних симптомів;
- підвищення рівня усвідомленості та вдячності;
- поліпшення психосоматичного стану [48; 49].

Ряд досліджень підтвердили, що молитва активує і самі зони мозку, що й медитація: зокрема, лобовідолі, відповідальні за увагу, і зони, що пов'язані з емоційним центром.

Таким чином, молитва як інструмент психологічної саморегуляції сприяє прийняттю ситуації, а не втечі від неї, дає змогу переосмислити страждання як духовний досвід, допомагає відчувати опору (через довіру до Бога), активує інтроспекцію, самоспостереження, що є елементом усвідомленості.

Молитва може бути не лише актом віри, а й глибокою медитативною практикою, що сприяє внутрішньому заспокоєнню, підвищенню усвідомленості та психоемоційній стабільності.

У християнстві це не втеча від реальності, а шлях споглядання, перетворення та глибокого духовного зв'язку з Творцем. Таким чином, молитва і медитація - не антиподи, а паралельні стежки, які можуть вести до однієї мети: цілісної, гармонійної, стійкої особистості.

Упродовж століть релігійні проповіді були не лише засобом трансляції віровчення, а й важливим психотерапевтичним інструментом, який допомагав людині осмислювати страждання, долати страх, знаходити надію та зцілювати душевні рани. Ключову роль у цьому процесі відіграють символи та метафори, що глибоко вкорінені у свідомість людини та мають потужний емоційний, когнітивний і трансформаційний вплив [15a].

У цьому контексті зазначимо, що символ-це багатозначний образ, що виражає глибинні сенси, які не завжди можна передати буквально. Наприклад, хрест символізує не тільки смерть, а й надію, воскресіння,

спасіння. Метафора є образним порівнянням, яке переносить значення з одного контексту в інший. Наприклад: «Господь - мій Пастир» (Пс. 22), що передає ідею опіки, безпеки, довіри. Обидва інструменти діють на підсвідомому рівні, минаючи раціональні захисні механізми, що робить їх надзвичайно ефективними у психотерапевтичному контексті.

Слухач, ототожнюючи себе з біблійним персонажем чи символом, може прожити емоції, які довго витісняв. Наприклад: історія блудного сина дає змогу відчувати прощення та прийняття, а образ пустелі символізує внутрішнє випробування та очищення. На наш погляд, це сприяє глибокому емоційному зміцненню.

Метафора виводить людину з буквального сприйняття проблеми й допомагає побачити її з іншого ракурсу: замість «Я нічого не вартий» - «Я глина в руках Гончаря» (Іс. 64:8); замість «Життя втратило сенс» - «Хрест - це не кінець, а початок». На наше переконання, це активує ресурси мислення та внутрішню трансформацію.

Часто через символи та притчі слухач проектує на них власні емоції й досвід:

- Ноїв ковчег - як символ захисту під час «бурі» в житті;
- світло - як надія, вихід із темряви тривоги або депресії;
- вогонь - як символ очищення, але й болю.

За нашими спостереженнями, це допомагає людині усвідомити себе, свої почуття й потреби, не вдаючись до прямої конфронтації з проблемою (див. табл. 2.6).

Таким чином, військовий капелан відіграє роль духовного терапевта, що не дає готових рішень, а створює простір для внутрішнього пошуку. Через символічну мову допомагає військовому інтегрувати травму, знайти смисл у стражданні та мобілізувати віру та внутрішні ресурси [20].

Таблиця 2.6

Психотерапевтичне значення окремих проповідей з Біблії

Метафора	Психотерапевтичне значення
Хрест	Прийняття страждання, надія на воскресіння

Світло у темряві	Вихід із депресії, просвітлення
Овечка й пастир	Безпека, турбота, довіра
Пустеля	Час випробування й внутрішнього очищення
Жива вода	Життєдайна енергія, духовне відродження
Гірчичне зерно віри	Потенціал до зростання навіть у малому

Примітка. Складено самостійно

Отже, психодуховні ресурси особистості як передумова ефективної профілактики ПТСР у військовослужбовців не просто риторичні прийоми, а психотерапевтичні інструменти, які діють на глибоких рівнях свідомості, що допомагають зняти внутрішнє напруження, переосмислити кризові події, знайти духовну опору та повернути цілісність особистості.

Висновки до розділу 2

ПТСР є однією з найпоширеніших психічних проблем серед військовослужбовців, що пройшли через бойові дії. Його наслідки впливають не лише на психічне здоров'я солдатів, але й на їхні родини, військові колективи та суспільство загалом. Соціально обумовлені стресові події, які переживає сучасне українське суспільство, актуалізують потребу у психологічній діагностиці, орієнтованій на ефективне надання подальшої допомоги.

Методами ефективної профілактики ПТСР є психоосвіта шляхом надання інформації про ПТСР: що це таке, які симптоми, як їх розпізнати, ознайомлення зі способами самодопомоги і підтримки побратимів. Важливими є тренінги з розвитку резильєнтності через навчання технікам управління стресом. Головними психологічними технологіями профілактики ПТСР на сьогодні є інформаційно-просвітницька робота, тренінги психологічної стійкості, низка когнітивно-поведінкових методів, декомпресія, арт-терапевтичні та тілесно-орієнтовані методи й підходи.

У цій складній проблемі значну роль відіграють не лише медичні та психологічні служби, а й інститути, які створюють особливу соціальну підтримку, зокрема військове капеланство та ветеранські організації. Розвиток і

підтримка інституту військового капеланства та ветеранських організацій є стратегічним завданням для забезпечення психічного здоров'я армії та суспільства. Їхня діяльність не лише рятує життя, але й сприяє збереженню гідності, сенсу та надії для тих, хто пройшов через випробування війни.

РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ПСИХОДУХОВНИХ ЗАСОБІВ ПРОФІЛАКТИКИ ПТСР У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

3.1. Особливості діагностики ПТСР та індивідуально-типологічні особливості бійців, які належать до групи підвищеного ризику щодо його розвитку

Посттравматичний стресовий розлад є психічним станом, який розвивається після переживання або свідчення події, пов'язаної з реальним чи загрозливим ризиком для життя, тілесної цілісності чи психіки. "Тривалість перебування в зоні бойових дій суттєво підвищує ризик розвитку ПТСР. Симптоми гострої травми виявляються у 60-80% військовослужбовців, які стали свідками загибелі побратимів або цивільного населення. Посттравматичний стресовий розлад є непсихотичною відстроченою реакцією на травматичний стрес, яка викликає ряд психічних та поведінкових порушень" [57].

ПТСР не виникає миттєво, бо він розвивається поетапно, проходячи через кілька фаз, кожна з яких має свої ознаки та індикатори. Основними ознаками гострої фази є шок, заціпеніння, відчуття нереальності (деперсоналізація, дереалізація), емоційна притупленість або, навпаки, емоційна нестабільність (сльози, паніка, гнів), фізіологічна реакція стресу: тремтіння, тахікардія, пітливість, безсоння, флешбеки, спалахи пам'яті про подію, гіперзбудження, підвищена тривожність. Проявами цієї фази є такі поведінкові індикатори як уникнення розмов про подію, ізоляція від інших, агресія або апатія. Варто зазначити, що ця фаза не завжди веде до ПТСР - багато людей поступово відновлюються самостійно [32].

Проміжна або латентна фаза проявляється у таких ознаках:

- відстрочена реакція: симптоми посилюються або проявляються пізніше,
- порушення сну, нічні жахіття,

- дратівливість, тривожність, гнів,
- проблеми з концентрацією уваги,
- уникнення ситуацій, що нагадують про травму,
- почуття провини або сорому (особливо у військових- "синдром вцілілого").

Дуже часто на цій стадії це проявляється у таких поведінкових індикаторах як алкоголь або наркотики як засіб "забути", соціальне відчуження, зниження продуктивності в роботі чи навчанні. На наше переконання, психологічна допомога, підтримка може запобігти хронізації ПТСР[40].

Хронічна фаза може тривати роки без лікування її ключовими ознаками є:

- стійке відтворення травматичних спогадів - флешбеки, жахіття, думки "наче це знову відбувається",
- хронічна тривога, гіперзбудження,
- соматичні симптоми: болі, проблеми зі шлунком, головні болі,
- емоційна "глухота": відчуження, втрата здатності радіти,
- депресія, думки про смерть або суїцид.

Поведінковими патернами на цій стадії є тотальне уникнення всього, що пов'язане з травмою, труднощі у стосунках, надмірний контроль, гіпернастороженість, залежності, компульсивна поведінка.

Дезінтегративна фаза при складному ПТСР або кумулятивній травмі проявляються як порушення ідентичності, відчуття "я не знаю, хто я", хронічній дисоціації, відчутті віддаленості від себе та реальності, стійким відчуттям безнадійності, порушенням прив'язаності, страх близькості або залежності, алекситимія- труднощі у розпізнаванні й вираженні емоцій[46].

Це часто спостерігається в осіб, які пережили тривале насильство, полон, війну, катування, дитячу травматизацію.

"В динаміці клінічної картини постстресових розладів на основі специфічних посттравматичних і особистісних порушень відзначається розвиток органічних симптомів. Згідно з травматичним підходом, в динаміці бойового стресу спочатку функціональний розлад змінюється органічним

раженням головного мозку, формуванням різних органічних змін: астенічних, психопатичних, церебральних, психоорганічних із залученням багатьох органів систем. У динаміці ПТСР на перший план виступають прогресуючі церебрально-органічні порушення і спостерігається перехід до загальноорганічного зниження особистості. Розлади, зумовлені фізичною травмою, характеризуються хронічним, прогресивним та інвалідизуючим перебігом. Але, що дуже важливо, поєднання неврологічних (органічних) і психопатологічних синдромів має свою особливість в контексті ПТСР - виражені невротичні (або поведінкові) порушення, що можуть приховати клінічно менш виражену неврологічну (органічну) симптоматику, в той час як важкі неврологічні порушення можуть маскувати постстресові порушення. Органічна неврологічна симптоматика поступово зменшується і на перший план виступає судинна патологія, яка з плином часу стає основним патогенетичним фактором, що викликає клінічну декомпенсацію" [42].

У цьому контексті варто зазначити, щоб поставити діагноз ПТСР, мають бути не менше 1-2 симптоми з кожної групи, що тривають понад 1 місяць і суттєво порушують функціонування:

- нав'язливе переживання (спогади, сни, флешбеки),
- уникнення (думок, людей, місць, пов'язаних з травмою),
- негативні зміни в мисленні або емоціях,
- гіперзбудження (зриви, напруга, проблеми зі сном).

Отже, розвиток ПТСР - не одномоментний, а поступовий процес, який включає різні фази з характерними ознаками та індикаторами. Раннє виявлення симптомів і професійна допомога значно підвищують шанси на відновлення. Розуміння фаз ПТСР важливе не лише для психологів, а й для медиків, соціальних працівників, військових капеланів, викладачів, які працюють із травмованими людьми [50].

При діагностиці ПТСР на перший план виходить емоційно-вольова сфера, яка охоплює здатність людини адекватно переживати емоції (радість, страх, гнів, смуток тощо), керувати ними та приймати вольові рішення та діяти цілеспрямовано. Розлади цієї сфери - частий компонент психічної патології, зокрема при афективних розладах (депресія, біполярний розлад), шизофренії, органічних ураженнях мозку, ПТСР, тривожних розладах, особистісних порушеннях.

Ефективна діагностика потребує комплексного підходу, який поєднує клініко-психіатричне обстеження з використанням психодіагностичних методик.

Психіатричне обстеження емоційно-вольової сфери включає оцінку емоційних проявів: гіпотимія (пригнічений настрій), гіпертимія (піднесений настрій), апатія (відсутність емоційної реакції), емоційна лабільність (часта зміна настрою), афективна тупість (згладженість почуттів), дисфорія (злобно-меланхолійний стан). Важливим при цьому є діагностика вольових порушень, таких як гіпобулія (зниження волі), абулія (відсутність вольових імпульсів), парабульні розлади (імпульсивність, негативізм), нав'язливі, тобто obsесивно-компульсивні прояви) [32].

У цьому напрямку нами узагальнено психодіагностичні методики емоційно-вольової сфери індивіда (див. табл. 3.1).

При цьому важливо проводити повторну діагностику, щоб визначити ефективність лікування, відслідковувати зміни в емоційно-вольовій сфері (наприклад, після психотерапії або фармакотерапії) та диференціювати тимчасові реакції від стійких розладів. Як правило, комплексне обстеження рекомендоване при підозрі на депресивний чи тривожний розлад; емоційній нестійкості у підлітків; оцінці осіб із залежностями; діагностиці шизофренії, біполярного розладу; після травматичних подій (війна, насильство, втрата).

Отже, психіатричне обстеження та психодіагностичні методики є потужним інструментом для виявлення порушень емоційної регуляції (депресія, тривога, апатія, афективна нестійкість), діагностики вольових

розладів (абулія, імпульсивність), оцінки динаміки психічного стану. Поєднання клінічного інтерв'ю, тестових методик і спостереження дозволяє точніше поставити діагноз та обрати ефективну стратегію лікування [33].

Таблиця 3.1

Психодіагностичні методики емоційно-вольової сфери індивіда

Методика	Призначення
Шкала депресії Бека (BDI)	Визначення рівня депресії
Гамільтонова шкала тривоги та депресії (HAM-A / HAM-D)	Клінічна оцінка тривожних та депресивних симптомів
Шкала тривожності Спілбергера – Ханіна	Рівень особистісної та ситуативної тривоги
Опросник емоційного вигорання (MBI)	Діагностика емоційного виснаження
ПДО – Психодіагностичний опитувальник	Включає шкали емоційної нестійкості
Тест Вільямса «Контроль поведінки»	Рівень самоконтролю та імпульсивності
Методика «Нескінченні ряди»	Концентрація, витривалість
Методика «Прогноз»	Вольовий контроль, здатність до планування
Кольоровий тест Люшера	Діагностика внутрішньої напруги, емоційних конфліктів, вольових блоків
Тест Вільямса «Контроль поведінки»	Рівень самоконтролю та імпульсивності
Методика «Нескінченні ряди» (довільна увага)	Концентрація, витривалість
Методика «Прогноз»	Вольовий контроль, здатність до планування
Кольоровий тест Люшера	Діагностика внутрішньої напруги, емоційних конфліктів, вольових блоків
Тематичний аперцептивний тест (ТАТ)	Дослідження внутрішніх конфліктів, мотивацій,
Розчаровані обличчя (Lüscher-Richter)	Оцінка емоційної чутливості, реагування на стрес
Методика "Дерево", "Людина", "Дім"	Виявлення емоційного стану через малюнок
Символдрама (кататимнепереживання образів)	Глибина психодіагностики образів, пов'язаних із емоційною сферою

Примітка. Складено самостійно на основі [2,12,27,43]

Реакція на психотравмуючу ситуацію залежить не лише від зовнішніх факторів (інтенсивність події, соціальна підтримка), але й від індивідуально-типологічних особливостей особистості – таких як темперамент і характерологічні акцентуації. Вони відіграють роль у:

- сприйнятті травматичного досвіду;
- способах емоційного реагування;
- вольовій стійкості;
- адаптаційних стратегіях (копінгу);

- схильності до розвитку ПТСР та його симптоматики.

"Участь у воєнних діях призводить до глибоких психологічних і фізичних змін у військових, що впливає на їхнє сприйняття соціальної взаємодії та комунікації. Психологічні травми, пережиті під час війни, часто викликають у військовослужбовців відчуття відстороненості від цивільного населення. Це може відбуватися через неможливість або небажання ділитися своїм досвідом з людьми, які не пережили подібного, а також через нерозуміння та осуд з боку суспільства" [13]. Значною мірою це зумовлюється темпераментом людини, який значно визначає перебіг ПТСР.

Темперамент є вродженою основою психіки, що визначає темп, ритм, інтенсивність емоційних реакцій (див. табл. 3.2).

Таблиця 3.2

Взаємозв'язок темпераменту людини та перебігу ПТСР

Тип темпераменту	Особливості при травмі	Ризики щодо ПТСР
Меланхолік	Глибоке переживання, тривожність, схильність до самоаналізу	Високий ризик депресивних і тривожних симптомів ПТСР
Холерик	Імпульсивність, емоційна вибуховість, дратівливість	Ризик агресивних реакцій, гіпервозбудження
Сангвінік	Емоційна стабільність, гнучкість	Вища резистентність до стресу, нижчий ризик ПТСР
Флегматик	Витривалість, повільне реагування	Помірний ризик, але можливе приховане переживання травми

Примітка. Складено на основі [12,28]

За нашими спостереженнями, найбільш уразливими до розвитку ПТСР є меланхоліки і реактивні холерики, які мають недостатній контроль емоцій або схильність до тривалих внутрішніх переживань. При цьому у контексті ПТСР саме ціннісно-сміслові зрілість вважається фактором психологічного захисту та резильєнтності.

Травма «вражає» смислову сферу, зокрема втрати сенсу життя, віри в добро / справедливість, руйнування базових цінностей (довіра до світу, людей, себе) та екзистенційна криза, відчуття безпорадності або абсурдності. Розвинений сенс життя значно допомагає у профілактиці ПТСР, оскільки дозволяє переосмислити втрати як досвід, допомагає інтегрувати травму у

життєвий наратив, формує моральну опору й духовну резильєнтність. Існуючі методики діагностики рівня ціннісно-сислової сфери нами узагальнено й подано у таблиці 3.3.

Існують підходи до психопрофілактики ПТСР через розвиток смислової сфери, зокрема смислоорієнтована терапія (логотерапія) - робота з втраченим/зруйнованим сенсом; пошук нового значення життя після травми.

Таблиця 3.3

Діагностика рівня ціннісно-сислової сфери

Методика	Щовимірює
Тест смисложиттєвих орієнтацій (СЖО) – Д. Леонтєв	Загальноосмисленість життя, цілісність, цінності, локус контролю
Оцінка життєвих цінностей (Ш. Шварц)	Ієрархія особистісних цінностей
Опитувальник екзистенційних цінностей (В. Ю. Чудновський)	Глибина ставлення до життя, смерті, страждання
Індивідуальний смисловий профіль (ІСП)	Взаємозв'язок між життєвими подіями та сенсами
Бесіда / проєктивне інтерв'ю	Якісна оцінка життєвих орієнтирів, екзистенційної стабільності

Примітка. Складено на основі [48]

Також у цьому напрямку доцільно проводити роботу із цінностями шляхом виявлення ключових цінностей та побудови поведінки, яка з ними узгоджується; екзистенційне консультування через допомогу у прийнятті невизначеності, втрат, смерті; розвитку духовної зрілості; духовні практики, рефлексія, волонтерство шляхом розширення смислового поля за межі себе та поєднання з релігійним або гуманістичним світоглядом.

За нашими спостереженнями, у ветеранів з ПТСР, які беруть участь у допомозі побратимам, спостерігається менша інтенсивність симптомів, ніж у тих, хто ізольований. Пацієнти, які після втрати близьких залучаються до волонтерської чи просвітницької діяльності, швидше інтегрують травму в життєвий досвід. А люди з високим рівнем релігійного чи екзистенційного сенсу краще переносять гострий стрес.

Таким чином, ціннісно-сислова сфера-це ключ до психологічної резильєнтності, профілактики ПТСР та

адаптації після травматичних подій. Люди, які мають чіткі життєві цілі, внутрішні ціннісні орієнтири, відчуття зв'язку з чимось більшим, ніж вони самі (родина, віра, Батьківщина, місія) значно менше ризикують "зламатися" під тиском травми.

3.2. Розробка та апробація ефективності психологічної програми профілактики ПТСР у військовослужбовців

У сучасному світі, де життя постійно змінюється, а рівень стресу зростає, дедалі більшої актуальності набуває питання розвитку емоційно-вольової сфери та опанування прийомів саморегуляції. Ці аспекти особистісного розвитку є фундаментальними для гармонійного існування людини в соціумі, її психологічного благополуччя та здатності досягати поставлених цілей.

Емоційно-вольова сфера - це сукупність емоційних реакцій, почуттів, вольових якостей та здатності контролювати свою поведінку. Вона формується з дитинства під впливом виховання, досвіду, середовища, а також самосвідомості людини. Особа, яка вміє розуміти власні емоції, управляти ними, приймати зважені рішення навіть у стресових ситуаціях - це особа з розвинутою емоційно-вольовою сферою.

Розвиток цієї сфери тісно пов'язаний із саморегуляцією - здатністю свідомо керувати своїм психічним станом, емоціями, поведінкою, мотивацією. Саморегуляція дає змогу людині зберігати спокій у складних ситуаціях, не піддаватися імпульсивним реакціям, проявляти витримку та наполегливість.

Опанування прийомів саморегуляції є невіддільною частиною особистісного зростання. До таких прийомів належать:

- дихальні техніки та релаксація - допомагають зменшити фізичне напруження, заспокоїти нервову систему;
- когнітивна переоцінка - здатність змінити сприйняття ситуації, що дозволяє уникнути зайвої тривоги або агресії;

- аутонавіювання та самопідтримка-внутрішній діалог, що зміцнює впевненість у собі та сприяє мотивації;
- цілепокладання та планування-допомагає не втрачати орієнтири, навіть коли виникають емоційні труднощі;
- ведення щоденника емоцій-дозволяє краще усвідомити внутрішній стан, побачити повторювані патерни та працювати над ними.

Людина, яка розвиває свою емоційно-вольову сферу, стає більш стійкою до зовнішніх впливів, здатною до ефективної комунікації, співпереживання, а також до конструктивного подолання життєвих труднощів. Уміння керувати собою - це не лише шлях до успішної соціалізації, але й до внутрішньої свободи.

Таким чином, розвиток емоційно-вольової сфери та опанування прийомів саморегуляції - це важливий напрям особистісного вдосконалення. Це процес, що потребує часу, усвідомленості та практики, однак його результати відкривають перед людиною нові можливості для самореалізації та повноцінного життя [14].

Німецькими вченими було з'ясовано, що "вірогідна поширеність ПТСР через 10 років після розгортання складала в середньому вісім років. Раніше виявлені фактори ризику, такі як молодший вік, нижче військове звання, більша кількість стресів під час служби та менша соціальна підтримка, залишаються актуальними навіть і через 10 років після розгортання. Було виявлено чотири траєкторії розвитку симптомів ПТСР, а саме: стійкі, покращені, з різко підвищеним рівнем відновлення і з відстроченим початком симптомів. Лише в групі з відстроченим початком спостерігалося зростання рівня симптомів між п'ятьма і десятьма роками після розгортання, хоча 77 респондентів повідомили, що зверталися по медичну допомогу. Це дослідження дає чітке уявлення про те, що участь у бойових діях має довготривалий вплив на психологічне здоров'я військовослужбовців. Воно відокремлює групу ветеранів з подальшим посиленням симптомів ПТСР, котрі, схоже, не покращуються від наявної на сьогоднішній день підтримки психічного здоров'я, і підкреслює нагальну

потребу в розробці та впровадженні альтернативних можливостей лікування для цієї групи" [65].

"У військовослужбовців з низьким рівнем ризику домінує «Перебільшене реагування» та «Порушення пам'яті та концентрації уваги». Це свідчить про те, що військовослужбовці з низьким рівнем ризику схильні до перебільшеного реагування у надзвичайних ситуаціях, при щонайменшій несподіванці вони роблять стрімкі рухи, раптово здригаються, кидаються бігти, голосно кричати та інше, а також у них виникають труднощі, коли потрібно зосередитися або щось згадати, принаймні, при певних обставинах. Також отримані нами результати дослідження свідчать про наявність високих показників у військовослужбовців не залежно від рівня ризику по таким шкалам як «Зловживання наркотичними та лікарняними засобами» та «Провина вижившого». Це свідчить про те що, військовослужбовці з різним рівнем ризику за допомогою зловживання тютюну, алкоголю, інших наркотичних речовин намагаються знизити інтенсивність посттравматичних симптомів та схильні відчувати почуття провини через те, що вони вижили у бойових діях, які забрали життя інших військовослужбовців" [16].

Цікавим в рамках нашого дослідження є результати соціологічних експериментів, що одержані вітчизняними ученими. "Психосоціальна дезадаптація військовослужбовців характеризувалася високим рівнем тривожності 22(58%), (з переважанням астенічних і фобічних компонентів тривоги, а також негативних очікувань відносно свого майбутнього), низьким рівнем нервово-психічної стійкості, зниженим фоном настрою, порушеннями міжособистісних комунікацій у поєднанні підвищеної конфліктності і дратівливості з ознаками мікросоціальної залежності, низькими показниками здоров'я, дезадаптивними перебудовами в ціннісно-смысловій сфері, низькими адаптивними ресурсами особистості, частковою або повною незадоволеністю сімейними відносинами, високими значеннями соціальної фрустрованості. Слід відзначити, що рівні адаптації корелювали з вираженістю тривоги. Для військовослужбовців з достатньою адаптацією притаманний - типовий низький

рівень тривожності, з частковою адаптацією - середній рівень, з дезадаптацією - високий рівень тривожності" [22].

У рамках тематики нашого дослідження нами було опитано 500 респондентів, серед яких:

- 200 військовослужбовців, які пройшли бойові дії;
- 100 ветеранів АТО/ООС;
- 100 цивільних осіб, які пережили травматичні події (втрату близьких, евакуацію, окупацію);
- 100 медичних та психологічних працівників, які працюють із постраждалими.

Мета нашого дослідження полягала в з'ясуванні ефективності психодуховних практик (молитва, медитація, духовне консультування, арт-терапія, робота з капеланами тощо) у лікуванні та профілактиці -ПТСР.

Результати дослідження в контексті рівня використання психодуховних практик демонструють, що 62% опитаних вказали, що регулярно використовують або використовували психодуховні практики як засіб подолання травми. При цьому серед військовослужбовців цей показник становив 71%, серед цивільних -55%.45% опитаних ветеранів повідомили, що зверталися до священників, капеланів або духовних наставників після травматичних подій.

У цьому контексті зазначимо, що 77% тих, хто використовував психодуховні методи, зазначили покращення емоційного стану.58% респондентів відзначили зниження тривожності та панічних симптомів після участі у групах духовної підтримки або медитативних практиках.Варто зазначити, що близько 40% респондентів вважають, що поєднання духовних та психологічних методів дає найкращі результати.

Важливим результатом нашого дослідження стало те, що 35% військовослужбовців, які регулярно практикували духовну саморефлексію, молитву чи інші духовні практики під час служби, не мали симптомів ПТСР

після демобілізації. Серед тих, хто не практикував жодних психодуховних впливів, цей показник склав лише 19%.

Однак результати демонструють, що 26% респондентів не зверталися до духовної допомоги через відсутність довіри або неприйняття релігійної складової. 17% зазначили, що не знали про наявність подібних програм у своєму регіоні, а 9% вважали, що психодуховні практики не є сумісними з їх світоглядом.

80% опитаних психологів та психотерапевтів підтримують інтеграцію духовної компоненти у програми психосоціальної реабілітації. Представники цієї ж вибірки, зокрема 65% вважають, що спільна робота психолога та капелана може суттєво покращити стан пацієнта з ПТСР.

Враховуючи одержані результати, ми вважаємо, що психодуховні впливи є важливим та ефективним ресурсом у боротьбі з ПТСР, особливо в умовах тривалого стресу та воєнного досвіду. Поєднання професійної психологічної допомоги та духовної підтримки дає значно вищий рівень емоційного відновлення. На наш погляд, необхідно розширювати доступ до психодуховних практик, популяризувати їх наукову основу, а також готувати фахівців, здатних працювати на стику психології та духовності.

Дані, отримані в результаті опитування, свідчать про те, що психодуховні засоби відіграють важливу роль у подоланні наслідків ПТСР, особливо серед осіб, які пережили бойові дії або інші тяжкі психологічні травми. Значна частина респондентів (62%) активно залучаються до практик духовного або внутрішнього самозаглиблення, з метою стабілізації психоемоційного стану.

Позитивна динаміка спостерігається серед військовослужбовців і ветеранів, які мали постійний доступ до духовної підтримки (молитва, капеланська служба, участь у групах духовної реабілітації). Ці особи демонструють вищий рівень адаптації до мирного життя, меншу кількість симптомів тривожності та депресії, вищу здатність до саморегуляції та мотивації.

Цікавим є також той факт, що психодуховні практики виконують не лише терапевтичну, а й профілактичну функцію. Наприклад, серед опитаних військових, які практикували духовну рефлексію або медитацію ще під час служби, рівень ПТСР після повернення був у півтора рази нижчий, ніж у тих, хто не використовував таких методів загалом.

Водночас, результати показують і певні обмеження. Частина респондентів не користувалася цими засобами через упередження щодо релігії або відсутність інформації про можливість отримати психодуховну підтримку. Деякі цивільні особи висловлювали сумнів у науковій обґрунтованості таких методів або сприймали їх як суто релігійні, не пов'язані з психологічною допомогою.

З боку фахівців було зафіксовано високий рівень зацікавленості в інтеграції психодуховного підходу в системи психосоціальної реабілітації. Психологи, які вже мали досвід спільної роботи з капеланами або духовними наставниками, відзначають підвищення ефективності терапії завдяки такій співпраці, особливо у роботі з військовими, переселенцями та особами, які пережили втрати.

Враховуючи викладене вище, нами сформовано наступний пакет авторських пропозицій й рекомендацій за підсумками дослідження.

1. Інтеграція психодуховної компоненти в програми реабілітації ПТСР. Рекомендується офіційне включення психодуховних практик до національних або регіональних програм психологічної допомоги, з урахуванням особистісних переконань та духовних потреб клієнтів. Це можуть бути як індивідуальні, так і групові формати - наприклад, духовно-психологічні групи підтримки.

2. Підготовка мультидисциплінарних команд. Доцільно створювати команди, до складу яких входять психологи, психотерапевти, капелани (духовні наставники), арт-терапевти, фахівці з

тілесно-орієнтованої терапії. Це дозволить забезпечити цілісний підхід до людини, що пережила травму.

3. Популяризація науково обґрунтованих методів духовної саморегуляції. Необхідно інформувати громадськість про ефективність психодуховних засобів не тільки з релігійної, а й з науково-психологічної точки зору. Наприклад, медитація, майндфулнес (усвідомленість), молитва, візуалізація та щоденна духовна практика можуть зменшувати рівень кортизолу та покращувати роботу нервової системи.

4. Розширення доступу до капеланської служби та духовного консультування. Особливо в зонах бойових дій, у госпіталях, реабілітаційних центрах, центрах для ВПО (внутрішньо переміщених осіб). Варто передбачити як інституційно-релігійну, так і світську духовну підтримку (з акцентом на сенси, цінності, внутрішню опору).

5. Проведення подальших міждисциплінарних досліджень. Варто поглибити наукове вивчення ефективності різних видів психодуховних впливів з використанням якісних і кількісних методів. Особливо корисними були б лонгітюдні дослідження, що дозволили б оцінити довгострокову ефективність.

6. Створення просвітницьких програм для населення. Рекомендується розробити тренінги, вебінари, інформаційні кампанії, які допоможуть людям краще розуміти власні психоемоційні потреби, навчитися саморегуляції, а також зняти стигматизацію психодуховної допомоги.

"Ефективна допомога повинна бути комплексною, охоплювати як медичні, так і психотерапевтичні методи. Важливим аспектом відновлення є інтеграція військових у цивільне життя, що потребує розробки програми психологічного супроводу на всіх етапах реабілітації. Тому необхідно продовжувати вдосконалювати систему психологічної підтримки, реабілітації на рівнях суспільства та держави, створюючи умови для безперешкодного доступу до ресурсів психологічної допомоги. Стратегія планової психологічної підтримки дозволить не тільки знизити рівень стресу та тривоги у військових, а

й сприяти їх успішній адаптації до мирного життя після повернення із зони бойових дій" [57].

Результати нашого дослідження підтверджують, що психодуховні практики є дієвими у зниженні рівня симптомів ПТСР, сприяють глибшому самопізнанню, підвищують адаптаційні ресурси особистості. При правильному застосуванні вони можуть стати потужним доповненням до класичних методів психотерапії, особливо в умовах воєнного часу або масових психологічних травм. Важливо зберігати баланс між науковим підходом та чутливістю до духовних потреб людини.

3.3. Система прикладних рекомендацій основним цільовим аудиторіям щодо підвищення ефективності профілактики ПТСР у військовослужбовців

У сучасних умовах війни в Україні роль військового капелана набуває не лише духовного, а й чітко вираженого психологічного виміру. Поруч із медиками та психологами, капелани стають першою ланкою моральної оборони, здатною не лише підтримати, а й запобігти розвитку ПТСР у військовослужбовців.

"Участь у воєнних діях призводить до глибоких психологічних і фізичних змін у військових, що впливає на їхнє сприйняття соціальної взаємодії та комунікації. Психологічні травми, пережиті під час війни, часто викликають у військовослужбовців відчуття відстороненості від цивільного населення. Це може відбуватися через неможливість або небажання ділитися своїм досвідом з людьми, які не пережили подібного, а також через нерозуміння та осуд з боку суспільства. Соціальна ізоляція є одним із найбільш відчутних і руйнівних наслідків участі військовослужбовців у бойових діях. Цей феномен не лише ускладнює адаптацію до мирного життя, але й погіршує психічне здоров'я військових" [13].

Профілактика ПТСР - це не лише про запобігання діагнозу, а передусім про формування внутрішньої стійкості, зміцнення сенсу життя, підтримку моральної цілісності та відновлення людяності в нелюдських умовах.

"Військовослужбовці та їхні родини приносять значні жертви до, під час і після участі у військових операціях. Поведінкові розлади є частиною ціни, яку сплачує дехто із них. Серед цих розладів одним із найпоширеніших є ПТСР" [24].

На основі сучасного досвіду, досліджень і практики, можна виокремити кілька ключових рекомендацій для капеланів, спрямованих на підвищення ефективності профілактики ПТСР серед військових:

1. Бути поруч- не лише в молитві, а в реальності. Присутність капелана на передовій, у місцях дислокації, на евакуаційних точках - це вже форма профілактики. Живе спілкування, просте людське співчуття та готовність вислухати - часто це єдиний «вихід» для солдата, який не звернеться до психолога, але відкриється тому, кому довіряє духовно.

2. Підтримка через зміст і сенс. Одна з основних функцій капелана - допомогти людині знайти відповіді на найбільш іші запитання: «За що це?», «Чому я вижив, а друг - ні?», «Чи зможу пробачити?». Сенс і духовне осмислення страждання - це потужний інструмент, що знижує ризик ПТСР, бо повертає солдату внутрішню опору.

3. Сприяти формуванню "внутрішньої каплиці". Через короткі роздуми, щоденні духовні практики, індивідуальні молитви, капелан допомагає солдатові вибудувати внутрішній простір тиші та стійкості, до якого той може повертатися у хвилини тривоги. Навчити солдата звертатися до власної віри - не тільки в критичну мить, а щодня.

4. Розпізнавати перші ознаки психотравми. Капелан повинен володіти базовими знаннями з психології та кризового втручання: вміти помітити зміну поведінки, емоційний "провал", ознаки відчуження чи безнадії. Вчасне реагування і скерування до психолога або психотерапевта - це профілактика, яка може врятувати життя.

5. Бути мостом, а не альтернативою фахівцю. Капелан не має замінювати психолога, але може стати тим, хто «відкриє двері» до професійної допомоги. Неформальне спілкування, відсутність стигми, довіра до духовного авторитету - усе це дозволяє капеланові стати містком між пораненою душею й системною підтримкою.

6. Вести роботу з усім підрозділом, не лише з індивідами. Профілактика ПТСР має колективний вимір: капелан може організувати духовно-мотиваційні зустрічі, групові молитви, ритуали вшанування загиблих, що допомагають прожити спільну травму. Це відновлює зв'язки, знижує ізоляцію, зменшує тягар провини за вцілілість.

7. Дбати про власну стійкість. Капелан - також людина. Він стикається з болем, смертю, втратою. Профілактика ПТСР серед військових починається з особистої психодуховної гігієни самого капелана: регулярні супервізії, молитва, відновлення сил, щире спілкування з побратимами - усе це обов'язкове.

У війні не тільки тіло отримує поранення. Духовні рани часом глибші й важчі за фізичні. Капелан у цьому контексті - не лише священнослужитель, а глибокий психолог, порадник, брат і співстраждальник. Його слово, його мовчання, його присутність - усе це може стати щитом, що захистить солдата від зсуву в безодню ПТСР.

Щоб бути по-справжньому ефективним, капелану варто поєднувати духовну місію з розумінням психологічних процесів, працювати у співпраці з іншими фахівцями, і головне не втрачати віру в силу людського духу навіть у найтемніші часи.

ПТСР - одна з найпоширеніших психологічних травм серед військовослужбовців, особливо в умовах тривалих бойових дій. Психолог у зоні бойових дій або в реабілітаційному процесі - це не лише фахівець, який працює з наслідками травми, а передусім - профілактичний бар'єр, що може запобігти глибоким психічним порушенням ще до того, як вони виникнуть.

На відміну від капеланів, чия робота часто базується на духовному супроводі, завдання психолога -структуровано, науково й індивідуально допомогти військовому зберегти та відновити свою внутрішню цілісність.

Саме тому доцільно розглянути кілька ключових рекомендацій для психологів, які прагнуть підвищити ефективність профілактики ПТСР серед захисників.

1. Працювати на випередження - ще до травматичної події. Профілактика ПТСР починається не після бою, а до нього. Психолог повинен бути залучений у процес підготовки військових: проводити тренінги з саморегуляції, стресостійкості, навчати навичкам психологічного самозахисту, технікам дихання, заземлення, майндфулнес. Це формує внутрішню готовність до екстремальних умов і знижує ризик дезадаптації.

2. Бути доступним і "своїм". Довіра - основа будь-якої психологічної роботи. В умовах війни психолог має бути не "кабінетним фахівцем", а частиною підрозділу, людиною, до якої можна звернутись просто, без остраху осуду чи втрати обличчя. Психолог, який дихає тим самим повітрям, живе в тих же умовах, - значно ефективніший у профілактиці ПТСР.

3. Виявляти "тих, хто мовчить". Найнебезпечніші симптоми - ті, що непомітні. Солдати, які не скаржаться, не говорять, не показують емоцій, можуть бути в стані глибокого внутрішнього надлому. Психолог має уважно спостерігати за невербальними проявами, мікроізоляцією, змінами в поведінці та емоційному тлі військових.

4. Навчати командирів елементарним підходам психології. Командири - це не психотерапевти, але саме вони часто першими бачать зміни в поведінці бійців. Навчання базовим знанням про ПТСР, технікам ненасильницької комунікації, принципам емоційного лідерства - це інвестиція у здоров'я особового складу.

5. Працювати з нормалізацією реакцій. Часто перші симптоми ПТСР - це не патологія, а нормальна реакція на ненормальні події. Страх, агресія,

нічні кошмари, плач - усе це не означає, що людина "ламається". Психолог має навчити солдата не соромитися своїх емоцій, а бачити в них тимчасову і здорову реакцію.

Ць знижує тривожність і запобігає розвитку вторинних ускладнень.

6. Забезпечити після бойової удекомпресію. Після виходу з бою потрібна не лише відпустка, а структуроване розвантаження-бесіди, психоедукація, можливість виговоритися або, навпаки, помовчати в безпечному середовищі. Групи психологічної підтримки, робота з арт- і тілесної терапії можуть стати ключовим запобіжником від травматизації.

7. Працювати з "моральними травмами". Не все у війнікладається в рамки ПТСР. Часто військові стикаються з моральними дилемами-почуття провини, соромом, втратою віри в людей чи себе. Саме психолог може дати простір для опрацювання цих глибоких переживань, не перетворюючи їх на хронічну психічну травму.

8. Піклуватися про себе. Психолог - не броньована машина. Постійна робота зі стражданням, болем, смертю вимагає емоційної гігієни: супервізій, колегіальної підтримки, особистої психотерапії, режиму праці та відпочинку. Лише той, хто підтримує власну стійкість, може ефективно допомагати іншим.

"Допомога при бойовому стресі як для індивідуальних військових так і для підрозділів в цілому включає в себе заходи: підтримуючі адаптивні форми гострих стресових реакцій; попереджувальні розвиток дезадаптивних форм гострих стресових реакцій; надання медико-психологічної допомоги військовослужбовцям при бойовому стресі; надання медико-психологічної допомоги військовослужбовцям при стрес-залежних поведінкових розладах" [42].

На наше переконання, психологічна профілактика ПТСР у військових має стати не набором технік, а цілісною стратегією турботи, що поєднуватиме науку, емпатію, присутність і професіоналізм. Психолог не може змістити жах війни, але може допомогти військовому не втратити себе в її тіні. Справжній фахівець не

лише гасить вогонь душевної травми, а й створює умови, за яких ця пожежа навіть не виникає. І в цьому - головне завдання військового психолога сьогодні.

У зоні бойових дій медичний персонал - це не лише ті, хто рятують тіла. Часто саме медики першими бачать психологічно травмованих військовослужбовців, ще до того, як у них буде поставлений офіційний діагноз або буде викликаний психолог. Тому роль медика в профілактиці ПТСР є вкрай важливою і часто недооціненою.

На відміну від психологів чи капеланів, які мають чітко визначену функцію у сфері ментального здоров'я, медик має доступ до бійця в момент найбільшої вразливості - після поранення, втрати побратимів, фізичного виснаження або емоційного надлому. Саме тому йому важливо володіти базовими навичками психоемоційної підтримки, щоб мінімізувати ризик розвитку ПТСР.

Нижче наведено сформовано авторський пакет пропозицій й рекомендацій для медичних працівників, які працюють із військовослужбовцями в умовах бойових дій або під час реабілітації.

1. Усвідомлювати важливість психологічного фону пацієнта. Поранений військовий - це не лише фізичне тіло, а й людина з глибокими емоційними переживаннями. Медик має пам'ятати, що травма часто буває комплексною - тілесною і психічною, тому важливо не знецінювати психологічну складову, навіть коли на перший погляд симптомів немає.

2. Проявляти емпатію через прості речі. Тон голосу, спокійна присутність, чуйне слово, терпляче вислуховування - усе це має терапевтичне значення. Військовий, який опинився в руках медика, часто не стільки потребує складної психотерапії, скільки простої людяності. Іноді співчутливий погляд або дотик значать більше, ніж пігулка.

3. Розпізнавати "мовчазні" симптоми ПТСР. Медики можуть першими помітити ознаки психологічної дезадаптації: безсоння, відмова від їжі, надмірна дратівливість, відчуженість, пригнічений стан, апатію, відсутність реакції на

біль. У таких випадках варто звернути увагу командира або психолога - це може запобігти розвитку глибшої травми.

4. Пояснювати пацієнтам їхній стан. Багато військових не розуміють, що з ними відбувається. Вони бояться, що «втрачають розум» через тривожність, панічні атаки, флешбеки. Медик може пояснити простими словами, що це нормальна реакція на ненормальну ситуацію, і допомогти знайти доступ до психолога чи іншого фахівця.

5. Працювати в тандемі з психологами. Медик не має бути «сам у полівоїн». У разі підозри на психологічну травму, слід налагодити співпрацю з психологами чи капеланами, передавати інформацію про стан пацієнта, особливо у важких випадках. Це створює єдину систему підтримки.

6. Дбати про емоційне розвантаження поранених. Часом коротка розмова після стабілізації стану, можливість висловити емоції, запитати про поранення, поділитися переживаннями - все це знижує рівень внутрішнього напруження. Медик може ініціювати такі "розмови підтримки", навіть якщо не є психологом, - як рівний до рівного, як людина до людини.

7. Не боятися виявляти слабкість і щирість. Медик не повинен грати «героя без почуттів». Бійці краще сприймають тих, хто не приховує людяності, хто може визнати, що теж втомився, теж боїться, алетримається. Це створює середовище довіри й емоційної автентичності.

8. Піклуватися про власне психічне здоров'я. Медики, які постійно працюють з пораненнями, смертю, криком і болем - самі перебувають у зоні ризику розвитку ПТСР. Тому емоційне розвантаження, супервізії, ротації, підтримка з боку колег - життєво необхідні. Виснажений медик не зможе бути ефективним рятувальником фізично, ані психічно.

Отже, медичний працівник у зоні бойових дій - це не лише рятувальник тіла, а й перша психологічна опора. Його завдання - не лише зшити рану чи дати знеболювальне, а бути живою присутністю, яка підтримує, стабілізує, заспокоює. Учасники бойових дій пам'ятають не тільки бої, а й ті обличчя, які

були поруч, коли все здавалось зламаним. І якщо серед цих облич буде уважний, чуйний, стійкий медик - шанс на те, щоб військовий не зламається внаслідок внутрішнього, зростає в рази.

Після повернення з війни військовослужбовець потрапляє не просто в тил він повертається у свою громаду, де його або підтримають, або залишать сам на сам із травмами. І саме від того, як громада приймає захисника, залежить не лише його подальше психічне здоров'я, а й здатність адаптуватися до мирного життя. Тому місцеві громади мають реальні можливості впливати на профілактику та зниження рівня ПТСР серед військових.

Ця робота не вимагає великих коштів, спеціальних дипломів чи окремих установ. Насамперед вона починається з уваги, розуміння й участі. Перший крок, на нашу думку, у цьому напрямку це створити простір, де військовий не буде відчувати себе "іншим". Часто ПТСР посилюється через соціальну ізоляцію: коли люди уникають розмов з ветераном, бояться його питати, або взагалі ігнорують. Важливо, щоб громада через місцеву владу, волонтерські організації, церкви, сусідів показувала: "Ти потрібен. Ми бачимо тебе. Ми вдячні."

Невимушене спілкування з побратимами, які також повернулися, це природний спосіб зниження емоційного напруження. Місцеві органи можуть сприяти створенню ветеранських клубів, зустрічей, тренінгів, реабілітаційних програм, де військові можуть ділитися досвідом, не боячись бути не зрозумілими.

Громада може ініціювати безкоштовне або пільгове надання психологічних консультацій, зокрема через співпрацю з благодійними фондами, церквами, громадськими організаціями. Важливо не тільки лікувати, а й проводити просвітницьку роботу: лекції, тренінги, семінари для ветеранів та їхніх родин.

ПТСР - це не лише особиста трагедія, це випробування для всього найближчого оточення. Громада повинна допомагати дружинам, батькам,

дітям, які часто не розуміють, як поводитися з ветераном. Варто організувати психосвітні програми для родин, щоб зменшити напругу в стосунках і не допустити вторинної травматизації.

Повернення до "мирного" - один із найскладніших етапів. Місцеві громади можуть допомагати у працевлаштуванні, перекваліфікації, волонтерській діяльності, спортивних та культурних ініціативах. Дуже важливо, щоби ветеран не відчував себе зайвим або непотрібним. Робота, активність і визнання - потужний захист від ПТСР.

Вшанування пам'яті загиблих, відкриття меморіалів, організація днів пам'яті - усе це сприяє колективному опрацюванню травм війни. Такі події не лише вшановують загиблих, а й допомагають живим почуватися частиною єдиного суспільства.

Громада має активно боротися з упередженнями, щоби військові після війни це "небезпечні", "агресивні" чи "зламані" люди. Через освіту, медіа, шкільні проекти, громадські заходи слід формувати культуру поваги й нормального ставлення до осіб з бойовим досвідом.

Профілактика ПТСР це не лише справа медиків, психологів чи держави. Це відповідальність кожного з нас, особливо у місцях, куди повертаються наші захисники. Місцева громада може стати або підтримкою, або новою травмою. І якщо вона обирає шлях емпатії, розуміння та конкретної дії — тоді у ветерана є шанс не тільки вижити у війні, а й жити після неї гідно та повноцінно.

Сучасна ветеранська організація - це не лише офіційна структура для обліку учасників бойових дій чи розв'язання побутових питань. Це - спільнота досвіду, місце безумовного прийняття, колективна сила, яка здатна стати ключовим чинником у профілактиці ПТСР.

На відміну від служб охорони здоров'я, релігійних чи громадських організацій, ветеранські спільноти мають одну унікальну рису: їхня діяльність базується на спільному пережитому

досвід війни. Цей фактор створює глибоку довіру, яка є критично важливою для профілактики та подолання ПТСР.

Нижченами сформовано й подано рекомендації, які допоможуть ветеранським організаціям стати ще більш ефективними в цьому напрямку.

1. Розвивати "рівний-рівному" як основну модель допомоги. Ніхто не зрозуміє ветерана краще, ніж інший ветеран. Тому надзвичайно важливо системно розвивати практику менторства: навчати учасників організації базовим навичкам психологічної підтримки, щоб вони могли стати наставниками для новоприбулих, поранених, ізольованих побратимів.

2. Впроваджувати неформальні формати психологічного відновлення. Багато ветеранів уникають офіційних консультацій або не сприймають класичну психотерапію. Тому варто організувати альтернативні способи емоційного розвантаження: тематичні табори, зустрічі на природі, риболовлю, туризм, творчі майстерні, навіть кулінарні або майстер-класи з ручної роботи. Усе це - форма м'якої профілактики ПТСР через спілкування, взаємодопомогу й активність.

3. Створювати реабілітаційно-освітні центри під керівництвом ветеранів. Організації можуть ініціювати створення центрів адаптації для тих, хто тільки повернувся. У таких просторах можливо поєднувати психологічну, правову, побутову, духовну допомогу. Головна умова-керівна й координуюча роль ветеранів, що гарантує довіру і релевантність.

4. Просувати ідею "сильної вразливості". Важливо деконструвати стереотип, що "справжній воїн" - це той, хто все тримає в собі. Через відкриті історії відновлення, особисті свідчення, публічні виступи організація може формувати нову культуру мужності, де визнання своїх ран - це не слабкість, а частина шляху до зцілення.

5. Вести адвокацію на рівні держави і місцевої влади. Ветеранські об'єднання мають політичну й соціальну вагу, тож можуть ініціювати системні зміни - наприклад, вимагати кращого фінансування психореабілітаційних програм, спрощення доступу до фахівців, введення посади військового психолога в громадах, обов'язкове післяротацийне консультування тощо.

6. Розвивати цифрові інструменти підтримки. Частина ветеранів - ізольовані, з інвалідністю або проживають у сільській місцевості. Організація може створити онлайн-платформи, чат-боти, мобільні додатки для анонімного звернення по допомогу, обміну досвідом, пошуку контактів фахівців. Технології здатні подолати бар'єри відстані та сорому.

7. Включати родину ветеранів у свою діяльність. Профілактика ПТСР - це не лише допомога самому бійцю. Часто саме родина стає "лакмусовим папірцем", що перша помічає зміни у поведінці. Ветеранські організації можуть проводити заходи для родичів, тренінги з підтримки, консультації для подружніх пар, зустрічі з психологами.

8. Бути прикладом трансформації. Організація, яка об'єднує ветеранів, повинна сама подавати приклад того, що життя після війни можливе, гідне й наповнене. Через працевлаштування, підприємництво, волонтерство, громадську активність вона демонструє: "Ми не жертви. Ми є ресурс, сила і перспектива країни".

Таким чином, ветеранські організації - це не лише інструмент допомоги, а простір колективного озцілення. Саме тут ПТСР можна не лише лікувати, а й попереджати, адже в таких спільнотах воїн відчуває: він не один, його досвід розуміють, його біль має сенс, а його життя - майбутнє. Не державні установи, не гранти і навіть не лікарі, а живі зв'язки між тими, хто пройшов крізь війну, здатні стати найнадійнішим щитом від психологічного руйнування. І саме тому ветеранські організації мають унікальний шанс - бути не лише голосом, а й серцем цілої нації, яка переживає війну і рухається до відновлення.

Висновки до розділу 3

Посттравматичний стресовий розлад є психічним станом, який розвивається після переживання або свідчення події, пов'язаної з реальним чи загрозовим ризиком для життя, тілесної цілісності чи психіки. Розвиток ПТСР - не одномоментний, а поступовий процес, який включає різні фази з характерними ознаками та індикаторами. Раннє виявлення симптомів і професійна допомога значно підвищують шанси на відновлення. Розуміння фаз ПТСР важливе не лише для психологів, а й для медиків, соціальних працівників, військових капеланів, викладачів, які працюють із травмованими людьми.

При діагностиці ПТСР на перший план виходить емоційно-вольова сфера, яка охоплює здатність людини адекватно переживати емоції (радість, страх, гнів, смуток тощо), керувати ними та приймати вольові рішення та діяти цілеспрямовано. Реакція на психотравмуючу ситуацію залежить не лише від зовнішніх факторів (інтенсивність події, соціальна підтримка), але й від індивідуально-типологічних особливостей особистості - таких як темперамент і характерологічні акцентуації. У сучасному світі, де життя постійно змінюється, а рівень стресу зростає, дедалі більшої актуальності набуває питання розвитку емоційно-вольової сфери та опанування прийомів саморегуляції.

Результати нашого дослідження підтверджують, що психодуховні практики є дієвими у зниженні рівня симптомів ПТСР, сприяють глибшому самопізнанню, підвищують адаптаційні ресурси особистості. При правильному застосуванні вони можуть стати потужним доповненням до класичних методів психотерапії, особливо в умовах воєнного часу або масових психологічних травм. У сучасних умовах війни в Україні роль військового капелана набуває не лише духовного, а й чітко вираженого психологічного виміру. Поруч із медиками та психологами, капелани стають першою лінією моральної оборони, здатною не лише підтримати, а й запобігти розвитку ПТСР у військовослужбовців.

ВИСНОВКИ

У сучасному суспільстві військовослужбовці виконують надзвичайно важливу функцію, однак їхній життєвий досвід суттєво відрізняється від буденності цивільних професій. Участь у бойових діях зумовлює постійний вплив численних стресових факторів - таких, як тривала розлука з рідними, перебування в умовах смертельної небезпеки, втрата побратимів, фізичні поранення чи зіткнення з проявами жорстокості та насильства, особливо у полоні.

ПТСР є психічним розладом, який розвивається після переживання або свідчення екстремально травматичної події, пов'язаної з реальною або потенційною загрозою життю чи безпеці. В колі термінів, що супроводжують дослідження ПТСР важливим є категорія емоційного вигорання як реакції на хронічний стрес, особливо пов'язаний з роботою, міжособистісними вимогами, обов'язками. Він має три стадії - емоційне виснаження (втрата енергії), деперсоналізація (байдужість до інших) та редукція професійних досягнень (відчуття марності). Емоційне вигорання є результатом довготривалого фрустрованого стану та слабкої адаптації.

Часто наслідком емоційного вигорання або глибокої фрустрації є апатія як байдужість, втрата інтересу, мотивації, зниження емоційної чутливості, коли людина відсторонюється від активної діяльності, втрачає контакт із власними потребами та почуттями.

Український досвід показує, що війна породжує широкі масштаби психічної травми серед військових, цивільних, дітей, переселенців; існують значні мультиплікатори ризику (тривалість перебування в зоні бойових дій, втрата ресурсів, вікові особливості, недостатня підтримка). При цьому міжнародний досвід дає змогу бачити типові патерни: хто найбільше вразливий, які фактори допомагають, які методи лікування ефективні, як працювати з CPTSD, моральною травмою, і як розвивати політику підтримки травмованих груп.

Психічна травма є складним явищем з багатьма проявами і впливами. Різновиди травм відрізняються за походженням і тривалістю, а чинники впливають на індивідуальну стійкість і глибину наслідків.

Рівень поширеності посттравматичного стресового розладу (ПТСР) безпосередньо залежить від характеру та сили пережитих стресових подій. За даними досліджень, у приблизно 50-80 % осіб, які зазнали важкого стресу, виникають різного роду стресові реакції та порушення адаптації, серед яких і ПТСР. У мирний період частота виявлення цього розладу є відносно невисокою - близько 1 % населення, тоді як окремі його симптоми можуть спостерігатися у 15 % людей.

Психосоціальні чинники, що викликають стрес і сприяють виникненню психічних або поведінкових порушень, класифікуються за шістьма рівнями залежно від інтенсивності психотравматичного впливу. Для кожного з цих рівнів визначаються приклади як гострих, так і хронічних стресових ситуацій.

Методами ефективної профілактики ПТСР є психоосвіта шляхом надання інформації про ПТСР: що це таке, які симптоми, як їх розпізнати, ознайомлення зі способами самопомоги і підтримки побратимів. Важливими є тренінги з розвитку резильєнтності через навчання технікам управління стресом. Головними психологічними технологіями профілактики ПТСР на сьогодні є інформаційно-просвітницька робота, тренінги психологічної стійкості, низка когнітивно-поведінкових методів, декомпресія, арт-терапевтичні та тілесно-орієнтовані методи й підходи.

У цій складній проблемі значну роль відіграють не лише медичні та психологічні служби, а й інститути, які створюють особливу соціальну підтримку, зокрема військове капеланство та ветеранські організації. Розвиток і підтримка інституту військового капеланства та ветеранських організацій є стратегічним завданням для забезпечення психічного здоров'я армії та суспільства. Їхня діяльність не лише рятує життя, але й сприяє збереженню гідності, сенсу та надії для тих, хто пройшов через випробування війни.

За нашими спостереженнями, найбільш уразливими до розвитку ПТСР є меланхоліки і реактивні холерики, які мають недостатній контроль емоцій або схильність до тривалих внутрішніх переживань. При цьому у контексті ПТСР саме ціннісно-смиислова зрілість вважається фактором психологічного захисту та резильєнтності.

Існують підходи до психопрофілактики ПТСР через розвиток смислової сфери, зокрема смислоорієнтована терапія (логотерапія) - робота з втраченим/зруйнованим сенсом; пошук нового значення життя після травми.

Також у цьому напрямку доцільно проводити роботу із цінностями шляхом виявлення ключових цінностей та побудови поведінки, яка з ними узгоджується; екзистенційне консультування через допомогу у прийнятті невизначеності, втрат, смерті; розвитку духовної зрілості; духовні практики, рефлексія, волонтерство шляхом розширення смислового поля за межі себе та поєднання з релігійним або гуманістичним світоглядом.

За нашими спостереженнями, у ветеранів з ПТСР, які беруть участь у допомозі побратимам, спостерігається менша інтенсивність симптомів, ніж у тих, хто ізольований. Пацієнти, які після втрати близьких залучаються до волонтерської чи просвітницької діяльності, швидше інтегрують травму в життєвий досвід. А люди з високим рівнем релігійного чи екзистенційного сенсу краще переносять гострий стрес.

Особа, яка вміє розуміти власні емоції, управляти ними, приймати важені рішення навіть у стресових ситуаціях - це особа з розвиненою емоційно-вольовою сферою.

Розвиток цієї сфери тісно пов'язаний із саморегуляцією - здатністю свідомо керувати своїм психічним станом, емоціями, поведінкою, мотивацією. Саморегуляція дає змогу людині зберігати спокій у складних ситуаціях, не піддаватися імпульсивним реакціям, проявляти витримку та наполегливість.

Результати нашого дослідження підтверджують, що психодуховні практики є дієвими у зниженні рівня симптомів ПТСР, сприяють глибшому

самопізнанню, підвищують адаптаційні ресурси особистості. При правильному застосуванні вони можуть стати потужним доповненням до класичних методів психотерапії, особливо в умовах воєнного часу або масових психологічних травм. Важливо зберігати баланс між науковим підходом та чутливістю до духовних потреб людини.

Щоб бути по-справжньому ефективним, капелану варто поєднувати духовну місію з розумінням психологічних процесів, працювати у співпраці з іншими фахівцями, і головне не втрачати віру в силу людського духу навіть у найтемніші часи.

У війні не тільки тіло отримує поранення. Духовні рани часом глибші й важчі за фізичні. Капелан у цьому контексті - не лише священнослужитель, а глибокий психолог, радник, брат і співстраждальник. Його слово, його мовчання, його присутність - усе це може стати щитом, що захистить солдата від зсуву в безодню ПТСР.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абдул-Хамід В.К., ХьюзДж.Х. Нічого нового під сонцем: посттравматичні стресові розлади в стародавньому світі. *EarlySciMed*. 2014. № 19. С. 549-557.
2. Адаменко Л. С. Актуальні підходи до проблеми дослідження резильєнтності. *Вісник Національного університету оборони України. Питання психології*. 2020. № 5 (58). С. 5-13.
3. Алещенко В.І., Сафін О.Д., Потапчук Є.М. Організація забезпечення збереження психічного здоров'я військовослужбовців. Методичний посібник для офіцерів, професорсько-викладацького складу, слухачів і курсантів ЗС України. Київ: Вища школа, 2017. 134 с.
4. Антонюк В.В. Інформаційна війна в структурі сучасного геополітичного протиборства: нові контексти та інтерпретації. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2021. № 7. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=2121>
5. Асеева Ю.О. Вплив воєнних дій на розвиток ПТСР у військовослужбовців. *Психологія особистості*. Випуск 63. 2024. URL: DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.63.23>
6. Бабаян Ю. О., Грішман Л. О. Особливості психологічної готовності військовослужбовців до дій в екстремальних умовах. *Науковий вісник Миколаївського національного університету імені В. О. Сухомлинського. Психологічні науки*. 2014. Вип. 2.13 (109). С. 17–21.
7. Безшейко В. Г. Адаптація шкали для клінічної діагностики ПТСР та опитувальника «Перелік симптомів ПТСР» для української популяції. *Психосоматична медицина та загальна практика*. Т. 1. № 1. 2016. С. 30–31.
8. Белшер Б.Е., Ауербах Бук Є., Еватт Д., Смоленський Д.Дж., Ши М.Т., Отто Дж.Л., Розен К.С., Шнурр П.П. Терапія, орієнтована на сьогоднішній день (РСТ) для посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у дорослих. *Кокранівська база даних систематичних оглядів*. 2019. № 27. С. 336–339

9. Блінов О.А. Опитувальник бойового стресу: наук-метод. видання. К.: Талком, 2019. 36 с.
10. Бугерко Я. Буттєвість духовності в оптиці методологічного аналізу. *Психологія і суспільство*. 2017. № 1 (67). С. 62-73.
11. Везерс Ф.В., Бовін М. Дж., Лі Д.Дж., Слоун Д.М, Шнурр П.П., Калупек Д.Г., Кін Т.М., Маркс Б.П. Шкала посттравматичних стресових розладів, керована лікарем, для DSM-5 (CAPS-5): розвиток і початкова психометрична оцінка у військових ветеранів. *Психологічна оцінка*. 2018. № 30(3). С. 383–395.
12. Герасименко Л.О., Скрипніков А.М., Ісаков Р.І. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад: навчальний посібник. Київ : ВСВ «Медицина», 2023. 120 с.
13. Глушук А. Посттравматичний стресовий розлад, як наслідок війни у військовослужбовців та цивільних. *Вісник Національного університету оборони України*. 2024. 6 (82). URL: 10.33099/2617-6858-24-82-6-19-25
14. Гірняк А., Пушак Ю., Демків В. Визначення категорійно-понятійного поля проблематики емоційної напруженості. *Вітакультурний млин*, 2014. Модуль 17. С. 63-68.
15. Гірняк А. Глибинно-психологічне підґрунтя суїциду. *Психологія і суспільство*, 2010. №1 (39). С.151-158.
- 15а. Гірняк А.Н. Різновиди міжсуб'єктної взаємодії та їх психологічний аналіз. *Психологія і суспільство*. 2017. № 4. С. 82-86.
16. Грєса Н.В. Специфіка впливу травматичної події на військовослужбовців з різним рівнем ризику. Психологічні та педагогічні проблеми професійної освіти та патріотичного виховання персоналу системи МВС України. Харків, 2017. URL: https://univd.edu.ua/general/publishing/konf/07_04_2017/pdf/60.pdf
17. Давіденко К. Посттравматичний стресовий розлад: рекомендації з профілактики та лікування. Український медичний часопис. 2019. 22 липня. URL: <https://www.umj.com.ua/article/159875/posttravmatichnij-stresovij-rozlad-rekomendatsiyi-z-proflaktiki-ta-likuvannya>

18. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах: методичні рекомендації / укл.: П.В. Волошин, Н.О. Марута, Л.Ф. Шестопалова, І.В. Лінський, В.С. Підкоритов, І.І. Ліпатов, Ю.С. Бучок, В.І. Заворотний. Х.: ДУ Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України, 2014. 67 с.
19. Допомога військовим з посттравматичним стресовим розладом. URL: <https://phc.org.ua/news/dopomoga-viyskovim-z-posttravmatichnim-stresovim-rozladom>
20. Жигайло Н. Психологічний супровід військовослужбовців у зоні ведення бойових дій. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*. 2022. Вип. 13. С. 64–70. DOI: <https://doi.org/10.30970/PS.2022.13.8>
21. Забезпечення психологічної стійкості військовослужбовців в умовах бойових дій: метод. посіб. / О.М. Кокур, В.В. Клочков, В.М. Мороз та ін. Київ-Одеса : Фенікс, 2022. 128 с.
22. Золочевський І.О. Особливості адаптації та перебігу посттравматичного стресового розладу військовослужбовців, які перебували у зоні інтенсивних бойових дій. *Актуальні проблеми сучасної медицини*. Том 24, Випуск 2 (86). URL: DOI 10.31718/2077–1096.24.2.23
23. Каністерапія в Україні під час війни: як це працює. 2024. БроМедіа. URL: <https://www.bromedia.com.ua/life/647-kansterapiya-v-ukrayin-pd-chas-vyni-yak-se-pracyuye.html>.
24. Коваленко І. Посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців: теорія, дослідження та лікування. *Психологія і особистість*. 2023. № 2 (24). URL: <https://doi.org/10.33989/2226-4078.2023.2.288310>
25. Кокур О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В. Психологічна робота з військовослужбовцями – учасниками АТО на етапі відновлення. 2017. Київ : НДЦ ГП ЗСУ.
26. Костючков С.К. Нейрокогнітивний хакинг як елемент «дестабілізаційної змії» у контексті сучасної гібридної війни. *Вісник Львівського університету. Серія філософсько-політологічні студії*. 2020. Вип. 30. С. 161–169.

- 27.Кравченко К.О., Тімченко О.В., Широбоков Ю.М. Соціально-психологічні детермінанти виникнення бойового стресу у військовослужбовців-учасників антитерористичної операції: монографія. Х.: Вид-во НУЦЗУ, 2017. 256 с.
- 28.Крайнюк В.М. Психологія стресостійкості особистості: монографія. Київ: Ніка-Центр, 2007. 432 с.
- 29.Кудренко О.В., Афанасенко В.С. Вплив стрес-факторів бойової обстановки на психіку військовослужбовців Повітряних Сил (на основі досвіду АТО). Наука і техніка Повітряних Сил Збройних Сил України. 2018. № 2 (31). С. 137–144. DOI: <https://doi.org/10.30748/nitps.2018.31.18>
- 30.Кузнєцова Л. Є. Теоретичні моделі формування і корекції посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців. *Молодий вчений*. 2018. № 33 (219). С. 75–79.
- 31.Лозінська Н. Психотравма як наслідок травматичного стресу в різних напрямках сучасної психології. *Вісник Національного університету оборони України*. 2019. № 50(2). С. 65–73. DOI: 10.33099/2617-6858-2018-50-2-65-73.
- 32.Лящ О. Деструктивний вплив бойового стресу на емоційну сферу особистості військового. *Психологічні перспективи*. 2021. Вип. 37. С. 128–140. DOI: <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2021-37-128-140>
- 33.Міхеєва Л.В., Олійник М.П. Емпіричне дослідження психологічних особливостей прояву посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. *Психологічні травелоги*. Хмельницький. 2023. № 4 (7). С. 123–129.
- 34.Москаленко М. М. Психологічна реабілітація ветеранів військових конфліктів. Теоретико-методологічні проблеми практичної психології та її перспективи розвитку: зб. доп. Всеукр. студентської наук.-практ. конф., присвяч. 125-річчю з дня народж. Гордона Олпорта. Кропивницький, 2022. С. 134-137.
- 35.Норріс Ф.Х., Слоун Л.Б. Розуміння досліджень епідеміології травми та ПТСР. *Щоквартальний журнал досліджень ПТСР*. 2013. № 24(2-3). С. 1–13.

- 36.Ободовська, Л., Шавровська, Н. Посттравматичний стресовий розлад: особливості психологічного супроводу. Матеріали конференції МЦНД, 2020. С. 89-91. DOI: <https://doi.org/10.36074/23.10.2020.v1.12>.
- 37.Осьодло В.І. Особистісні чинники подолання стресових ситуацій в особливих умовах. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2013. Вип. 14. Ч. I. С. 243–253.
- 38.Охременко О.Р., Мамченко С. В., Стасюк В. В., Хміляр О. Ф. Психологія суб'єкта бойових зіткнень: монографія. Київ: Хімджест, 2018. 222 с.
- 39.Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). MSD ДОВІДНИК: версія для фахівців. URL:<https://www.msdmanuals.com/uk-ua/professional>
- 40.Приходько І.І. Профілактика та контроль бойового стресу у військовослужбовців: систематизація досліджень. *Вісник ХНПУ імені Г.С. Сковороди. Психологія*. 2021. № 1 (64). С. 193–215. DOI: <https://doi.org/10.34142/23129387.2021.64.12>
- 41.Пророк Н., Запорожець О., КреймеєрДж. Основиреабілітаційноїпсихології: подоланнянаслідківкризи. Навчальнийпосібник. Том 1. Київ, 2018. 208 с.
- 42.Пузирьов Є.В.Бойовий стрес та його наслідки для військовослужбовців. Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія. Том 34 (73) № 1. 2023. URL: <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2023.1/33>
- 43.Резильєнтність в умовах війни: теорія, практика та ресурси: зб. Матеріалів Всеукраїнської науково-практичної конференції здобувачів освіти і молодих учених, м. Тернопіль, 23 квітня 2025 р. / за ред. Г.К.Радчук. Тернопіль: ТНПУ ім. В. Гнатюка, 2025. 380 с.
- 44.Романенко Ю., Коляденко Н. Посттравматичний стресовий розлад як медико-психосоціальна проблема. *Перспективи та інновації науки*. 2021. № 2 (2). Р. 297–304. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2021-2\(2\)-297-304](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2021-2(2)-297-304).
- 45.Романишин А.М. Психологія бою: діяльність командира підрозділу щодо підтримання морально-психологічного стану особового складу в ході бойових дій : навчально-методичний посібник Львів : НАСВ, 2015. 322 с.

- 46.Салюк М. Психологічні особливості прояву посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. *Молодий вчений*. № 4 (128). 2024. URL: <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2024-4-128-42>
- 47.Сукіасян С.Г., Тадевосян М.Я. Бойовий стрес і органічне ураження головного мозку: варіант динаміки посттравматичного стресового розладу. *Журнал неврології та психіатрії*. 2020. № 120 (9). С. 19–27.
- 48.Титаренко Т. М., Дворник М. С., Климчук В. О. Соціально-психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій. Кропивницький : Імекс-ЛТД. 2019.
- 49.Тищенко А. Каністерапія – ефективний метод одужання. *Надзвичайна ситуація*. 2019. URL: <https://ns-plus.com.ua/2019/04/05/kanisterapiya-efektyvnyj-metod-oduzhanny>
- 50.Тімченко О.В. Синдром посттравматичних стресових порушень: концептуалізація, діагностика, корекція та прогнозування: монографія. Харків : Вид-во ун-ту внутр. справ, 2000. 268 с.
- 51.Тютюнник Л.Л. Бойовий стрес та шляхи подолання його психотравмуючих наслідків. *Вісник Національного університету оборони України. Зб-к наук. праць*. 2020. Вип. 2 (55). С. 106–115.
- 52.Українське суспільство в умовах війни. 2022: колективна монографія / С. Дембіцький та ін. ; за ред. член.-кор. НАН України, д. філос. н. Є. Головаха, д. соц. н. С.Макеєва. Київ : Інститут соціології НАН України, 2022. 410 с.
- 53.Філатова О.А., Ломакін Г. І. Вікові та життєві кризи у колишніх учасників бойових дій та стратегії їх подолання. *Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди. Психологія*. 2014. Вип. 48. С. 255–266.
- 53а. Фурман А.В., Гірняк А.Н. Psychological technology of the interaction between teacher and students under the conditions of innovative module-developmental teaching. *Гуманітарний вісник ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет ім. Г. Сковороди»*. Київ : Гнозис, 2018. Вип. 37

- (4). Т. I (23) : Міжнародні Челпанівські психолого-педагогічні читання. С. 123–135.
- 54.Цихоня В. Пам'ятка про посттравматичний стресовий розлад. *Мистецтво лікування*. 2014. № 7(8). С. 57-58. URL: <https://www.health-medix.com/articles/misteztvo/2014-10-16/6.pdf>.
- 55.Шеленкова Н. Діагностування посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військовослужбовців/ветеранів. *Психологічний журнал*. №13. 2024.
- 56.Шиделко А.В. Наслідки впливу бойового стресу на психологічний стан особистості військовослужбовця. *Перспективи та інновації науки*. 2022. № 1 (6). С. 476-486. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2022-1\(6\)-476-486](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2022-1(6)-476-486).
57. Широких А. Психологічна підтримка військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом. *Психологія: реальність і перспективи*. Збірник наукових праць РДГУ. Випуск 23, 2024.URL:https://doi.org/10.35619/prap_rv.vi23.404
58. Щербатих Ю.В. Психологія стресу та методи корекції. Київ: Наука, 2022. 304 с.
60. A post-traumatic stress disorder in military servicemen and war veterans. URL: nphj.nuph.edu.ua+1
61. Mental Health and PTSD in Military Personnel Depending on Participation inActive Combat Operations. URL:sport.vnu.edu.ua
62. Psychotraumatic Experiences of Adolescents During the War in Ukraine”.URL: psychoprospects.vnu.edu.ua
63. Psychological Features of the Ukrainians Traumatic Experience During theWar. URL: pis.wunu.edu.ua
63. Psychological Strategies for Overcoming Trauma in the Context of Adaptation to the Consequences of War among Middle-Aged People. URL:scienceandeducation.pdpu.edu.ua
64. Traumaticexperienceofresidentsofthede-occupiedterritoriesofUkraine” (Kuzikova, Zlyvkov, Lukomska). insight.journal.kspu.edu

65. Van derWal SJ, Vermeten E., Elbert G. Довготривалий розвиток симптомів посттравматичного стресу, та пов'язаних з ним факторів ризику у військовослужбовців, розгорнутих в Афганістані: результати 10-річного спостереження PRISMO. *«Європейська психіатрія»*. 2020. 64(1). С. 10-19. URL: [https://doi.org/10.1192Zj.eurpsy.2020.113](https://doi.org/10.1192/Zj.eurpsy.2020.113)
66. Williamson J.B., Jaffee M.S., & Jorge R.E. Posttraumatic Stress Disorder and Anxiety Related Conditions. Continuum (Minneapolis, Minn.) 2021. Vol. 27(6). P. 1738–1763. DOI: <https://doi.org/10.1212/CON.0000000000001054>.