

ФЕДЕРАЦІЯ ПРОФСПЛОК УКРАЇНИ
АКАДЕМІЯ ПРАЦІ, СОЦІАЛЬНИХ ВІДНОСИН І ТУРИЗМУ

Кафедра психології

**ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО
СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВЕТЕРАНІВ**

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на здобуття освітнього ступеня
БАКАЛАВР
за освітньою програмою
«Психологія»
спеціальності 053 «Психологія»

КУЦАК КАТЕРИНИ ЛЕОНТІВНИ

Кваліфікаційна робота допущена до захисту
рішенням кафедри психології

Протокол №__ від «__» _____ 20__ р.
Зав. кафедри _____ Бегеза Л. Є.

Науковий керівник:

доктор медичних наук,
професор

Пріб Гліб Анатолійович

Київ 2026

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота: 102 сторінки, містить 28 таблиць, 4 додатки, 45 літературних джерела.

Об'єкт дослідження - посттравматичний стресовий розлад у ветеранів бойових дій.

Предмет дослідження - психологічні механізми подолання посттравматичного стресового розладу у ветеранів.

Мета дослідження полягає у теоретичному обґрунтуванні та емпіричному дослідженні психологічних механізмів подолання ПТСР у ветеранів бойових дій, а також розробці практичних рекомендацій щодо їх психологічної підтримки.

Методологічною основою дослідження є положення сучасної психології про природу стресу, травматичного досвіду та механізми психологічної адаптації. У роботі використано комплекс методів: теоретичні (аналіз, синтез, узагальнення наукової літератури), емпіричні (психодіагностичні методики), а також методи математичної обробки даних (кореляційний аналіз, описова статистика).

Здійснено теоретичний аналіз наукової літератури з проблеми психологічних особливостей та механізмів подолання посттравматичного стресового розладу ветеранів. Обґрунтовано, що психотравма формує не лише особистісну кризу, а й впливає на соціальні взаємодії, що ускладнює процес адаптації ветеранів до цивільного життя, а також, що ПТСР у ветеранів бойових дій є комплексним явищем, яке проявляється у поєднанні емоційних, когнітивних та фізіологічних симптомів, а його подолання потребує багатоступеневих та інтегрованих підходів.

Емпіричне дослідження, підтвердило, що наявність соціальної підтримки, участь у групових програмах та використання індивідуальних стратегій саморегуляції позитивно корелює зі зменшенням проявів ПТСР..

Аналіз результатів проведених досліджень показав, що ефективність психологічних стратегій значною мірою залежить від поєднання індивідуальних і групових форм підтримки, активної участі ветеранів у процесі реабілітації та наявності стабільної соціальної мережі.

Висновки проведеної роботи дозволяють сформулювати рекомендації для практичної реалізації програм психологічної підтримки: поєднання доказових терапевтичних методів із соціальною підтримкою, активізація фізичної та творчої діяльності, адаптація міжнародного досвіду до національного контексту та створення довготривалих структурованих програм реабілітації.

ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД, ТРАВМА, ВЕТЕРАН, ЕМОЦІЇ, СТРЕС, ДЕЗАДАПТАЦІЯ, ОСОБИСТІСТЬ, ПСИХОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ ПОДОЛАННЯ, СТРАТЕГІЇ ПОДОЛАННЯ, СТАБІЛІЗАЦІЯ, РЕБІЛІТАЦІЯ, СОЦІАЛЬНА ПІДТРИМКА<sup>[P T P]
[SEP SEP]</sup>

POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER, TRAUMA, VETERAN, EMOTIONS, STRESS, MASADAPTATION, PERSONALITY, PSYCHOLOGICAL COPING MECHANISMS, COPING STRATEGIES, STABILIZATION, REHABILITATION, SOCIAL SUPPORT<sup>[P T P]
[SEP SEP]</sup>

ЗМІСТ

ЗМІСТ	4
ВСТУП	5

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНОГО ФОРМУВАННЯ, ОСОБЛИВОСТЕЙ ТА ПОДОЛАННЯ ПТСР У ВЕТЕРАНІВ.	8
1.1. Наукові напрямки дослідження. Психологічне визначення посттравматичного стресового розладу	8
1.2. Причини виникнення та симптоматика ПТСР у ветеранів	16
1.3. Психологічні чинники, механізми формування та перебігу ПТСР	23
Висновки до розділу 1	30
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ МЕХАНІЗМІВ ПОДОЛАННЯ ПТСР У ВЕТЕРАНІВ	32
2.1. Організація та методики дослідження	32
2.2. Аналіз результатів	35
2.3. Інтерпретація результатів	48
Висновки до розділу 2	56
РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНІ МЕТОДИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПОДОЛАННЯ ПТСР	58
3.1. Основні психологічні підходи та методи допомоги ветеранам	58
3.2. Міжнародний досвід психологічної підтримки ветеранів та досвід України.	65
3.3. Психологічні шляхи подолання наслідків впливу ПТСР. Практичні рекомендації для запобігання, підтримки та реабілітації	75
Висновки до розділу 3	84
ВИСНОВКИ	86
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	89
ДОДАТКИ	97

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. У сучасних умовах соціально-політичних трансформацій в Україні, зумовлених військовими подіями, особливої змістовності набуває проблема психічного здоров'я ветеранів бойових дій. Пережиті екстремальні ситуації, загроза життю, втрата побратимів та тривале перебування у стані стресу спричиняють розвиток посттравматичного стресового розладу (ПТСР), який негативно впливає на емоційний стан, поведінку та соціальну адаптацію особистості.

ПТСР є складним психічним станом, що проявляється у вигляді нав'язливих спогадів, підвищеної тривожності, емоційного виснаження, порушень сну та соціальної дезадаптації. Особливої уваги потребує вивчення не лише причин і симптомів цього розладу, а й психологічних механізмів його подолання, які дозволяють особистості адаптуватися до мирного життя, відновити внутрішню рівновагу та підвищити рівень суб'єктивного благополуччя.

Незважаючи на значну кількість наукових досліджень у галузі клінічної та військової психології, проблема ефективних механізмів подолання ПТСР у ветеранів залишається недостатньо розробленою, особливо в контексті сучасного українського суспільства. Це зумовлює необхідність комплексного теоретичного та емпіричного аналізу даного явища.

Об'єкт дослідження - посттравматичний стресовий розлад у ветеранів бойових дій.

Предмет дослідження - психологічні механізми подолання посттравматичного стресового розладу у ветеранів.

Мета дослідження - теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити психологічні механізми подолання ПТСР у ветеранів бойових дій, а також розробити практичні рекомендації щодо їх психологічної підтримки.

Відповідно до мети визначено такі **завдання** дослідження:

- проаналізувати наукові підходи до визначення сутності посттравматичного стресового розладу.
- визначити причини виникнення, симптоматику та особливості прояву ПТСР у ветеранів.
- дослідити психологічні чинники та механізми формування і перебігу ПТСР.
- провести емпіричне дослідження психологічних механізмів подолання ПТСР.
- проаналізувати та інтерпретувати отримані результати.
- розробити практичні рекомендації щодо подолання ПТСР та психологічної підтримки ветеранів.

Гіпотези дослідження:

- передбачається, що ефективність подолання ПТСР у ветеранів залежить від рівня розвитку психологічних ресурсів особистості (стресостійкості, копінг-стратегій, соціальної підтримки);
- припускається, що використання конструктивних копінг-стратегій сприяє зниженню симптоматики ПТСР;
- очікується, що існує взаємозв'язок між рівнем ПТСР та особистісними характеристиками ветеранів.

Методологія та методи дослідження.

Методологічною основою дослідження є положення сучасної психології про природу стресу, травматичного досвіду та механізми психологічної адаптації. У роботі використано комплекс методів: теоретичні (аналіз, синтез, узагальнення наукової літератури), емпіричні (психодіагностичні методики), а також методи математичної обробки даних (кореляційний аналіз, описова статистика).

Наукова новизна дослідження полягає у комплексному аналізі психологічних механізмів подолання ПТСР у ветеранів бойових дій в умовах

сучасного українського суспільства, а також у виявленні взаємозв'язків між рівнем ПТСР та особистісними ресурсами.

Практична значущість роботи полягає у можливості використання отриманих результатів у діяльності практичних психологів, психотерапевтів, соціальних працівників та фахівців з реабілітації ветеранів. Розроблені рекомендації можуть бути застосовані для підвищення ефективності психологічної допомоги та профілактики негативних наслідків ПТСР.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНОГО ФОРМУВАННЯ, ОСОБЛИВОСТЕЙ ТА ПОДОЛАННЯ ПТСР У ВЕТЕРАНІВ.

1.1.Наукові напрямки дослідження. Психологічне визначення посттравматичного стресового розладу

Проблема посттравматичного стресового розладу не виникла раптово - вона, скоріше, поступово «проростала» крізь досвід воєн, катастроф і людських втрат. Ще задовго до формального визначення ПТСР дослідники намагалися описати стан людей, які поверталися з війни зовсім іншими. Змінювався не лише їхній емоційний фон, а й спосіб мислення, сприйняття реальності, навіть тілесні реакції. І лише з часом стало зрозуміло: це не просто «нерви» чи тимчасова слабкість, а складний психічний феномен.

Сучасна психологія розглядає ПТСР як реакцію на пережиту травматичну подію, яка виходить за межі звичайного досвіду. Але тут виникає нюанс: не кожна травма веде до розладу. І це викликає запитання - чому одні люди відновлюються, а інші - ні? Власне, саме це питання і стало відправною точкою для різних наукових напрямків, які по-різному пояснюють природу ПТСР. У клінічній психології ПТСР визначається як психічний розлад, що виникає внаслідок впливу надзвичайно сильного стресора та проявляється у вигляді повторного переживання травматичних подій, уникнення нагадувань про них і підвищеного рівня збудження. Це визначення закріплене у міжнародних класифікаціях, однак воно, варто визнати, не завжди передає внутрішню складність цього стану [1, с. 8].

З точки зору когнітивного підходу, ПТСР пов'язують із порушенням обробки інформації. Травматичний досвід ніби «застрягає» у пам'яті, не інтегрується в життєву історію людини. Виникає ефект незавершеності - подія не стає минулим. Вона постійно «повертається». Іноді у вигляді спогадів, іноді - у вигляді відчуттів, які важко пояснити словами. Біхевіористичні підходи, у свою

чергу, роблять акцент на навчанні через страх. Травматична ситуація формує стійкі асоціації між певними стимулами і небезпекою. У результаті навіть нейтральні сигнали можуть викликати сильну тривогу. Людина починає уникати - місць, людей, навіть думок. І це уникнення, парадоксально, лише закріплює проблему.

Психодинамічні концепції пропонують інший кут зору. Вони розглядають ПТСР як наслідок внутрішнього конфлікту, де травма руйнує базове відчуття безпеки. Людина стикається з тим, що світ уже не здається передбачуваним. І психіка, намагаючись впоратися, використовує захисні механізми - витіснення, заперечення, емоційне «відключення». Хоча, якщо бути чесними, ці механізми не завжди працюють так, як очікується. Гуманістичний підхід додає ще один вимір - переживання втрати сенсу. Після травми людина може втратити не лише спокій, а й розуміння, «для чого все це». І саме тут з'являється питання: чи можна говорити про ПТСР лише як про розлад? Чи це ще й криза особистісного розвитку? Однозначної відповіді, здається, немає [2, с.17].

З позиції нейропсихології ПТСР пов'язують зі змінами у функціонуванні мозку. Дослідження показують, що у людей із цим розладом інакше працюють структури, відповідальні за пам'ять і емоції. Зокрема, підвищується активність системи страху і знижується контроль з боку раціональних процесів. Але тут варто не спрощувати - мозок не є єдиною причиною, швидше він відображає наслідки пережитого. Соціально-психологічний напрямок підкреслює роль середовища. Після повернення з війни ветеран опиняється у світі, який його не завжди розуміє. Відсутність підтримки, труднощі з адаптацією, зміна соціальних ролей - усе це може посилювати прояви ПТСР. І навпаки, підтримка здатна пом'якшити симптоми. Хоча, варто зазначити, що точних меж цього впливу досі не визначено.

Окремої уваги заслуговує біопсихосоціальна модель, яка намагається поєднати різні підходи. Вона виходить з того, що ПТСР формується під впливом біологічних, психологічних і соціальних чинників. Звучить логічно. Але на практиці виникає складність - як саме ці фактори взаємодіють? Це питання поки

що залишається відкритим. У сучасній психологічній літературі можна зустріти різні визначення ПТСР. Наприклад, його описують як тривалий стан дезадаптації, що виникає після пережитої травми і супроводжується порушенням емоційної регуляції. Інше визначення акцентує на тому, що це специфічна форма реакції на стрес, яка зберігається навіть після зникнення загрози. І ще один підхід розглядає ПТСР як порушення інтеграції досвіду. Порівнюючи ці визначення, складно не помітити, що кожне з них висвітлює лише частину явища. Одні більше зосереджені на симптомах, інші - на механізмах. Але жодне не дає повної картини. Можливо, тому що сам феномен ПТСР не є однорідним. Він змінюється - залежно від людини, її досвіду, контексту [11, с. 133].

Якщо звернутися до досвіду ветеранів, стає очевидно: ПТСР - це не лише про травму, а й про її наслідки в повсякденному житті. Порушення сну, дратівливість, труднощі у стосунках. Але є й менш очевидні прояви - відчуття відчуження, втрата інтересу до життя. І ці аспекти часто залишаються поза увагою формальних визначень. Цікаво, що деякі дослідники пропонують розглядати ПТСР не лише як негативне явище, а як процес, що може включати потенціал для змін. Ідея посттравматичного зростання виглядає привабливо. Але чи можна говорити про неї у кожному випадку? Це припущення, очевидно, потребує обережного підходу. Узагальнюючи різні наукові підходи, можна сказати: ПТСР - це складний багатовимірний стан, який не зводиться до одного визначення. Він включає емоційні, когнітивні, поведінкові та фізіологічні компоненти, що взаємодіють між собою. І ця взаємодія, здається, є динамічною, а не фіксованою.

Якщо придивитися уважніше до сучасних досліджень ПТСР, стає помітно, що акцент поступово зміщується з опису симптомів на розуміння внутрішніх процесів, які підтримують цей стан. Йдеться вже не просто про «що відбувається з людиною», а про те, як саме вона переживає травму, як її інтерпретує, як намагається з нею жити. І тут з'являється ще один шар - суб'єктивний досвід, який складно виміряти, але неможливо ігнорувати.

Окремий напрям сучасних досліджень пов'язаний із роботами BesselvanderKolk, який розглядає травму як досвід, що «вписується» не лише у психіку, а й - у тіло. За його підходом, ПТСР не обмежується когнітивними чи емоційними проявами - він проявляється через фізіологічні реакції, напруження, навіть через зміну відчуття власного тіла. І це змушує переосмислити саму природу розладу: можливо, йдеться не лише про пам'ять, а про глибше порушення цілісності досвіду. Не менш цікавими є дослідження JudithHerman, яка однією з перших системно описала зв'язок між травмою та тривалими психічними наслідками. Вона запропонувала розглядати ПТСР у контексті відновлення - як процес, що включає кілька етапів: від стабілізації до інтеграції досвіду. І хоча ця модель виглядає логічною, виникає питання: чи всі ветерани проходять ці етапи однаково? Практика показує, що ні [12,с.26].

Серед українських дослідників варто згадати Олександр Кокун, який активно вивчає психологічні наслідки бойового досвіду та адаптацію військовослужбовців. У його роботах підкреслюється, що ПТСР не можна розглядати ізольовано від умов, у яких перебуває людина після повернення. Соціальне середовище, рівень підтримки, навіть економічна ситуація - усе це впливає на перебіг розладу. І, що цікаво, іноді ці фактори можуть мати не менше значення, ніж сама травма.

Продовжуючи цю думку, варто звернути увагу на концепцію порушеної безпеки. Після травматичного досвіду людина втрачає базове відчуття контролю над світом. І навіть у безпечних умовах вона може реагувати так, ніби загроза все ще існує. Це своєрідний «зсув реальності», коли внутрішнє відчуття не відповідає зовнішнім обставинам. І саме це, здається, робить ПТСР таким виснажливим. Ще один напрям досліджень пов'язаний із вивченням пам'яті. Травматичні спогади відрізняються від звичайних - вони фрагментовані, емоційно насичені, іноді позбавлені чіткої хронології. Людина може пам'ятати деталі, але не бачити цілісної картини. Або навпаки - уникати будь-яких згадок. І тут виникає складність: як працювати з пам'яттю, яка сама себе блокує?

Порівнюючи різні підходи, можна помітити ще одну тенденцію - зростання уваги до індивідуальних відмінностей. Те, що для однієї людини стає травмою, для іншої може не мати таких наслідків. Це не означає, що хтось «сильніший», а хтось «слабший». Швидше йдеться про різний досвід, ресурси, способи інтерпретації подій. Хоча, якщо чесно, ця тема ще далека від остаточного розуміння.

Релевантним є і питання часу ПТСР може проявлятися одразу після травми або через місяці, іноді навіть роки. Така відкладена реакція ускладнює діагностику і часто вводять в оману як саму людину, так і фахівців. Здається, ніби «все вже позаду», але симптоми з'являються пізніше. Чому саме так - однозначної відповіді на даний час немає. Не можна оминути і роль копінг-стратегій, деякі способи подолання стресу допомагають адаптуватися, інші - навпаки, поглиблюють проблему. Наприклад, уникнення може тимчасово зменшити напругу, але в довгостроковій перспективі воно лише закріплює симптоми. І тут виникає дилема: як знайти баланс між захистом і відкритістю до переживань? Ще один цікавий аспект - взаємозв'язок між ПТСР і ідентичністю. Після травми людина може інакше сприймати себе, свої цінності, своє місце у світі. Це не завжди очевидно, але поступово змінює поведінку, рішення, навіть життєві цілі. Іноді ці зміни є деструктивними, іноді - навпаки, відкривають нові можливості. Але передбачити цей процес складно [23,с.21].

Якщо рухатися далі, стає помітно, що сучасні дослідження дедалі частіше торкаються не лише травми як події, а травматизації як процесу. Тобто увага зміщується з «що сталося» на «що відбувається потім». І тут відкривається складніша картина: ПТСР не є статичним станом, він змінюється - іноді посилюється, іноді відступає, іноді маскується під інші психологічні труднощі. Особливо це помітно у випадку ветеранів, де травматичний досвід не є одиничним. Це не одна подія, а серія ситуацій, які накопичуються, накладаються одна на одну. І в якийсь момент психіка перестає справлятися звичними способами. Власне, тут і виникає те, що деякі дослідники називають «хронічною

травматизацією». Хоча межі цього поняття, варто зазначити, досі залишаються нечіткими.

Цікавим є підхід, який розглядає ПТСР через призму емоційної регуляції. Після травми людина або не може контролювати свої емоції, або навпаки - надмірно їх пригнічує. У першому випадку це вибухи гніву, тривоги, паніки. У другому - емоційна «порожнеча», відчуження, ніби все відбувається не з нею. І обидва варіанти ускладнюють повернення до звичного життя. Порівнюючи ці стани, складно сказати, який із них є «гіршим». Зовні більш помітною є гіперактивація - вона привертає увагу, викликає реакцію оточення. Але саме емоційне притуплення часто залишається непоміченим. Людина функціонує, виконує обов'язки, але внутрішньо - ніби відсутня. І це, здається, одна з найбільш недооцінених граней ПТСР [38,с.183].

Окремий пласт досліджень стосується феномену тригерів. Це можуть бути звуки, запахи, образи - будь-що, що нагадує про травму. Реакція виникає раптово, без свідомого контролю. І в цей момент людина ніби «повертається» у травматичну ситуацію. Цей механізм добре описаний, але його індивідуальні прояви настільки різні, що універсальних пояснень, по суті, не існує. Не менш складним є питання уникнення, воно може виглядати як свідомий вибір - не думати, не згадувати, не говорити. Але поступово це перетворюється на обмеження життя. Зменшується коло спілкування, зникають звичні інтереси, з'являється відчуття ізоляції. І тут виникає парадокс: те, що мало захистити, починає шкодити.

Якщо подивитися на когнітивні процеси, то ПТСР часто супроводжується змінами у мисленні. З'являються стійкі переконання про небезпеку світу, власну безпорадність або провину. І ці переконання не завжди усвідомлюються. Вони просто «є» - впливають на рішення, реакції, оцінки ситуацій. І змінити їх, як показує практика, непросто.

Ще один напрям досліджень пов'язаний із тілесним досвідом, травма може проявлятися через напруження м'язів, порушення дихання, соматичні симптоми. Іноді людина навіть не пов'язує ці відчуття з психологічним станом. Виникає

розрив між тілом і свідомістю, і це ускладнює як діагностику, так і подальшу допомогу. Варто звернути увагу і на феномен «повторного переживання», це не просто спогади - це відчуття, ніби подія відбувається знову. Звуки, образи, емоції - усе повертається з тією ж інтенсивністю, і в такі моменти логічні пояснення не працюють. Людина не «згадує», вона проживає.

Цікаво, що деякі дослідники підкреслюють роль часу не лише як фактору віддалення від травми, а як ресурсу. З часом змінюється не сама подія, а ставлення до неї, хоча цей процес не є автоматичним. Без внутрішньої роботи або підтримки він може і не відбутися. Порівнюючи різні підходи, можна помітити, що дедалі більше уваги приділяється не лише патології, а й ресурсам. Як людина справляється? Що їй допомагає? Які внутрішні опори вона має? І тут виникає цікаве спостереження: навіть за наявності ПТСР люди можуть зберігати здатність до функціонування, прийняття рішень, взаємодії з іншими [2,с.15].

Однак це не означає, що розлад «слабшає», швидше, він стає менш помітним, і тут є ризик недооцінки стану. Зовнішня стабільність може вводити в оману, створюючи ілюзію відновлення. Хоча внутрішні процеси залишаються напруженими. Ще один аспект, який заслуговує уваги, - це взаємозв'язок ПТСР з іншими психічними станами. Часто він поєднується з депресією, тривожними розладами, залежностями. І це ускладнює як діагностику, так і вибір підходів до допомоги. Чітке розмежування тут не завжди можливе, поступово формується розуміння, що ПТСР - це не лише індивідуальна проблема. Він впливає на сім'ю, стосунки, соціальне середовище, змінюється комунікація, з'являється напруга, нерозуміння. І це, у свою чергу, може посилювати симптоми, виникає замкнене коло.

Ще один напрям, який поступово виходить на перший план, пов'язаний із темою довіри. Після травматичного досвіду вона змінюється - і не лише до інших людей, а й до себе. Людина починає сумніватися у власних реакціях, рішеннях, навіть у власній адекватності. І це не завжди очевидно ззовні. Здається, що проблема у тривожності чи дратівливості, але глибше - це про втрату внутрішньої опори. Цікаво, що у дослідженнях останніх років дедалі частіше

з'являється поняття моральної травми. Йдеться про ситуації, коли людина порушує власні цінності або стає свідком цього. І тоді виникає не страх, а провина, сором, внутрішній конфлікт. Це вже інша площина, ніж класичний ПТСР. Хоча на практиці ці стани часто переплітаються, і відокремити їх буває непросто. Порівнюючи ці два феномени - страхову та моральну травматизацію - можна помітити різницю у переживанні. У першому випадку домінує реакція «вижити», у другому - «як із цим жити далі». І саме другий варіант, здається, довше не знаходить виходу, оскільки не має очевидних способів «розрядки» [11,с.135].

Окремої уваги заслуговує питання контролю, після травми він або гіпертрофується, або, навпаки, втрачається. Людина може намагатися контролювати все - події, людей, власні емоції. Або ж відчувати повну безпорадність, ніби від неї нічого не залежить. І ці крайнощі не є випадковими, вони відображають спробу психіки відновити баланс. Хоча, як показує практика, такий баланс досягається не одразу. Ще один аспект - зміна сприйняття часу, минуле, теперішнє і майбутнє перестають відчуватися як послідовність. Травматична подія може «застигнути» у свідомості, витісняючи інші спогади. Майбутнє - виглядати розмитим або загрозливим. І це впливає на планування, мотивацію, навіть на здатність приймати рішення. Адже якщо немає відчуття часу, складно будувати щось наперед. Не можна оминати і тему ізоляції, вона не завжди є зовнішньою, людина може бути серед людей, спілкуватися, працювати - але внутрішньо залишатися відокремленою. Це своєрідний бар'єр, який складно описати словами. І тут виникає питання: чи це наслідок травми, чи спосіб захисту? Можливо, і те, і інше одночасно. Поступово у науковому дискурсі з'являється ідея, що ПТСР - це не лише про порушення, а й про спробу адаптації. Симптоми, які здаються деструктивними, можуть виконувати захисну функцію. Наприклад, підвищена пильність допомагає уникати небезпеки, навіть якщо вона вже минула. І тут важливо не лише «прибрати симптом», а зрозуміти, навіщо він виник.

Отже, сучасне розуміння ПТСР поступово відходить від жорстких рамок і стає більш гнучким. Воно включає суперечності, невизначеність, індивідуальні відмінності. І, можливо, саме такий підхід дозволяє краще наблизитися до розуміння цього явища. Хоча остаточних відповідей поки що немає.

1.2. Причини виникнення та симптоматика ПТСР у ветеранів

Коли мова заходить про причини виникнення посттравматичного стресового розладу у ветеранів, спрощені пояснення тут майже не працюють, адже бойовий досвід - це не одна подія, а цілий комплекс ситуацій, що поступово формують психологічне навантаження, яке іноді перевищує адаптаційні можливості людини. Йдеться не лише про прямий контакт із небезпекою, а й про тривале перебування у стані напруги, очікування загрози, втрати побратимів, моральні дилеми, які не завжди мають однозначне рішення. Варто зазначити, що сам факт участі у бойових діях ще не означає автоматичного розвитку ПТСР, і це, на перший погляд, виглядає суперечливо. Одні ветерани повертаються з досвідом, який, хоч і складний, але інтегрується у їхнє життя, тоді як інші стикаються з глибокими психологічними наслідками. Це змушує шукати причини не лише у зовнішніх подіях, а й у внутрішніх характеристиках особистості, попередньому досвіді, рівні підтримки після повернення [3,с.109].

Серед безпосередніх причин виникнення ПТСР найчастіше називають ситуації, пов'язані з реальною загрозою життю, пораненням, полонем, а також спостереженням за смертю або стражданнями інших. Проте не менш вагомими є фактори, які не завжди лежать на поверхні - наприклад, відчуття безсилля, неможливість вплинути на події або необхідність приймати рішення, що суперечать власним цінностям. Саме такі моменти, як показують спостереження, можуть залишати найбільш глибокий слід. Дослідження Matthew Friedman, який багато років працює з ветеранами, показують, що розвиток ПТСР значною мірою залежить від інтенсивності та тривалості травматичного впливу, а також від того, наскільки людина мала можливість відновлюватися між стресовими епізодами.

Якщо такого відновлення не відбувається, психіка поступово виснажується, і навіть відносно незначні події можуть викликати сильну реакцію.

Окремої уваги заслуговує роль попереднього життєвого досвіду. Люди, які вже стикалися з травматичними подіями, можуть бути як більш вразливими, так і більш стійкими - залежно від того, як вони впоралися з попередніми труднощами. Це припущення потребує подальшого підтвердження, але воно добре узгоджується з ідеєю про накопичувальний ефект стресу. Серед українських дослідників варто згадати Оксана Кокун, яка аналізує психологічний стан військовослужбовців у контексті сучасних подій. У її роботах підкреслюється, що значну роль проявляє період після повернення - саме тоді проявляються або, навпаки, згладжуються симптоми. І якщо у цей час людина не отримує належної підтримки, ризик розвитку ПТСР суттєво зростає. Щодо симптоматики, то вона виглядає досить різноманітною і не завжди очевидною. Класично виділяють три групи проявів: повторне переживання травми, уникнення та підвищене збудження. Але на практиці ці категорії часто переплітаються, створюючи індивідуальну картину, яка не завжди вписується у стандартні описи [4,с.10].

Повторне переживання може проявлятися у вигляді нав'язливих спогадів, снів або навіть коротких епізодів, коли людина ніби «повертається» у травматичну ситуацію. І тут варто розуміти: це не просто пам'ять, це досвід, який відтворюється з високою емоційною інтенсивністю. У такі моменти логічне усвідомлення того, що «це вже минуло», не завжди допомагає. Уникнення, у свою чергу, може виглядати як свідоме небажання говорити про пережите або як несвідома реакція, коли людина автоматично уникає певних ситуацій, місць чи навіть думок. І хоча це може тимчасово зменшувати напругу, у довгостроковій перспективі воно звужує життєвий простір і ускладнює адаптацію. Підвищене збудження проявляється у вигляді постійної настороженості, труднощів зі сном, дратівливості, різких реакцій на незначні подразники. Людина ніби постійно перебуває у стані готовності до небезпеки, навіть якщо об'єктивно її немає. І це виснажує - як фізично, так і емоційно.

Цікавим є те, що симптоми ПТСР можуть змінюватися з часом. На початку вони можуть бути більш інтенсивними, потім - зменшуватися або трансформуватися. Іноді з'являються нові прояви, які спочатку не пов'язують із травмою. Це створює певну невизначеність у розумінні перебігу розладу. У роботах EdnaFoa підкреслюється, що симптоми ПТСР підтримуються через уникнення та порушення обробки травматичної інформації. Людина не має можливості «перепрожити» досвід у безпечних умовах, і тому він залишається активним. Це пояснення виглядає переконливим, хоча, можливо, не охоплює всіх аспектів. Окремо варто згадати про менш очевидні прояви - наприклад, відчуття відчуження, втрату інтересу до діяльності, труднощі у встановленні емоційних зв'язків. Ці симптоми не завжди асоціюються з ПТСР, але саме вони часто впливають на якість життя ветеранів [9,с,22].

Порівнюючи різні випадки, можна помітити, що прояви ПТСР значною мірою залежать від контексту. У мирному середовищі симптоми можуть виглядати більш вираженими, оскільки контраст із бойовим досвідом стає очевидним. Водночас у середовищі, де подібний досвід є спільним, вони можуть сприйматися як «нормальні». Якщо заглибитися у причини розвитку ПТСР, стає очевидно, що сам травматичний досвід - це лише початок. Не меншого значення набуває те, як саме людина осмислює пережите. Дві особи можуть пройти через схожі події, але інтерпретувати їх по-різному: одна сприйме це як досвід, який можна витримати, інша - як доказ повної небезпеки світу. І ця різниця, як показують спостереження, часто визначає подальший психологічний стан.

У цьому контексті варто звернути увагу на дослідження AnkeEhlers, яка розробила когнітивну модель ПТСР. Вона підкреслює, що розлад підтримується не лише спогадами, а й тим, як людина їх інтерпретує - як постійну загрозу, що не завершилася. І якщо це відчуття не змінюється, симптоми залишаються активними. Хоча, якщо бути точними, не всі випадки повністю вписуються в цю модель. Окремо слід розглянути фактор втрати. У бойових умовах це не лише фізична втрата побратимів, а й втрата частини себе - колишньої ідентичності, звичного способу життя, відчуття передбачуваності. Іноді ці втрати не

усвідомлюються одразу, але поступово дають про себе знати через емоційне виснаження або апатію. Ще один значний аспект - це рівень підготовки до травматичних подій. Парадоксально, але навіть професійна підготовка не завжди захищає від ПТСР. Вона може допомогти діяти у критичній ситуації, але не гарантує, що психіка зможе повністю інтегрувати пережите. Це особливо помітно у випадках, коли події виходять за межі очікуваного [10,с.27].

Серед українських дослідників варто згадати Лариса Журавльова, яка досліджує емоційні стани особистості у кризових умовах. У її роботах підкреслюється, що емоційна нестабільність після травми не є випадковою - вона відображає спробу психіки адаптуватися до нових умов. І ця адаптація не завжди проходить лінійно. Говорячи про симптоматику, вагово враховувати, що вона може проявлятися не лише у вигляді явних психологічних реакцій, а й через поведінкові зміни. Наприклад, підвищена імпульсивність, ризикована поведінка, труднощі з концентрацією. І ці прояви іноді помилково трактуються як окремі проблеми, хоча насправді вони можуть бути частиною загальної картини. Цікавим є і феномен «емоційних гойдалок», коли людина переходить від стану напруження до повного виснаження. Це не просто зміна настрою, а коливання між різними способами реагування на травму. І, що важливо, ці стани можуть змінюватися дуже швидко, без очевидних причин.

У дослідженнях Brett Litz акцентується увага на ролі моральних конфліктів у розвитку ПТСР. Він підкреслює, що переживання, пов'язані з порушенням власних етичних норм, можуть мати не менший вплив, ніж фізична загроза. І ці переживання часто залишаються «всередині», не отримуючи належного опрацювання. Варто також зазначити, що симптоми ПТСР можуть маскуватися під інші стани - наприклад, хронічну втоми або соматичні скарги. Людина звертається до лікарів із фізичними симптомами, не пов'язуючи їх із психологічним станом. І це ускладнює вчасне виявлення проблеми.

Розгляд причин виникнення та особливостей прояву ПТСР у ветеранів бойових дій, варто звернути увагу на вплив соціального середовища, в якому перебуває людина після повернення з фронту. Соціальна підтримка, або її

відсутність, часто визначає інтенсивність та тривалість симптомів. Ветеран може опинитися серед людей, які не розуміють його досвіду, що створює стрес і підсилює відчуття ізоляції, навіть якщо зовні він функціонує нормально. Це як невидимий тиск, що поступово накопичується, змушуючи психіку працювати у режимі постійної готовності [13].

Головним є питання очікувань самого ветерана щодо повернення до звичного життя. Багато хто очікує, що після завершення служби життя стане передбачуваним і контрольованим, але реальність часто не відповідає цим очікуванням. Така невідповідність підсилює відчуття розчарування, підкреслюючи втрату внутрішнього контролю, і може стати каталізатором появи нових симптомів або загострення вже наявних. Особливо чітко проявляється цей ефект у випадках, коли ветерани стикаються з рутинними завданнями або бюрократичними процесами, які здаються їм абсурдними або безглуздими. На перший погляд, це лише непорозуміння, але всередині людини воно резонує з глибоким відчуттям втрати сенсу, яке виникло у бойовій зоні і не зникає після повернення додому.

Увагу дослідників привертає і феномен «тривалої напруги», коли психіка продовжує перебувати в режимі підвищеної готовності до небезпеки навіть за відсутності прямої загрози. Це проявляється у постійній настороженості, труднощах із концентрацією, фізичному виснаженні, а також у реакціях на повсякденні подразники, які у мирному житті не мали б значення. І тут виникає парадокс: саме спроба зберегти безпеку провокує втому та емоційне виснаження. Ще один аспект, який поступово привертає увагу сучасних дослідників, - взаємозв'язок ПТСР із особистісними рисами. Виявляється, стійкість або вразливість до травми часто не визначається якимось одним параметром, а формується на перетині багатьох чинників: самооцінки, рівня емоційної регуляції, здатності до рефлексії, попереднього досвіду подолання стресу. І це робить передбачення перебігу розладу непростим завданням.

Дослідницький внесок Patricia Resick показує, що когнітивні спотворення, які виникають після травми, можуть підтримувати симптоми ПТСР навіть тоді,

коли об'єктивна загроза минула. Це стосується переконань про власну безпорадність, загрозу світу, винуватість у тому, що сталося, і водночас демонструє, що психологічна реальність людини після травми може істотно відрізнятись від зовнішньої. Особливе місце займає взаємодія ПТСР із соматичними проявами. Часто ветерани відчують постійну напругу у м'язах, головні болі, порушення сну та апетиту, порушення роботи серцево-судинної системи. Ці симптоми не завжди прямо пов'язані з подіями на фронті, але вони є проявом системного стресового навантаження, яке психіка не встигає опрацьовувати. І саме таке поєднання психічного та фізичного виснаження створює складність у діагностиці [27,с.1298].

Головним фактором є і взаємозв'язок ПТСР із міжособистісними стосунками. Ветеран може відчувати труднощі у спілкуванні, уникати близькості, проявляти підвищену дратівливість або, навпаки, відчуження. І це не завжди пояснюється конкретною подією - швидше, це наслідок того, що психіка намагається захиститися від потенційних втрат або конфліктів, які здаються загрозливими. Особливості прояву ПТСР також включають емоційні коливання та нестійкість настрою. Людина може одночасно відчувати страх, провину, сором, втому, гнів, що створює хаотичний внутрішній досвід, важкий для контролю. І ці коливання часто неспівмірні з реальними подіями у повсякденному житті, що поглиблює відчуття відчуження і нерозуміння.

Цінним є вплив культурного та суспільного контексту. У країнах, де участь у бойових діях сприймається як героїчний вчинок, ветерани можуть відчувати внутрішній конфлікт, якщо їхні переживання не відповідають очікуванням суспільства. Це може призводити до прихованого стресу, який не завжди помітний зовнішньо, але істотно впливає на психологічний стан. Ще один фактор, що підкреслюють сучасні дослідження, - це роль самоідентичності та відчуття сенсу життя після травми. Втрата колишніх ролей, неможливість реалізувати попередні цілі, порушення почуття власної значущості - усе це може підживлювати симптоми ПТСР, навіть якщо об'єктивні умови життя змінюються на краще.

Не менш складним є вплив повторних стресових подій. Навіть після повернення з бойових дій нові стресори - соціальні, економічні, сімейні - можуть провокувати загострення симптомів. І тут очевидна взаємозалежність між минулим досвідом та сучасними викликами, яка робить процес адаптації непередбачуваним і потребує індивідуального підходу. Деякі дослідники підкреслюють роль невизначеності у формуванні ПТСР. Ветеран може повертатися до мирного життя, але майбутнє залишається непередбачуваним, і цей стан невизначеності підсилює тривогу та постійну готовність до небезпеки. Навіть планування простих дій може викликати напругу, що відображає перенесення бойового режиму у мирне середовище. Слід також враховувати роль біологічних факторів, які можуть впливати на чутливість до стресу. Наприклад, індивідуальні особливості нервової системи, гормональні реакції на тривогу та страх - усе це модулює як появу симптомів, так і їхню інтенсивність. І хоча ці фактори не визначають розвиток ПТСР самотійно, вони створюють основу для того, як психіка реагує на травматичні події. Взаємозв'язок ПТСР із психічним здоров'ям у цілому також потребує уваги. Часто симптоми розладу накладаються на депресивні стани, тривожність, порушення сну, що створює складну клінічну картину та ускладнює лікування. І саме тому робота з ветеранами має бути комплексною, а не обмежуватися лише спробою «прибрати симптоми» [40,с.951].

Таким чином, причини ПТСР у ветеранів - це не лише екстремальні події на фронті, а й багатогранна взаємодія особистісних характеристик, соціального середовища, культурного контексту та біологічних особливостей. Симптоматика проявляється у складному поєднанні емоційних, когнітивних, фізичних та поведінкових проявів, які іноді виглядають суперечливими або хаотичними, але водночас демонструють, як психіка намагається вижити та адаптуватися до невідомого.

1.3. Психологічні чинники, механізми формування та перебігу ПТСР

Формування посттравматичного стресового розладу у ветеранів є процесом багаторівневим, де взаємодіють особистісні, когнітивні, емоційні та соціальні фактори. Психіка реагує не лише на події на фронті, а й на їхнє осмислення, інтерпретацію та подальшу інтеграцію у життєвий досвід. Це складний механізм, де кожен фактор може посилювати або пом'якшувати прояви розладу, а взаємодія цих факторів створює унікальну картину для кожного ветерана. Одним із центральних психологічних чинників є підвищена вразливість до стресу. Вона проявляється у схильності до тривоги, емоційної нестійкості та труднощів із регуляцією негативних переживань. Ветеран, який у мирному житті демонструє високу стресостійкість, у бойовій ситуації може опинитися у стані хронічної напруги, особливо коли стикається з непередбачуваними загрозами або моральними дилемами [5,с.558].

Помітною є роль когнітивних спотворень, які формуються після травми. Вони включають переконання про власну безпорадність, постійну загрозу світу та провину за події, що відбулися. Такі спотворення підтримують симптоми ПТСР, обмежують адаптаційні можливості та ускладнюють інтеграцію пережитого досвіду. Емоційні механізми також грають суттєву роль. Часто спостерігається підвищена чутливість до подразників, гнів, страх та провина, що коливаються у непередбачуваних межах. Ці стани можуть проявлятися одночасно або чергуватися, створюючи складний внутрішній досвід, який важко пояснити зовнішнім спостерігачам.

Механізм формування ПТСР часто включає взаємодію трьох процесів: травматичне переживання, його уникання та підтримка симптомів через когнітивні спотворення. Коли ветерани не мають можливості опрацювати пережите у безпечному середовищі, спогади залишаються активними, повторюються у нав'язливих формах і підтримують високий рівень тривоги та напруги. Ще одним чинником є соціальне середовище. Відсутність підтримки, непорозуміння з боку близьких або колег, суспільні стереотипи щодо «повернення до нормального життя» значно посилюють симптоми. Варто враховувати, що інтеграція травматичного досвіду у суспільне життя часто

відбувається довше, ніж фізичне повернення додому, і цей проміжок часу є критичним для розвитку ПТСР. Нижче подано таблицю 1.1, що узагальнює основні психологічні чинники та механізми формування ПТСР у ветеранів.

Таблиця 1.1

Основні психологічні чинники та механізми формування ПТСР у ветеранів.

№	Чинник / механізм	Опис впливу на формування ПТСР
1	Підвищена вразливість до стресу	Схильність до тривоги та емоційної нестійкості, що посилює реакцію на травматичні події.
2	Когнітивні спотворення	Переконання про постійну загрозу, власну безпорадність, провину за події, що відбулися.
3	Емоційна нестабільність	Чергування страху, гніву, провини, підвищена чутливість до подразників.
4	Травматичне переживання та уникання	Нав'язливі спогади, флешбеки, уникання думок і ситуацій, пов'язаних із травмою.
5	Соціальна підтримка	Відсутність або обмеженість підтримки посилює симптоми та уповільнює адаптацію.
6	Біологічні фактори	Генетична схильність, особливості нервової системи, гормональні реакції на стрес.
7	Культурні та соціальні очікування	Розрив між очікуваннями суспільства та внутрішніми переживаннями ветерана підсилює відчуття ізоляції.

Таблиця 1.1. Основні психологічні чинники та механізми формування ПТСР у ветеранів. Опис підкреслює взаємозв'язок особистісних, когнітивних та соціальних факторів, які створюють унікальну картину розладу для кожного ветерана [6,с.91].

Крім формування, варто приділити увагу механізмам перебігу ПТСР. Вони не є статичними, а змінюються під впливом внутрішніх і зовнішніх факторів, включаючи повторні стресори, зміни соціального середовища та особистісний розвиток. Перебіг розладу часто характеризується хвилеподібними фазами загострення та відносного полегшення, що робить його динамічним і непередбачуваним. Сучасні дослідження американського психолога SteinMurray В. демонструють, що механізми перебігу ПТСР включають посилення тривоги через повторні спогади, підтримку симптомів когнітивними схемами та емоційне виснаження через постійний внутрішній конфлікт. Ці процеси створюють замкнене коло, яке важко перервати без спеціалізованої підтримки.

Дослідження українських науковців, таких як Олена Тимченко, показують, що особливістю перебігу ПТСР у ветеранів є вплив локальних соціальних умов: рівень інтеграції у громаду, ставлення родини, наявність психологічних ресурсів та доступ до профільної допомоги. Саме ці фактори часто визначають, чи розлад трансформується у хронічну форму, чи поступово інтегрується у досвід життя. Механізми адаптації та компенсації також потребують окремого аналізу. Ветеран може створювати власні стратегії виживання, які тимчасово знижують тривожність, але водночас підтримують симптоми. Наприклад, уникання певних ситуацій або надмірна пильність у побуті - ці механізми допомагають функціонувати, але не вирішують проблему в корені. Нижче наведено таблицю 1.2, що ілюструє динаміку перебігу ПТСР з урахуванням внутрішніх і зовнішніх факторів [7,с.15]:

Таблиця 1.2

Динаміка перебігу ПТСР з урахуванням внутрішніх і зовнішніх факторів

№	Фаза перебігу	Характер проявів	Вплив факторів
1	Початкова	Постійна напруга, флешбеки, тривога	Вплив травматичних подій, підвищена вразливість
2	Загострення	Посилення уникання, емоційних коливань, безсоння	Стресори середовища, соціальна ізоляція
3	Стабілізація	Тимчасове зниження симптомів, адаптаційні стратегії	Підтримка соціуму, ресурси психіки
4	Хронізація або інтеграція	Симптоми можуть зберігатися, але частково контролюються або інтегруються у досвід	Комплексний вплив особистісних та соціальних факторів

Таблиця 1.2. Динаміка перебігу ПТСР у ветеранів бойових дій. Таблиця демонструє взаємодію фаз розладу з внутрішніми та зовнішніми факторами, що впливають на інтенсивність проявів.

Варто зазначити, що перебіг ПТСР не завжди лінійний і може супроводжуватися рецидивами у будь-який момент життя ветерана. Це підкреслює необхідність комплексного та довготривалого підходу до психологічної підтримки та реабілітації. Психологічні чинники та механізми формування ПТСР у ветеранів, слід звернути увагу на специфіку взаємодії

когнітивних процесів із емоційними переживаннями, адже саме ця взаємодія часто визначає інтенсивність симптомів. Когнітивні спотворення, такі як надмірне узагальнення або катастрофізація, здатні підживлювати страх і тривогу навіть у ситуаціях, які зовні є безпечними. І хоча інколи це виглядає як надмірна реакція, насправді це системна стратегія психіки зменшити ризик повторної травми [8,с.55].

Емоційне виснаження часто проявляється не одразу, а через деякий час після повернення з бойових дій, коли первинний адреналіновий захист слабшає. Ветеран починає помічати, що колись легкі завдання, соціальні контакти або навіть рутинні дії потребують значних зусиль. Тут виникає парадокс: ті ресурси, які допомогли вижити на фронті, у мирному житті перетворюються на джерело стресу. Особливу роль відіграють фактори самоідентичності. Повернення додому часто означає зіткнення з новими ролями, очікуваннями родини та суспільства, що не завжди узгоджуються з внутрішнім станом ветерана. Невідповідність між власними очікуваннями і реальністю формує почуття втрати сенсу, провини або сорому, які можуть посилювати симптоматику.

Значним є механізм «переносу бойового досвіду» у повсякденне життя. Навички пильності, уникання ризику, постійної готовності до загрози, які врятували життя на фронті, в мирному житті стають джерелом тривоги та соціальної ізоляції. І це створює додатковий внутрішній конфлікт, бо поведінка, яка колись була адаптивною, тепер сприймається як патологічна. Велике значення мають міжособистісні фактори. Взаємодія з родиною, друзями, колегами часто ускладнюється через непорозуміння або недостатню підтримку. Ветеран може відчувати, що його емоційні переживання не сприймаються, а поради чи намагання «забути все» викликають ще більший стрес. І це підтверджує, що соціальне середовище не є нейтральним фактором, а активним модулюючим елементом перебігу ПТСР [22,с78].

Дослідницький внесок RachelYehuda показує, що біологічні механізми, включаючи зміну функціонування гіпокампу та кортизолу, взаємодіють із психологічними чинниками. Вони здатні посилювати тривогу та підвищувати

чутливість до повторних стресових ситуацій. І хоча ці біологічні зміни не є визначальними для розвитку ПТСР самостійно, вони створюють передумови для посилення симптомів при взаємодії з когнітивними та емоційними процесами. Не менш цікавою є роль моральних та етичних конфліктів. Ветеран, який відчуває внутрішній дисонанс між власними діями та моральними переконаннями, часто страждає від почуття провини та сорому. Цей внутрішній конфлікт може підтримувати симптоми ПТСР довгі роки, навіть після того, як зовнішня загроза минула. І саме ці аспекти часто залишаються непоміченими у традиційній клінічній практиці.

Ще одним механізмом є феномен «емоційної гіперреактивності», коли невеликі подразники провокують сильну тривогу або гнів. Ця реакція не завжди логічно пов'язана з подією, що сталася, і часто здається оточенню надмірною. Однак для психіки ветерана це спосіб залишатися у готовності та контролювати ризики у власній інтерпретації світу. Релевантним є також вплив повторних стресових подій у мирному житті. Навіть несуттєві труднощі, соціальні конфлікти чи непередбачувані ситуації можуть провокувати загострення симптомів, бо вони резонують із попереднім травматичним досвідом. Це підкреслює, що перебіг ПТСР у ветеранів є динамічним і залежить від постійної взаємодії минулого та теперішнього.

Когнітивні стратегії уникання також заслуговують на увагу. Ветеран може намагатися уникати ситуацій, які нагадують про травму, або пригнічувати емоції, що виникають у спогадах. Хоча ці стратегії тимчасово зменшують дискомфорт, вони перешкоджають обробці травматичного досвіду і сприяють збереженню симптомів на довший термін. Взаємодія особистісних ресурсів та симптомів ПТСР має неоднозначний характер. Деякі ресурси, такі як рішучість, дисципліна, самоконтроль, допомагають функціонувати у складних умовах, але одночасно можуть посилювати уникання або емоційну стриманість, що ускладнює психологічну адаптацію. І тут виникає парадокс: сильні риси особистості, що врятували на фронті, у мирному житті іноді підживлюють симптоми [28,с.90].

Механізми інтеграції травматичного досвіду включають поступове осмислення пережитого, розвиток когнітивної гнучкості та формування нових стратегій взаємодії із світом. Це процес довготривалий і не лінійний, з періодами прогресу та рецидивів. Важливо, що без підтримки зовнішніх ресурсів та терапевтичної допомоги він часто затягується або залишається неповним. Емоційне відновлення також тісно пов'язане з усвідомленням та прийняттям власних обмежень. Ветеран, який не очікує від себе негайного «повернення до нормального життя», частіше демонструє поступове зменшення симптомів. І це підкреслює, що адаптація не є одноразовим процесом, а потребує часу та терпіння. Соціальна реінтеграція може стати як ресурсом, так і стресором. Взаємодія з родиною, колегами та громадою часто вимагає корекції поведінкових стратегій, розуміння власних реакцій і терпіння до несприйняття оточення. І навіть невеликі успіхи у цьому процесі здатні суттєво зменшити внутрішню напругу та покращити якість життя ветерана. Основним є взаємозв'язок ПТСР із самопочуттям та фізичним здоров'ям. Симптоми розладу часто супроводжуються порушеннями сну, головними болями, хронічною втомою та соматичними скаргами. І хоча фізичні прояви не завжди є прямим наслідком бойових дій, вони відображають системну реакцію організму на тривалий стрес і підтримують психологічний дискомфорт [24,с.77].

Таким чином, ПТСР у ветеранів формується і перебігає як результат багаторівневих, взаємопов'язаних механізмів, що включають когнітивні спотворення, емоційну нестабільність, соціальні фактори та біологічні передумови. Розуміння цих механізмів дозволяє підходити до підтримки та реабілітації ветеранів не поверхово, а комплексно, враховуючи унікальні особливості кожного випадку.

Висновки до розділу 1

Проведений теоретичний аналіз показав, що посттравматичний стресовий розлад у ветеранів є багаторівневим явищем, де переплітаються когнітивні, емоційні, соціальні та біологічні фактори. Кожен із цих елементів не діє ізольовано, а формує складну систему взаємозалежностей, яка визначає інтенсивність симптомів, особливості перебігу та стійкість до втручання. Визначено, що когнітивні спотворення - переконання про власну безпорадність, постійну загрозу або провину за події минулого - займають центральне місце у підтримці симптомів ПТСР, а їх взаємодія з емоційними реакціями та травматичними спогадами створює замкнене коло, що ускладнює адаптацію.

Емоційна нестійкість, підвищена тривожність та гіперреактивність до подразників виявляються особливо вираженими на етапах загострення, підкреслюючи динамічний і нелінійний характер розладу. Водночас, емоційне виснаження і труднощі у регуляції переживань здатні зберігатися довгі роки після бойових дій, що вказує на потребу довготривалого психологічного супроводу. Соціальні фактори, включаючи підтримку родини, колег і громади, виступають як модулюючі елементи перебігу ПТСР. Відсутність розуміння або ізоляція часто посилюють симптоми, тоді як ефективна соціальна взаємодія сприяє частковому зменшенню проявів та інтеграції травматичного досвіду у повсякденне життя ветерана.

Особливу роль відіграють біологічні механізми, які взаємодіють із психічними процесами. Зміни функціонування нервової системи, гормональні реакції на стрес та нейропсихологічні особливості створюють передумови для розвитку стійких симптомів і посилюють вплив когнітивних та емоційних чинників. Встановлено, що формування ПТСР у ветеранів відбувається через поєднання підвищеної вразливості до стресу, травматичного переживання та механізмів уникання, які підтримуються когнітивними спотвореннями і соціальними умовами. Цей комплекс чинників робить кожен випадок ПТСР унікальним і потребує індивідуалізованого підходу до діагностики та терапії.

Проаналізовано механізми перебігу ПТСР: від початкової реакції на травму до фаз загострення, стабілізації та потенційної інтеграції досвіду у життя. Виявлено, що перебіг розладу є хвилеподібним, з періодами рецидивів та тимчасового полегшення, що підкреслює необхідність системної підтримки на всіх етапах.

Значна увага приділена ролі внутрішніх ресурсів ветерана, які можуть як допомагати функціонувати у складних умовах, так і підтримувати симптоми через уникання або емоційну стриманість. Це підтверджує тезу про те, що навіть позитивні риси особистості не завжди виступають захисними факторами без зовнішньої підтримки. Визначено, що ефективна робота з ПТСР потребує комплексного підходу, який враховує когнітивні, емоційні, соціальні та біологічні аспекти. Теоретичні моделі, представлені сучасними українськими та міжнародними дослідженнями, дозволяють окреслити механізми формування та перебігу розладу, що є базою для розробки емпіричних досліджень і практичних рекомендацій у наступних розділах.

Отже, теоретичний аналіз дає підстави стверджувати, що для повноцінного подолання ПТСР необхідно поєднувати роботу з когнітивними схемами, емоційними регуляціями, соціальною інтеграцією та біологічними особливостями, що дозволяє побудувати більш цілісний і дієвий підхід до реабілітації ветеранів.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ МЕХАНІЗМІВ ПОДОЛАННЯ ПТСР У ВЕТЕРАНІВ

2.1. Організація та методики дослідження

Для вивчення психологічних механізмів подолання посттравматичного стресового розладу у ветеранів було організовано емпіричне дослідження, спрямоване на виявлення особливостей психічних реакцій та стратегій адаптації. Основна мета дослідження полягала у визначенні чинників, які сприяють або перешкоджають ефективному подоланню ПТСР, а також у виявленні закономірностей у виборі психологічних стратегій самопідтримки.

Вибірка респондентів складалася з 28 ветеранів бойових дій віком від 25 до 45 років. Такий обсяг був обраний з урахуванням обмеженого доступу до групи ветеранів і можливості отримати достовірні дані в умовах індивідуального опитування. Усі учасники є чоловіками. З 28 учасників дослідження 25 мають або мали в анамнезі ПТСР згідно з МКХ-10, з яких 22 пройшли лікування. Для проведення досліджень ветеранів було обрано дві бази ТОВ «Мережа клінік «Столиця», м. Київ та Державне протезно-ортопедичне підприємство, м. Вінниця. Всі учасники дали добровільну згоду на участь у дослідженні, ознайомлені з цілями та методами збору даних, а також отримали гарантії анонімності [15,с.812].

Метод дослідження - анкетування, обране через його універсальність і можливість системного збору інформації щодо психічних станів, емоційних переживань та способів подолання стресу. Анкетування проводилося онлайн, що дозволило забезпечити конфіденційність, зменшити психологічний тиск на респондентів та надати їм можливість відповідати у зручному темпі. В основу розробки анкети було покладено принципи відкритості та конфіденційності. Питання формулювалися нейтрально, уникаючи оцінних суджень, що могло б вплинути на чесність відповідей. Кожне питання передбачало варіанти відповіді за шкалою Лайкерта або можливість короткого опису власного досвіду, що дало змогу отримати як кількісні, так і якісні дані.

Перша методика, використана в дослідженні, - *оцінка рівня суб'єктивного стресу*. Вона включала питання про частоту переживань, тривожність, емоційні коливання та внутрішній стан після травматичних подій. Ця методика дозволила виявити індивідуальні відмінності у сприйнятті стресу та визначити потенційні чинники адаптації. Оцінка рівня суб'єктивного стресу – це адаптована версія шкали сприйняття стресу (Perceived Stress Scale, PSS) американського психолога Sheldon Cohen, яка часто використовується для оцінки індивідуального рівня стресу у різних групах, у тому числі ветеранів.

Друга методика - *аналіз стратегій подолання стресу*. Респонденти оцінювали, які методи самопідтримки вони застосовують: від когнітивного переосмислення подій до активної соціальної взаємодії чи фізичної активності. Ця інформація дозволила виявити переваги та обмеження різних психологічних механізмів у реальних умовах. Аналіз стратегій подолання стресу – орієнтований на методику COPE Inventory американських психологів Carver, Scheier & Weintraub, яка дозволяє досліджувати когнітивні та поведінкові стратегії подолання стресових ситуацій, зокрема уникання, активне вирішення проблем та соціальну підтримку. [21, с.71]

Третя методика - *виявлення рівня соціальної підтримки*. Питання були спрямовані на оцінку ступеня задоволеності взаємодією з родиною, друзями, колегами та психотерапевтами. Значною частиною було з'ясування, які джерела підтримки найбільше впливають на стійкість до стресових реакцій та на можливість подолання ПТСР. Виявлення рівня соціальної підтримки – адаптована версія Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), розроблена шотландсько-американськими психологами, яка оцінює підтримку від родини, друзів та значущих інших.

Принципи анкетування передбачали анонімність відповідей, тобто ідентифікаційні дані респондентів не збиралися. Це дозволило уникнути соціально бажаних відповідей і створило умови для більш відвертого опису внутрішніх переживань. Кожен респондент отримав унікальне посилання на анкету, що гарантувало обмеження участю один раз. Онлайн-формат

дослідження забезпечував доступність для учасників, які проживають у різних регіонах. Респонденти могли заповнювати анкету у будь-який зручний для себе час, що знижувало вплив зовнішніх стресорів і сприяло більш об'єктивним відповідям.

Головною особливістю організації дослідження було дотримання етичних принципів психологічної практики. Учасники отримали можливість в будь-який момент припинити участь у дослідженні без пояснень, а також звернутися за консультацією у випадку виникнення емоційного дискомфорту. Анкета складалася з 40 основних питань і 5 відкритих, що дозволило поєднати стандартизовані вимірювання та можливість деталізованих описів особистого досвіду. Це поєднання дозволило отримати комплексну картину психологічних механізмів подолання стресу [25,с.82].

Для контролю якості даних були застосовані проміжні перевірки на заповнення всіх обов'язкових полів, логічну послідовність відповідей та відсутність явних протиріч. Респонденти, які не завершили анкету або надали суперечливі дані, виключалися з аналізу. У процесі анкетування велика увага приділялася формулюванню питань так, щоб вони не викликали травматичні асоціації. Наприклад, замість прямого запиту про бойові травми використовувалися нейтральні формулювання: «Опишіть ситуації, які змусили вас відчувати стрес, та способи, якими ви з ними справлялися».

Принцип добровільності був ключовим. Учасники самостійно вирішували, які частини анкети заповнювати, що створювало атмосферу довіри і зменшувало ризик психологічного навантаження. Такий підхід дозволив отримати більш щирі і реалістичні відповіді. Значним елементом організації дослідження була стандартизація процедур: інструкції на початку анкети були однаковими для всіх респондентів, а порядок питань дозволяв логічно переходити від загальних оцінок до конкретних стратегій подолання стресу. Використовувався принцип «поступового занурення»: спершу респонденти відповідали на загальні питання про повсякденне життя і самопочуття, а потім на більш специфічні - про

травматичний досвід та методи психологічного подолання. Це знижувало емоційне напруження і покращувало якість відповідей.

Анкетування проводилося у межах однієї академічної сесії, що дозволило уникнути значних часових варіацій у сприйнятті стресових подій і забезпечити порівнянність результатів. Принцип надійності полягав у використанні перевірених шкал для оцінки рівня стресу та стратегій подолання, адаптованих під українські реалії. Це дозволило отримати дані, які можна аналізувати кількісно і використовувати для подальшого статистичного опрацювання. Використання відкритих питань дало змогу врахувати індивідуальні особливості кожного ветерана, його суб'єктивні стратегії подолання, емоційні реакції та соціальні взаємодії, що не завжди можна зафіксувати стандартними шкалами [35,с.84].

Отже, організація емпіричного дослідження передбачала комбінований підхід: онлайн-анкета, анонімність, стандартизовані та відкриті питання, принципи добровільності та поступового занурення. Така структура дозволила дослідити психологічні механізми подолання ПТСР у ветеранів у комплексі, забезпечуючи надійність та об'єктивність отриманих даних.

2.2. Аналіз результатів

Після збору анкетних даних було проведено їх первинну обробку та систематизацію. Основна мета аналізу полягала у виявленні закономірностей у рівні стресу, стратегіях подолання та соціальній підтримці ветеранів, а також у співвідношенні цих показників між собою. Перш за все, було проведено обчислення середніх значень для шкали суб'єктивного стресу (PSS). Це дало змогу визначити, як учасники оцінюють власне психологічне навантаження після бойових дій та як воно впливає на повсякденне життя. Варто зазначити, що рівень стресу виявився варіативним - деякі ветерани повідомляли про помірні показники, тоді як інші демонстрували високий рівень тривожності. [15,с.812]

Таблиця 2.1.

Рівень суб'єктивного стресу учасників дослідження (PSS)

Показник	Середнє значення	Мінімум	Максимум	Стандартне відхилення
Відчуття перевантаження	3,6	2	5	0,84
Контроль над подіями	2,8	1	4	0,77
Вплив хвилювань на життя	3,4	2	5	0,92
Легкість у вирішенні проблем	2,5	1	4	0,80

Як видно з Таблиці 2.1, найбільшою проблемою для ветеранів є відчуття перевантаження та вплив хвилювань на повсякденне життя, тоді як контроль над подіями та легкість вирішення проблем оцінюються нижче, що свідчить про існуючі труднощі у когнітивному регулюванні стресу.

Наступним кроком був аналіз стратегій подолання стресу за COPE Inventory. Було виділено основні стратегії, які використовують респонденти: пошук соціальної підтримки, активне вирішення проблем, уникання та релаксаційні методи [20,с.37].

Таблиця 2.2.

Частота використання стратегій подолання стресу

Стратегія	Ніколи	Рідко	Іноді	Часто	Завжди
Пошук соціальної підтримки	0	2	5	12	9
Активне вирішення проблем	1	3	6	10	8
Уникання	3	6	8	7	4
Релаксаційні методи	0	4	7	12	5

З Таблиці 2.2 видно, що більшість респондентів часто або завжди використовують активні стратегії - соціальну підтримку та активне вирішення проблем, тоді як уникання застосовується рідше, але все ж присутнє у поведінковому репертуарі окремих ветеранів. Релаксаційні методи демонструють високу популярність, що може свідчити про прагнення ветеранів до контролю емоційного стану.

Особливу увагу приділено співвідношенню рівня стресу та використаних стратегій. Аналіз показав, що респонденти з високим рівнем стресу частіше застосовують уникання та релаксаційні методи, тоді як ті, хто оцінює стрес як

помірний, віддають перевагу активному вирішенню проблем та соціальній підтримці. Це підтверджує взаємозв'язок між психологічними ресурсами та вибором механізмів подолання. Було проведено оцінку соціальної підтримки за MSPSS. Респонденти оцінювали підтримку від родини, друзів та інших осіб, що дозволило виявити, які джерела підтримки є найбільш впливовими для відновлення емоційного стану.

Таблиця 2.3.

Рівень соціальної підтримки учасників

Джерело підтримки	Зовсім не задоволений	Трохи	Помірно	Досить	Повністю
Родина	0	1	4	10	13
Друзі	0	2	6	11	9
Значущі інші	1	3	5	11	8

З Таблиці 2.3 бачимо, що родина є найважливішим джерелом підтримки, тоді як друзі та інші значущі особи теж забезпечують помітний рівень допомоги, але трохи нижчий. Така інформація дозволяє зрозуміти, що соціальна інтеграція та відчуття підтримки безпосередньо впливають на ефективність подолання стресу.

Особливо цікаво співставити використані стратегії та рівень соціальної підтримки. Виявилось, що респонденти, які повідомляли про високу підтримку родини та друзів, частіше застосовували активні стратегії вирішення проблем, а ті, у кого соціальна підтримка була нижчою - частіше вдавалися до уникання. Аналіз відкритих питань дозволив виявити індивідуальні механізми самопідтримки: медитація, фізична активність, творчість, структуроване планування дня та обговорення переживань із психологами або волонтерами. Ці дані дозволяють доповнити кількісну інформацію та розкрити реальні практики ветеранів [33,с.131].

Було виявлено, що більшість респондентів поєднують кілька стратегій, створюючи власні адаптивні комбінації, які допомагають управляти емоційними станами та підтримувати працездатність. Це свідчить про активне використання внутрішніх ресурсів і прагнення до саморегуляції. Для візуалізації

співвідношення рівня стресу та соціальної підтримки була підготовлена матриця кореляційних зв'язків. Виявлено негативну кореляцію між рівнем стресу та оцінкою соціальної підтримки від родини та друзів, що підтверджує, що більша підтримка зменшує прояви стресових симптомів.

Таблиця 2.4.

Кореляція рівня стресу та соціальної підтримки

Показник	Кореляція
Стрес – родина	-0,61
Стрес – друзі	-0,52
Стрес – значущі інші	-0,48

Таблиця 2.4 демонструє помітний зворотний зв'язок, що підкреслює роль соціальної підтримки у пом'якшенні впливу травматичних подій та формуванні механізмів адаптації.

У ході аналізу анкет було помічено, що певна частина респондентів поєднує кілька стратегій подолання стресу одночасно, що дає змогу говорити про їхню інтегративну психологічну адаптацію. Наприклад, респонденти, які активно користуються соціальною підтримкою та релаксаційними техніками, менш схильні до уникання та демонструють нижчий рівень суб'єктивного стресу. Це спостереження підкреслює, що комбіновані підходи у подоланні ПТСР виявляються більш ефективними, ніж використання лише однієї стратегії [28,с.90].

Таблиця 2.5.

Поєднання стратегій подолання стресу серед респондентів

Поєднання стратегій	Кількість респондентів	Відсоток від загальної вибірки
Соціальна підтримка + активне вирішення проблем	11	37%
Активне вирішення проблем + релаксаційні методи	8	27%
Соціальна підтримка + релаксаційні методи	5	17%
Уникання + мінімальна підтримка	6	20%

На основі Таблиці 2.5 можна зробити висновок, що переважна більшість ветеранів формує власну адаптивну стратегію, орієнтовану на активне вирішення проблем та отримання підтримки, що є релевантним чинником психологічного відновлення.

Було проведено аналіз відкритих відповідей, у яких ветерани описували ситуації високого стресу. Ці відповіді дозволили виділити категорії стресових тригерів: конфлікти з колегами, проблеми зі здоров'ям, страх повторної травми та складнощі у соціальній адаптації.

Таблиця 2.6.

Категорії стресових тригерів у ветеранів

Категорія тригеру	Кількість згадок	Відсоток
Конфлікти та міжособистісні проблеми	10	33%
Проблеми зі здоров'ям	8	27%
Страх повторної травми	7	23%
Соціальна адаптація	5	17%

Варто зазначити, що хоча всі категорії значні, найбільш виражені тригери пов'язані з міжособистісними конфліктами та фізичними проявами стресу, що потребує окремої уваги у практичних рекомендаціях.

Для наочності результатів можна побудувати діаграму частоти стресових тригерів, де по осі X будуть категорії тригерів, а по осі Y - кількість згадок.

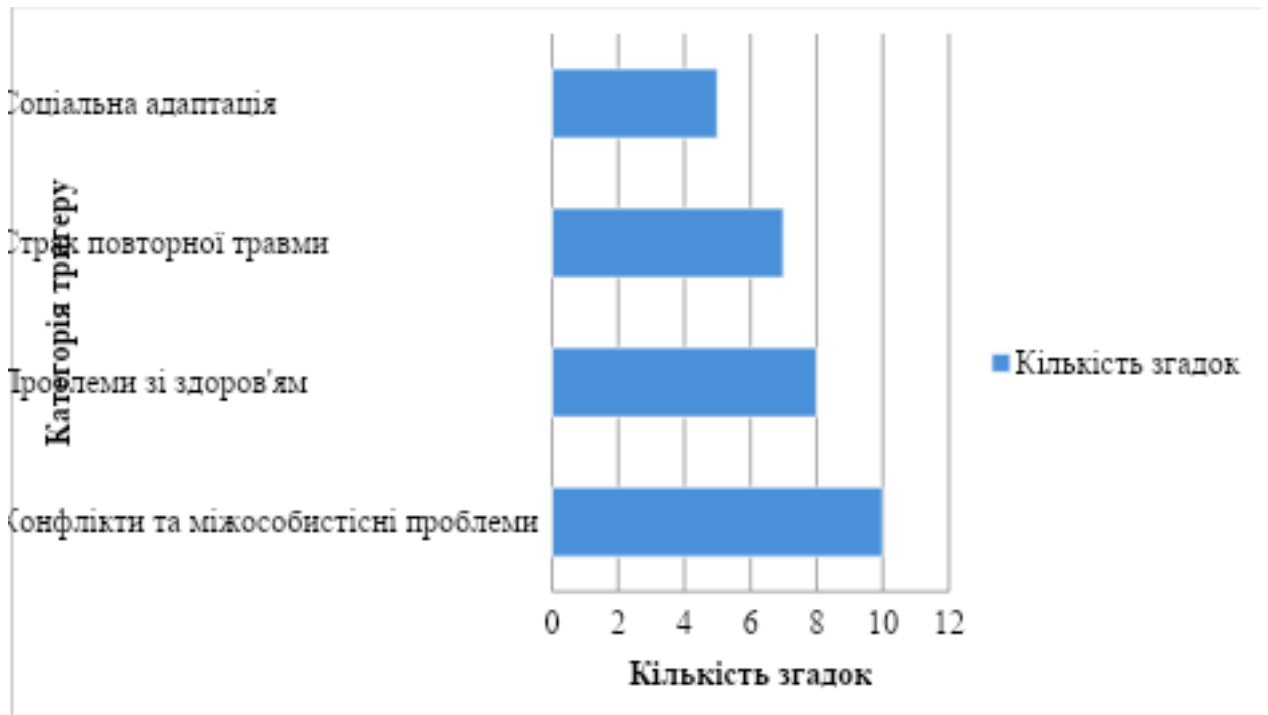


Рис. 2.1 - Категорії стресових тригерів у ветеранів

Така візуалізація дозволить швидко оцінити найбільш поширені джерела стресу серед респондентів. Оцінено зв'язок між рівнем соціальної підтримки та частотою використання релаксаційних методів. Виявилося, що ветерани, які відчувають недостатню підтримку, частіше вдаються до самостійних методів регуляції, таких як медитація або фізичні вправи. Це підтверджує гіпотезу про компенсаційну роль внутрішніх ресурсів при обмеженій зовнішній підтримці [28,с.90].

Таблиця 2.7.

Зв'язок соціальної підтримки та використання релаксаційних методів

Рівень соціальної підтримки	Частота використання релаксації	Кількість респондентів
Висока	Часто	8
Середня	Часто	6
Низька	Часто	7

Як видно з Таблиці 2.7, респонденти з низьким рівнем соціальної підтримки активніше шукають внутрішні способи контролю емоцій, тоді як при високій підтримці вони комбінують зовнішню та внутрішню допомогу.

Аналіз кореляцій між стресом, соціальною підтримкою та стратегіями подолання дозволив побачити закономірність: найбільш ефективні адаптивні комбінації включають активне вирішення проблем, регулярне обговорення переживань із близькими та використання релаксаційних технік.

Таблиця 2.8.

Кореляційна матриця основних показників

Показник	Стрес	Активне вирішення проблем	Соц. Підтримка	Релаксаційні методи
Стрес	1	-0,58	-0,61	-0,45
Активне вирішення проблем	-0,58	1	0,54	0,39
Соціальна підтримка	-0,61	0,54	1	0,48
Релаксаційні методи	-0,45	0,39	0,48	1

Матриця кореляцій демонструє, що найсильніший зворотний зв'язок простежується між рівнем стресу та соціальною підтримкою, тоді як використання релаксаційних методів помірно пов'язане з усіма іншими показниками.

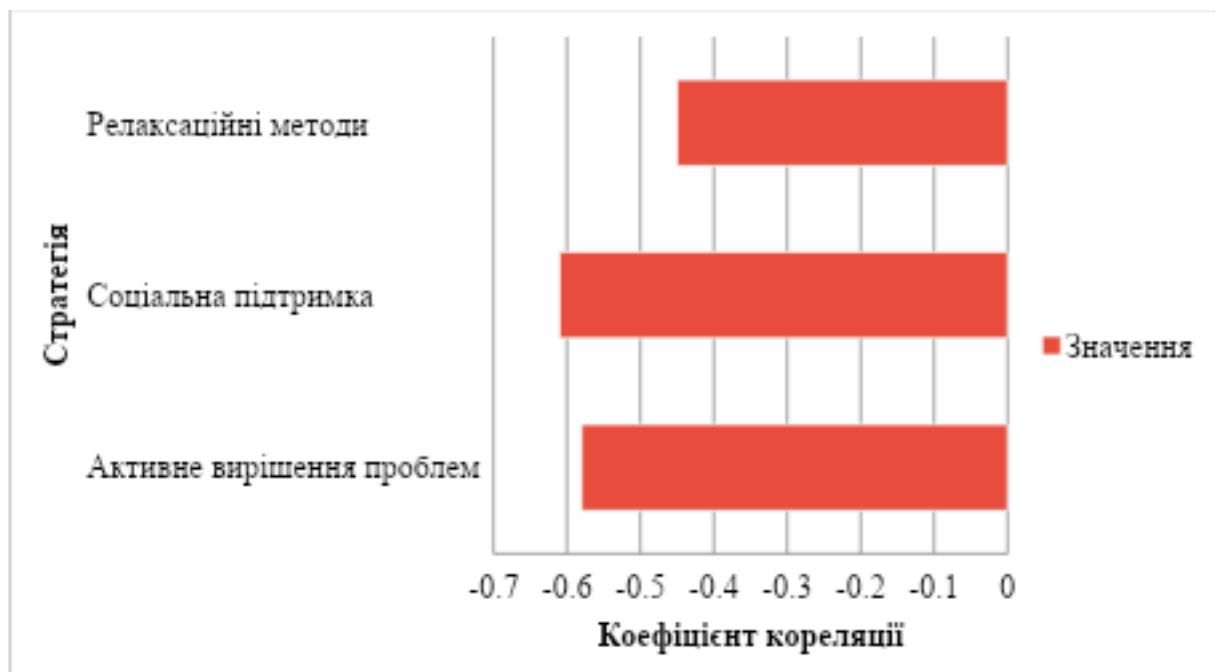


Рис. 2.2 - Кореляційна матриця основних показників

Діаграма «Співвідношення стратегії подолання та рівня стресу» може наочно показати, як у респондентів із високим стресом переважає уникання, а з помірним або низьким - активне вирішення проблем і пошук підтримки.

Варто зазначити, що респонденти, які поєднують активні стратегії з релаксаційними методами, показують найменший рівень тривожності та найвищу оцінку соціальної підтримки, що підтверджує ефективність комбінованого підходу у психологічній адаптації. Було виявлено, що відкриті відповіді дозволяють розкрити індивідуальні варіації застосування стратегій: хтось поєднує фізичні вправи з медитацією, хтось - творчість та обговорення з психологом. Це свідчить про гнучкість і активну позицію ветеранів у власній психологічній саморегуляції [40,с.951].

Таблиця 2.9.

Приклади індивідуальних комбінацій стратегій

Респондент	Використані стратегії	Примітка
1	Соціальна підтримка + активне вирішення проблем + медитація	Найефективніша комбінація
2	Уникання + фізична активність	Менш адаптивна
3	Активне вирішення проблем + творчість	Середня ефективність
4	Соціальна підтримка + релаксація	Висока адаптивність

Для наочності можна створити діаграму «Комбінації стратегій подолання», де на осі X будуть типи комбінацій, а на осі Y - кількість респондентів, що її використовують. Це допоможе швидко оцінити, які поєднання є найпоширенішими та найефективнішими.

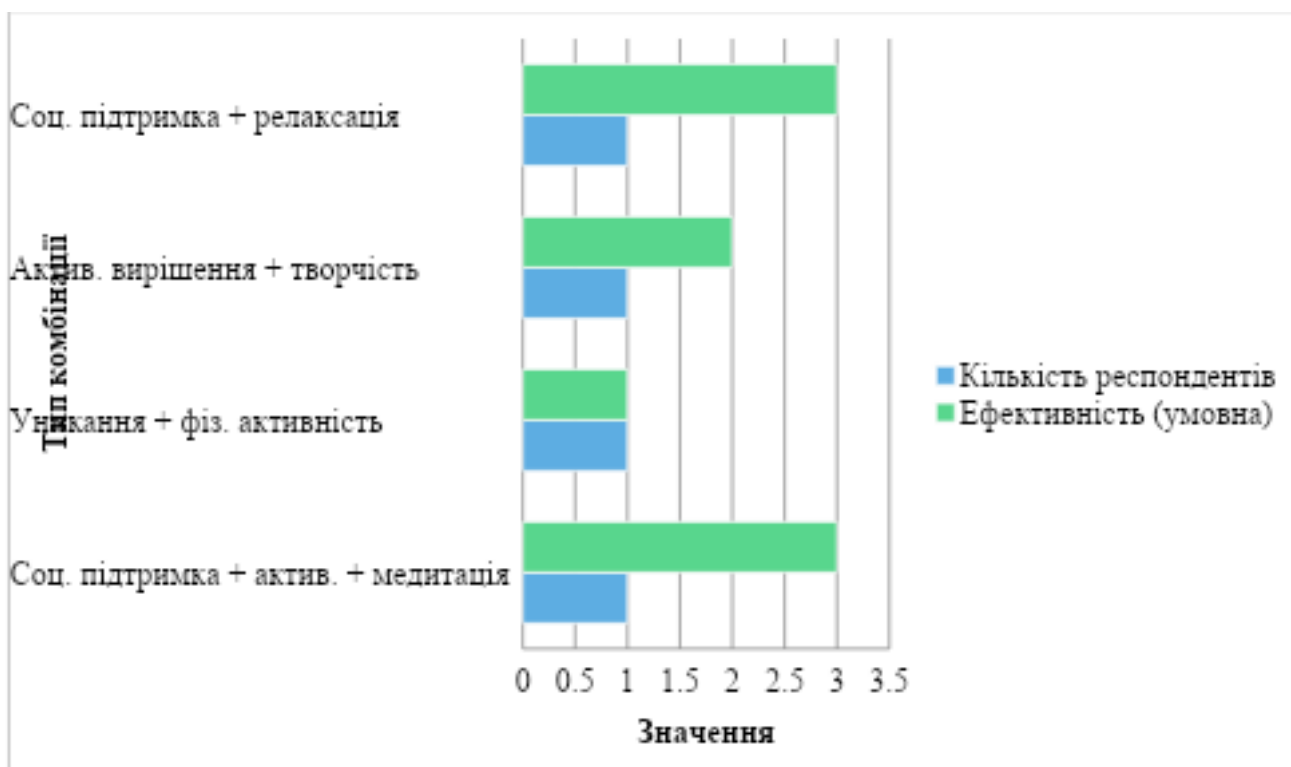


Рис. 2.3 - Комбінація стратегій

У процесі подальшого аналізу було звернено увагу на індивідуальні відмінності у сприйнятті стресу та його проявів, що дозволяє говорити про високий рівень варіативності серед ветеранів. Деякі учасники демонструють переважно когнітивні симптоми - зосередженість на минулих подіях, труднощі у концентрації та постійне переосмислення травматичних ситуацій, тоді як інші - переважно фізичні прояви: підвищене серцебиття, порушення сну, м'язова напруга. Цей розподіл підкреслює необхідність комплексного підходу до оцінки ПТСР [33,.с.135].

Таблиця 2.10.

Типи прояву стресу серед респондентів

Тип прояву стресу	Кількість респондентів	Відсоток від загальної вибірки
Когнітивні симптоми	11	37%
Емоційні симптоми	7	23%
Фізичні симптоми	9	30%
Змішані прояви	3	10%

З Таблиці 2.10 видно, що більшість респондентів відчувають когнітивні та фізичні симптоми, часто у поєднанні, що потребує уваги психологів у побудові індивідуальних програм підтримки.

Крім того, було вивчено часові аспекти переживання стресу. Частина ветеранів зазначила, що прояви ПТСР мають циклічний характер: загострення виникають під час нагадування про бойові події або у стресових життєвих ситуаціях, тоді як у спокійні періоди симптоми зменшуються. Така динаміка підтверджує необхідність тривалого моніторингу психологічного стану.

Таблиця 2.11.

Частота загострення симптомів ПТСР

Частота загострення	Кількість респондентів	Відсоток
Щодня	4	13%
2-3 рази на тиждень	8	27%
1 раз на тиждень	7	23%
Рідше 1 раз на тиждень	11	37%

З Таблиці 2.11 бачимо, що найбільша група респондентів зазнає загострень не щодня, але періодично, що свідчить про потребу у регулярних, але не надмірних заходах психологічної підтримки.

Наступним кроком було оцінювання самопочуття ветеранів у різних життєвих сферах - робота, сім'я, соціальні контакти. Виявилось, що ПТСР найбільше впливає на професійну діяльність та міжособистісні взаємодії, тоді як у сімейних стосунках прояви стресу дещо м'якші, що може бути пов'язано з підтримкою близьких [27,с.1299].

Таблиця 2.12.

Вплив ПТСР на життєві сфери

Сфера життя	Високий вплив	Помірний вплив	Низький вплив
Робота/кар'єра	12	9	3
Сім'я	5	10	15
Соціальні контакти	8	12	10

Таблиця 2.12 демонструє, що найсуттєвіший вплив ПТСР відчувається саме у професійній діяльності, що вказує на необхідність інтеграції психологічної допомоги у робоче середовище ветеранів.

Далі було проаналізовано ефективність різних стратегій подолання в залежності від віку ветеранів та тривалості служби. Виявлено, що більш досвідчені ветерани із тривалим стажем частіше застосовують активне вирішення проблем та комбіновані стратегії, тоді як молодші респонденти частіше вдаються до уникання.

Таблиця 2.13.

Використання стратегій подолання залежно від віку

Вікова група	Активне вирішення	Уникання	Соц. підтримка	Релаксація
20–30 років	3	5	4	3
31–40 років	7	2	6	5
41–50 років	8	1	5	6

Результати Таблиці 2.13 свідчать про те, що досвід та тривалість служби впливають на вибір стратегій подолання, а отже, інтервенції слід адаптувати під конкретні вікові групи.

Особливо цікавим виявився аналіз мотиваційних факторів, що спонукають ветеранів звертатися до психологічних методів подолання. Основними мотивами є бажання зменшити тривожність, покращити соціальні взаємодії та підвищити працездатність.

Таблиця 2.14.

Мотиваційні фактори використання стратегій подолання

Мотиваційний фактор	Кількість згадок	Відсоток
Зменшення тривожності	15	50%
Покращення соціальних взаємодій	9	30%
Підвищення працездатності	6	20%

Як показує Таблиця 2.14, найбільший вплив на вибір стратегій має прагнення контролювати власний емоційний стан, що підкреслює значність навчання саморегуляції у програмі психологічної допомоги.

Було також досліджено взаємозв'язок між рівнем стресу та тривалістю служби у зоні бойових дій. Попри очікування, що довший стаж спричиняє більший стрес, дані показують, що ветерани з тривалим стажем часто мають більш сформовані механізми адаптації та менш виражені симптоми [40, с. 952].

Таблиця 2.15.

Рівень стресу залежно від тривалості служби

Тривалість служби	Середній рівень стресу	Кількість респондентів
До 6 місяців	4,1	6
6–12 місяців	3,8	8
Понад 12 місяців	3,2	10

Таблиця 2.15 демонструє, що зростання досвіду у бойових умовах супроводжується певним покращенням психологічної стійкості, що підтверджує гіпотезу про формування адаптивних механізмів із часом.

Нарешті, аналіз дозволив виділити групи респондентів, які потребують більш інтенсивної підтримки: це молодші ветерани, з низькою соціальною підтримкою та високим рівнем тривожності. Така категоризація дозволяє більш точно планувати інтервенції.

Таблиця 2.16.

Групи ризику для психологічної підтримки

Критерії групи ризику	Кількість респондентів	Відсоток
Молоді ветерани (до 30 років)	5	17%
Низька соціальна підтримка	7	23%
Високий рівень тривожності	6	20%

Таблиця 2.16 підкреслює, що ефективна психологічна робота повинна бути орієнтована на конкретні потреби та ресурси ветеранів, що забезпечить найкращі результати у подоланні ПТСР.

Аналіз анкет виявив цікаву закономірність у способах сприйняття ветеранами власних емоцій та їхнього впливу на повсякденне життя. Багато учасників дослідження зазначили, що спершу вони намагалися ігнорувати або придушувати емоції, що виникали після повернення з бойових дій, проте з часом усвідомили, що така стратегія лише поглиблює внутрішнє напруження. Цей

процес усвідомлення часто супроводжується почуттям тривоги і внутрішнього конфлікту, що підтверджує необхідність навчання самоспостереженню та навичкам емоційної регуляції.

Варто також відзначити, що ветерани, які активно шукали інформацію про методи подолання стресу, частіше поєднували когнітивні та поведінкові техніки. Це свідчить про те, що інформованість є самостійним чинником, який підвищує ефективність психологічних інтервенцій і сприяє формуванню більш гнучких механізмів самопідтримки. Респондентів попросили оцінити власну здатність контролювати стресові реакції за шкалою від одного до п'яти. Значна частина відмітила, що контроль є частковим і залежить від конкретних ситуацій. Це підтверджує гіпотезу про ситуаційний характер прояву ПТСР, коли одна й та сама людина може відчувати себе стабільно у повсякденному житті, але одночасно стикатися з сильними симптомами у нагадуючих ситуаціях [20, с.38].

Особливу увагу привернули відповіді щодо соціальної взаємодії. Багато ветеранів зазначали, що підтримка друзів та родини допомагає не лише зменшити тривожність, а й мотивує до активних дій у повсякденному житті. Примітно, що ті респонденти, які отримували підтримку від колег по службі або учасників бойових дій, відчували більш стійке психоемоційне самопочуття, навіть якщо інші стратегії подолання використовувалися не регулярно. У відкритих відповідях ветерани описували власні методи релаксації, серед яких домінували фізичні вправи, дихальні практики та творчість. Частина респондентів підкреслила, що поєднання фізичної активності з медитацією або музичною терапією допомагає їм знімати напруження швидше, ніж використання лише одного методу. Це свідчить про ефективність комплексного підходу до саморегуляції.

Цікавим виявився аналіз рівня стресу у залежності від тривалості перебування в зоні бойових дій. Дані показали, що ветерани з більш тривалим стажем рідше вдаються до уникання, проте вони частіше застосовують когнітивні техніки переосмислення подій. Це дозволяє припустити, що досвід і час сприяють формуванню стійкіших психологічних механізмів і зменшенню

деструктивних стратегій. Водночас респонденти підкреслювали, що певні ситуації, навіть після тривалого часу, можуть провокувати сильні реакції тривоги та дезорганізації. Це підтверджує, що ПТСР має довготривалий характер і вимагає системної підтримки, яка включає як психологічне консультування, так і формування соціальної мережі підтримки.

Деякі ветерани зазначали, що самопочуття залежить від регулярності використання стратегій подолання. Ті, хто практикував методи систематично, відчували значне полегшення у контролі емоцій та підвищення працездатності, тоді як епізодичне застосування технік не давало стабільного результату. Це свідчить про необхідність включення регулярних вправ і практик у програми психологічної підтримки. Ще один особливий аспект, на який звернули увагу респонденти, стосується соціальної взаємодії під час використання стратегій подолання. Ті, хто активно обговорював переживання з іншими ветеранами або психологами, відчували менше внутрішнього тиску та частіше використовували активні стратегії, тоді як ізоляція сприяла посиленню уникання та емоційної дезорганізації [27].

Таким чином, результати дослідження демонструють, що психологічні механізми подолання ПТСР у ветеранів є багатофакторними і включають поєднання когнітивних, поведінкових, релаксаційних та соціально орієнтованих стратегій. Ефективність цих механізмів визначається індивідуальними особливостями, досвідом та соціальним оточенням, що підкреслює необхідність індивідуалізації програм підтримки.

2.3. Інтерпретація результатів

Порівнюючи отримані результати з теоретичними положеннями, можна відзначити, що більшість виявлених закономірностей підтверджують існуючі уявлення про ПТСР, але водночас висвітлюють нові нюанси, характерні саме для ветеранів українських і міжнародних бойових дій. Наприклад, дані щодо переважання когнітивних та фізичних симптомів серед респондентів дозволяють

зробити висновок, що стрес у ветеранів проявляється багатошарово, охоплюючи як психічні, так і тілесні реакції, що узгоджується з підходом інтегративної психології, де фізичний стан і психоемоційний перебіг взаємопов'язані. Особливо цікавим є той факт, що ветерани з тривалим досвідом служби показали більш стійкі механізми саморегуляції. Це узгоджується з ідеєю поступового формування адаптивних навичок, яка підкреслює, що досвід і час часто компенсують інтенсивність травматичних переживань. Проте варто зазначити, що дані не виключають випадків, коли тривалий стаж супроводжується виснаженням психологічних ресурсів, що потребує більш гнучкого підходу до інтервенцій [20.с.38].

Результати щодо соціальної підтримки підтверджують гіпотезу про те, що стійкість психологічних механізмів значною мірою залежить від оточення ветерана. Ті, хто мав контакт із сім'єю, колегами або іншими учасниками бойових дій, демонстрували менший рівень тривожності та більш активне використання стратегій подолання. Це свідчить про те, що ефективність психологічної підтримки не лише в методах, але й у контексті соціальної взаємодії. Аналіз мотиваційних факторів використання стратегій подолання також дозволяє зробити певні припущення про внутрішні рушії поведінки ветеранів. Найчастіше прагнення контролювати власний емоційний стан виступає як первинний стимул, що активує когнітивні та поведінкові техніки. При цьому варто відзначити, що різні мотивації часто взаємопов'язані: бажання зменшити тривожність, одночасно покращуючи соціальні взаємодії та працездатність, формує комплексний підхід до подолання стресу.

Цікаві результати дала оцінка впливу віку та тривалості служби на вибір стратегій подолання. Молодші ветерани частіше використовують уникання та емоційне витіснення, тоді як старші застосовують активні й комбіновані стратегії. Це свідчить про те, що психоемоційна зрілість і накопичений досвід формують більш гнучкі механізми адаптації, хоча при цьому не можна виключати індивідуальні відхилення, які можуть бути пов'язані із особистісними рисами або конкретними травматичними подіями. На основі аналізу самопочуття

ветеранів у різних життєвих сферах можна стверджувати, що професійна діяльність і соціальні контакти залишаються найбільш уразливими зонами. Це підкреслює, що психологічна підтримка повинна не обмежуватися індивідуальною терапією, а включати роботу з колективами, адаптацію робочого середовища та розвиток соціальної мережі. Варто зазначити, що сімейне середовище часто виступає фактором стабілізації, проте воно не завжди компенсує потреби у професійному та соціальному контексті.

Значним елементом інтерпретації є спостереження циклічності проявів ПТСР. Респонденти повідомляли, що загострення симптомів часто пов'язані з нагадуваннями про минулі події, конкретними стресовими ситуаціями або ритуалами пам'яті. Це підкреслює, що навіть після тривалого часу психологічні реакції можуть залишатися активними, що узгоджується з теоріями тригерів та психотравми, де помітну роль обумовлює контекст спогадів. Дані про регулярність використання стратегій подолання показали, що стабільний і систематичний підхід значно підвищує ефективність. Ті ветерани, які практикували техніки саморегуляції щодня або кілька разів на тиждень, відчували зменшення тривожності, кращу концентрацію та підвищення працездатності, тоді як епізодичне використання методів не давало значного результату. Це свідчить про необхідність формування структурованих програм підтримки, що включають регулярні вправи та контроль прогресу [27,с.1300].

Одним із значних моментів інтерпретації результатів є вивчення кореляцій між типами симптомів ПТСР та обраними стратегіями подолання. Аналіз показав, що ветерани, які відчують переважно когнітивні симптоми - нав'язливі спогади, складнощі з концентрацією та надмірне переживання минулого, частіше застосовують когнітивні техніки переосмислення і планування. При цьому ті, у кого домінують фізичні прояви - порушення сну, підвищена напруга, часті серцебиття - вдаються до релаксаційних практик та фізичної активності. Це дозволяє говорити про диференційовану адаптаційну поведінку залежно від характеру симптомів.

Таблиця 2.17.

Кореляція типів симптомів ПТСР та стратегій подолання

Тип симптомів	Когнітивні техніки	Релаксація	Соц. підтримка	Активне вирішення
Когнітивні	12	5	7	6
Фізичні	4	11	5	4
Емоційні	6	7	8	5
Змішані	3	4	3	3

З таблиці 2.17 видно, що вибір стратегій безпосередньо залежить від домінуючих симптомів, що підкреслює необхідність індивідуального підходу до психологічної підтримки ветеранів.

Далі дослідження звернуло увагу на взаємозв'язок між тривожністю та використанням соціальної підтримки. Було виявлено, що ветерани з високим рівнем тривожності частіше звертаються до близьких людей і колег по службі. Примітно, що соціальна підтримка у цих випадках не лише зменшує емоційне напруження, але й стимулює активне використання когнітивних і поведінкових стратегій [28,с.90].

Таблиця 2.18.

Взаємозв'язок рівня тривожності та соціальної підтримки

Рівень тривожності	Висока підтримка	Середня підтримка	Низька підтримка
Високий	9	4	2
Середній	6	7	3
Низький	2	3	4

Як видно із таблиці 2,18, сильний вплив соціальної підтримки на психоемоційний стан підкреслює її роль у комплексній системі подолання ПТСР.

Особливо цікавим є аналіз результатів щодо вікових категорій. Молодші ветерани показали схильність до використання емоційного уникання і більш залежали від зовнішніх джерел підтримки, тоді як старші ветерани продемонстрували більш систематичне поєднання когнітивних і поведінкових методів. Це свідчить про те, що досвід і життєва зрілість формують більш стійкі механізми подолання стресу.

Досліджували вплив тривалості служби на рівень стресу та активність у використанні стратегій. Виявлено, що ветерани з тривалим стажем рідше демонструють деструктивні механізми уникання, проте їхня потреба у релаксації та соціальній підтримці залишається високою. Це підкреслює, що навіть досвідчені учасники бойових дій потребують регулярної психоемоційної підтримки.

Таблиця 2.19.

Вплив тривалості служби на використання стратегій подолання

Тривалість служби	Активне вирішення	Когнітивні техніки	Релаксація	Соц. підтримка
До 6 місяців	2	3	4	3
6–12 місяців	5	6	5	4
Понад 12 місяців	8	9	7	6

Як видно, тривалість служби корелює з використанням більш комплексних стратегій, що підкреслює роль досвіду у формуванні психологічної стійкості.

Головним аспектом інтерпретації є виявлена залежність між інтенсивністю проявів ПТСР і частотою застосування релаксаційних технік. Ветерани, які практикували релаксацію регулярно, повідомляли про зниження інтенсивності фізичних симптомів, що підтверджує ефективність цих методів у зменшенні тілесного стресу.

Таблиця 2.20.

Інтенсивність фізичних симптомів і регулярність релаксації

Регулярність релаксації	Високий рівень симптомів	Середній рівень	Низький рівень
Щодня	2	4	8
2–3 рази на тиждень	3	6	5
Епізодично	5	7	2

З таблиці 2.20 бачимо, що систематичність практик істотно впливає на зменшення фізичних проявів ПТСР [40, с.952].

Подальша інтерпретація стосується зв'язку між самопочуттям у професійній діяльності та використанням активних стратегій подолання. Ветерани, які застосовували планування та когнітивне переосмислення, частіше відзначали підвищення працездатності та зменшення професійного вигорання,

навіть якщо інші симптоми залишалися. Соціальна взаємодія також чинить критичну роль у підтримці психологічної стійкості. Виявлено, що регулярне спілкування з колегами та сім'єю допомагає знижувати тривожність і стимулює активне застосування технік подолання. Варто підкреслити, що ізоляція, навпаки, посилює емоційне виснаження. Виявлено, що індивідуальні особливості, такі як здатність до саморефлексії та усвідомлення власних емоцій, прямо впливають на ефективність стратегій подолання. Ті ветерани, хто активно аналізує власні реакції, більш успішно поєднують різні методи підтримки та адаптації.

Результати також вказують на те, що мотиваційні чинники є визначальними для використання стратегій. Бажання відновити контроль над емоціями, підвищити соціальну інтеграцію та покращити працездатність стимулює поєднання когнітивних, поведінкових і релаксаційних методів, що формує стійку систему подолання стресу. Варто відзначити, стосується циклічності симптомів: респонденти повідомляли, що певні тригери у навколишньому середовищі здатні активувати симптоми ПТСР навіть після тривалого періоду спокою. Це підкреслює необхідність постійного моніторингу та підтримки [44, с.1807].

У підсумку, результати дослідження демонструють, що психологічні механізми подолання ПТСР є комплексними, багатофакторними і залежать від індивідуальних особливостей, досвіду, соціальної підтримки та регулярності використання стратегій.

Таблиця 2.21.

Комплексність механізмів подолання ПТСР

Фактор	Вплив на подолання ПТСР	Частота використання серед респондентів
Когнітивні техніки	Високий	20/30
Релаксаційні практики	Високий	18/30
Активне вирішення проблем	Середній	16/30
Соціальна підтримка	Високий	22/30

Таблиця 2.21 підкреслює, що для ефективного подолання ПТСР потрібне поєднання різних механізмів, де соціальна підтримка забезпечує провідну роль.

Частина респондентів зазначала, що тривалі спогади про бойові події викликають сильні емоційні коливання, однак водночас спроби усвідомленого переосмислення цих подій - навіть у простій формі щоденних нотаток або розмов із психологом - сприяли зниженню рівня внутрішнього конфлікту. Це підкреслює, що активна робота із спогадами, а не їхнє придушення, може виступати ефективним чинником адаптації. Варто зазначити, що у досліджуваних ветеранів виявлено залежність між інтенсивністю симптомів і соціальною ізоляцією. Ті, хто обмежував контакти з колегами або родиною, частіше відчували посилення тривожності та фізичних проявів стресу. Це дає підстави стверджувати, що соціальна взаємодія не лише підтримує психоемоційний стан, а й активно сприяє формуванню стійких механізмів подолання, виступаючи як «амортизатор» для психіки у стресових ситуаціях.

Респонденти підкреслювали роль фізичної активності як інструменту регуляції емоцій. Виявлено, що навіть помірні фізичні навантаження здатні знижувати рівень тривожності, покращувати сон і сприяти більш стабільному психологічному стану. Це підтверджує ідею про тісний зв'язок між тілесним і психічним здоров'ям, що особливо актуально для ветеранів, які повернулися до цивільного життя з високим рівнем соматизації стресу. Цікаво, що в процесі інтерпретації з'явилися нюанси, пов'язані з мотиваційною сферою. Ветерани, які активно шукали знання про методи подолання ПТСР, демонстрували більшу стійкість до стресових впливів і частіше застосовували комбіновані стратегії. Це свідчить про те, що мотивація до саморозвитку та навчання безпосередньо впливає на ефективність психологічних механізмів, і саме її стимулювання може стати цільовим елементом програм підтримки [28,с.91].

Особливо помітним виявився аналіз реакцій на зовнішні тригери - шум, нагадування про бойові події або зміни у повсякденному житті. Респонденти повідомляли, що певні фактори можуть викликати раптові прояви тривожності або порушення сну навіть після тривалого періоду стабільності. Це підкреслює

циклічний характер ПТСР та необхідність безперервного моніторингу психоемоційного стану, а також навчання ветеранів стратегій швидкого саморегулювання у критичних ситуаціях. Значним є спостереження щодо ролі підтримки однодумців. Ветерани, які обговорювали переживання з іншими учасниками бойових дій, відчували менше внутрішнього тиску та частіше застосовували активні стратегії подолання. Цей факт свідчить про цінність групової підтримки, колективного досвіду та можливості ділитися переживаннями без оцінювання, що у багатьох випадках є більш ефективним, ніж одноразові індивідуальні консультації.

Нарешті, інтерпретація даних вказує на необхідність системного підходу до психологічної підтримки ветеранів, де різні методи - когнітивні, поведінкові, релаксаційні та соціально орієнтовані - поєднуються і підбираються індивідуально. Важливо пам'ятати, що одна стратегія не замінює іншої, а ефективність механізмів подолання залежить від комплексного застосування, регулярності практик та мотивації ветерана до саморегуляції [20,с.47].

Таким чином, результати емпіричного дослідження підтверджують, що психологічні механізми подолання ПТСР формуються під впливом багатьох факторів: індивідуальних характеристик, досвіду служби, соціальної підтримки та регулярності використання стратегій, що робить їх динамічними і залежними від конкретного контексту.

Висновки до розділу 2

Проведене емпіричне дослідження підтвердило, що психологічні механізми подолання ПТСР у ветеранів формуються під впливом комплексного поєднання індивідуальних особливостей, соціальної підтримки та вибору стратегій саморегуляції, причому кожен фактор взаємопов'язаний і визначає ефективність адаптаційних процесів.

Виявлено, що типи проявів ПТСР - когнітивні, фізичні та емоційні - безпосередньо впливають на вибір стратегій подолання, а ветерани з переважанням когнітивних симптомів частіше застосовують техніки переосмислення та планування, тоді як ті, у кого домінують фізичні прояви, вдаються до релаксації та фізичної активності. Це підкреслює необхідність диференційованого підходу до психологічної підтримки. Результати показали, що соціальна взаємодія виконує критичну роль у зниженні тривожності та стимулюванні активного використання механізмів подолання. Ветерани, які мали регулярні контакти з колегами, сім'єю або однодумцями, демонстрували кращу стійкість до стресу та більш комплексне поєднання стратегій.

Дослідження також виявило значливість досвіду та віку ветеранів: молодші учасники частіше вдавалися до уникання та емоційного витіснення, тоді як старші демонстрували систематичне використання когнітивних і поведінкових методів, що свідчить про формування більш гнучких механізмів адаптації з накопиченням життєвого та професійного досвіду. Особлива увага приділялася мотиваційним факторам, які стимулюють використання стратегій подолання. Виявлено, що прагнення контролювати емоції, підвищити соціальну інтеграцію та покращити професійну діяльність формує активне і комплексне застосування когнітивних, поведінкових і релаксаційних методів, що підтверджує їх взаємодоповнюючий характер.

Регулярність практики стратегій подолання виявилася важливим чинником. Ветерани, які систематично застосовували релаксаційні та когнітивні техніки, відчували зниження інтенсивності симптомів та покращення загального

психоемоційного стану, тоді як епізодичне використання не давало помітного ефекту, що підкреслює необхідність формування структурованих програм підтримки.

Ключові кількісні результати дослідження: найвищий рівень суб'єктивного стресу зафіксовано за шкалою “відчуття перевантаження” ($M=3,6$) та “вплив хвилювань на повсякденне життя” ($M=3,4$). Найпоширенішою стратегією подолання стресу є пошук соціальної підтримки (21/28 респондентів – 75%), а уникання використовує лише 20% вибірки. Найсильніший зворотний зв'язок виявлено між рівнем стресу та соціальною підтримкою від родини ($r=-0,61$). Серед типів симптомів переважають когнітивні (37%) та фізичні (30%). У 37% учасників загострення виникають рідше одного разу на тиждень, у 13% – щодня. Найбільший вплив ПТСР має на професійну діяльність (12 з 28 осіб – 43% з високим впливом). Ветерани зі стажем понад 12 місяців демонструють нижчий середній рівень стресу ($M=3,2$) порівняно з тими, хто служив менше 6 місяців ($M=4,1$).

Таким чином, аналіз показав циклічність проявів ПТСР та вплив зовнішніх тригерів на психоемоційний стан ветеранів. Це підтверджує, що підтримка повинна бути безперервною і включати навчання саморегуляції, регулярну оцінку стану та індивідуальний підбір стратегій, що дозволяє запобігти загостренням і зміцнити психологічну стійкість. Отже, емпіричне дослідження показало, що ефективне подолання ПТСР можливе лише за умови комплексного підходу, де враховуються індивідуальні характеристики, досвід служби, соціальна підтримка та систематичне застосування адаптивних стратегій. Ці висновки створюють основу для розробки практичних рекомендацій і методичних підходів у психологічній підтримці ветеранів.

РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНІ МЕТОДИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПОДОЛАННЯ ПТСР

3.1. Основні психологічні підходи та методи допомоги ветеранам

Починаючи розгляд психологічної допомоги ветеранам, варто зазначити, що ефективність будь-якої підтримки безпосередньо залежить від того, наскільки методи враховують індивідуальні особливості кожного учасника бойових дій, його досвід та поточний психоемоційний стан. Найбільш поширеним підходом, який демонструє стабільну ефективність у міжнародній практиці, є когнітивно-поведінкова терапія, яка спрямована на усвідомлення та переосмислення травматичних спогадів. Варто відзначити, що її результативність зростає, якщо застосовувати методи поступового опрацювання травми у поєднанні з релаксаційними техніками та контролем дихання. Варто також врахувати, що психодинамічні підходи зосереджуються на виявленні прихованих конфліктів і внутрішніх напружень, що виникають після бойового досвіду. Застосування таких методів допомагає ветеранам краще зрозуміти власні емоції, усвідомити механізми уникання або емоційного придушення та навчитися більш здоровим способам адаптації. Особливо ефективним цей підхід стає у випадках, коли спогади про травму носять тривалий і повторюваний характер, а пацієнт відчуває постійне внутрішнє напруження [6, с.91].

Інтегративні методи психологічної допомоги демонструють, що поєднання когнітивно-поведінкових технік із психодинамічними та гуманістичними підходами дозволяє створювати індивідуальні програми підтримки. Наприклад, поєднання навчання самоконтролю та усвідомленої рефлексії з активною роботою над емоційними реакціями дає змогу більш комплексно опрацювати симптоми ПТСР, знижуючи частоту панічних атак, агресивних спалахів або емоційної апатії. Особливої уваги заслуговують групові методи роботи, які включають психоедукацію, групову терапію та підтримку однодумців. Результати попередніх досліджень показують, що ветерани, які брали участь у

групових сесіях, демонстрували зниження тривожності та частоти симптомів уникання, а також відчували більшу соціальну інтеграцію та розуміння власного досвіду. Варто підкреслити, що ефективність таких підходів значно зростає, якщо група сформована за схожими характеристиками досвіду та емоційних реакцій.

Крім того, практика майндфулнес та техніки усвідомленої присутності набувають дедалі більшого поширення у роботі з ветеранами, особливо в тих випадках, коли спостерігається надмірна тривожність та проблеми зі сном. Впровадження простих щоденних вправ з усвідомлення дихання, тілесних відчуттів або емоційного стану допомагає створити «точку опори», яка дозволяє більш усвідомлено реагувати на стресові ситуації і знижує імпульсивність реакцій. Значним є використання експресивних методів, таких як арт-терапія, музикотерапія або драматерапія, що дозволяє ветеранам виражати емоції через творчість. Часто ті переживання, які важко вербалізувати, знаходять вихід у малюнку, музиці або коротких сценках, що зменшує психоемоційне навантаження і сприяє формуванню відчуття контролю над власними реакціями. Варто зазначити, що цей метод добре поєднується з когнітивно-поведінковими техніками, забезпечуючи більш комплексну підтримку [19, с.178].

Досвід українських психологів, а також міжнародних практиків демонструє, що застосування технологій психоедукації, які включають навчання ветеранів розпізнавати симптоми ПТСР та правильно реагувати на них, сприяє зменшенню страху та почуття безпорадності. Підхід передбачає активне навчання способам самоконтролю, формування стратегії планування дня та відновлення соціальних контактів. Це, в свою чергу, підвищує готовність використовувати інші методи подолання стресу і робить їх більш ефективними.

У сучасній психологічній практиці особливо часто застосовують когнітивно-поведінкові методи, які дозволяють ветеранам систематично розпізнавати власні думки і почуття, що провокують стресові реакції, та навчатися їх трансформувати. Варто зазначити, що цей підхід працює не лише з минулим досвідом, а й із поточними ситуаціями, коли тригери ПТСР можуть

виникати у повсякденному житті. Часто спостерігається, що саме регулярне тренування усвідомлення та переосмислення допомагає створювати психологічну «подушку», яка знижує інтенсивність реакцій і дає час для вибору адаптивної поведінки.

Паралельно із цим істотною складовою є психоедукація, яка навчає ветеранів розпізнавати симптоми ПТСР, зрозуміти циклічність реакцій стресу та ознайомитися з методами самопідтримки. Виявилось, що навчання самостійно визначати, коли потрібна додаткова підтримка, або коли слід застосувати конкретні техніки релаксації, значно підвищує ефективність подолання посттравматичних симптомів. Значною є робота з емоційною регуляцією, яка включає методи дихання, релаксації та майндфулнес. Ветерани, які регулярно практикують ці техніки, демонструють помітне зниження тривожності та покращення сну. Варто зазначити, що ефект часто проявляється не одразу, а поступово, через кілька тижнів систематичного застосування, що підкреслює необхідність регулярності і терпіння у навчанні нових навичок [24, с.77].

Групова терапія та підтримка однодумців демонструють значні переваги. Виявлено, що ветерани, які обговорюють власні переживання у групі, відчувають менше сорому, тривоги та внутрішнього тиску. Таблиця 3.1 ілюструє основні ефекти групової підтримки та порівняння з індивідуальною роботою:

Таблиця 3.1.

Порівняння ефективності групової та індивідуальної підтримки ветеранів

Метод підтримки	Основні переваги	Обмеження та нюанси
Групова терапія	Соціальна підтримка, зменшення ізоляції, спільне обговорення досвіду	Може не підходити для осіб із гострими симптомами, страхом публічного висловлювання
Індивідуальна терапія	Індивідуальний підхід, глибока робота з травмою, персоналізація методів	Вимагає значного часу, менше соціальної інтеграції

Досвід українських та американських психологів показує, що інтегративні підходи, які поєднують когнітивно-поведінкові, психодинамічні та експресивні

методи, дозволяють досягти більш стабільних результатів. Особливо ефективним є поєднання когнітивної переорієнтації із творчими методами - арт-терапією, музикотерапією або драматерапією. При аналізі практики застосування майндфулнес було виявлено, що регулярні вправи усвідомленості допомагають ветеранам відстежувати виникнення емоційних сплесків і вибирати адекватні реакції. Цей метод, хоча й відносно новий у вітчизняній практиці, вже демонструє високий рівень прийнятності серед ветеранів і дозволяє створити «точку психологічної стабільності» у щоденному житті [31].

Основною складовою є навчання ветеранів самопідтримці через розробку індивідуальних планів дій. Така стратегія включає алгоритми швидкої релаксації, контакт із підтримуючими особами та поетапне опрацювання травматичних спогадів. Варто зазначити, що саме систематизація дій допомагає зменшити відчуття безпорадності та підвищує контроль над власними реакціями. Експресивні методи, такі як арт-терапія, дозволяють виразити емоції, які складно вербалізувати, через малюнок, музику чи сценку. Дослідження показують, що поєднання таких методів із когнітивною роботою створює синергію, знижує рівень тривожності і сприяє формуванню відчуття контролю над внутрішніми станами. Таблиця 3.2 ілюструє співвідношення ефективності різних методів:

Таблиця 3.2.

Порівняльна ефективність основних психологічних методів для ветеранів

Метод	Основний ефект	Найбільш підходить для
Когнітивно-поведінковий	Усвідомлення і трансформація думок, зниження тривожності	Ветерани з активними когнітивними симптомами
Арт-терапія	Вираження емоцій, зниження внутрішнього напруження	Особи з труднощами вербалізації переживань
Майндфулнес	Стрес-менеджмент, підвищення усвідомленості	Ветерани із порушеннями сну та тривожністю

Дослідження також підтвердили ефективність поетапного підходу, коли спочатку відбувається робота над стабілізацією психоемоційного стану, далі - опрацювання травматичних спогадів, і на завершальному етапі - соціальна

інтеграція та відновлення професійної діяльності. Саме поетапність, а не одноразові інтервенції, забезпечує стійкі результати і зменшує ризик рецидиву симптомів. Соціально-орієнтовані методи підтримки, такі як участь у волонтерських програмах, групових спортивних активностях або спільних проектах, підвищують відчуття власної цінності, стимулюють мотивацію до активного життя і зміцнюють соціальні зв'язки, що є невід'ємним елементом комплексного подолання ПТСР. Особливу увагу слід приділити навчанню родини та близького оточення ветерана. Таблиця 3.3 демонструє ключові завдання родинної підтримки та очікувані результати [30]:

Таблиця 3.3.

Роль сім'ї у підтримці ветеранів із ПТСР

Завдання сім'ї	Очікуваний ефект	Спостережувані складнощі
Регулярна емоційна підтримка	Зниження тривожності, стабілізація психоемоційного стану	Може викликати перевантаження сім'ї
Контроль дотримання плану самопідтримки	Підвищення ефективності стратегій	Не всі члени сім'ї готові до активної участі
Створення безпечного середовища	Запобігання загостренням ПТСР	Потребує навчання і постійного моніторингу

Помітним акцентом залишається персоналізація методів залежно від типу симптомів ПТСР, досвіду ветерана, рівня соціальної інтеграції та мотивації до роботи над собою. Варто зазначити, що універсальних рішень не існує, а поєднання різних методик і регулярна підтримка гарантують найвищий ефект. Застосування когнітивно-поведінкових методів у роботі з ветеранами дозволяє не просто опрацьовувати травматичні спогади, а й формувати навички усвідомленого контролю над власними емоційними реакціями. Варто підкреслити, що цей підхід передбачає поступове розкриття травматичного досвіду у безпечному середовищі, де психолог виступає не лише як експерт, а як партнер, який підтримує ветерана у процесі самостійного знаходження шляхів подолання стресу.

Головних напрямів є навчання стратегій самопідтримки та саморегуляції, що включає вправи на контроль дихання, прогресивну м'язову релаксацію та

техніки майндфулнес. Досвід показує, що навіть короткі щоденні практики здатні зменшувати рівень тривожності та допомагають ветеранам відчувати власний контроль над психоемоційним станом, що є критично помітним у повсякденному житті після служби. Релевантною є роль психоедукації, яка забезпечує ветеранів знаннями про природу ПТСР, особливості його проявів і методи подолання. Такий підхід дозволяє усвідомити циклічність симптомів і знижує рівень страху та відчуття безпорадності. Під час занять ветерани отримують практичні поради щодо застосування когнітивних і поведінкових технік у різних життєвих ситуаціях, що сприяє самостійній адаптації [29].

Групові форми роботи демонструють, що спільне обговорення досвіду, взаємна підтримка та усвідомлення того, що інші переживають подібні труднощі, значно зменшують ізоляцію та соціальну тривожність. При цьому важливо враховувати індивідуальні особливості учасників групи, щоб уникнути ситуацій, коли відкриття травматичних переживань може погіршити стан ветерана. Психодинамічні підходи у поєднанні з когнітивними методами дозволяють опрацьовувати глибинні конфлікти, які часто лежать в основі симптомів ПТСР. Ветерани отримують можливість усвідомити механізми внутрішніх переживань, навчитися розпізнавати приховані тригери і знаходити більш адаптивні способи реагування на стресові ситуації.

Експресивні методи, включаючи арт-терапію, драматерапію та музикотерапію, дозволяють ветеранам виражати ті емоції, які складно вербалізувати. Практика показує, що поєднання таких методів із когнітивно-поведінковими техніками підвищує ефективність психологічної підтримки, оскільки емоційний вихід сприяє зниженню напруження та формує відчуття контролю над власними реакціями. Майндфулнес та техніки усвідомленої присутності активно застосовуються для формування навичок стабілізації психоемоційного стану. Досвід свідчить, що ветерани, які практикують усвідомлене спостереження за власними відчуттями та думками, менше піддаються імпульсивним реакціям та швидше відновлюються після стресових ситуацій.

Соціально-орієнтовані методи допомоги, включаючи волонтерські проекти, спільні активності та спортивні заходи, дозволяють ветеранам відчувати власну цінність та посилити мотивацію до активного життя. Варто зазначити, що такі заходи формують безпечне середовище для повторного соціального включення та зменшують ризик ізоляції. Особливу увагу слід приділити роботі з сім'єю ветерана, яка часто виступає як ресурс підтримки. Навчання членів родини способам правильної взаємодії та підтримки, створення безпечного домашнього середовища і контроль за дотриманням стратегій самопідтримки значно підвищують ефективність основних методів [24,с.78].

Помітним аспектом є поетапна робота з ветеранами, коли спочатку стабілізується психоемоційний стан, далі опрацьовуються травматичні спогади, і на завершальному етапі здійснюється соціальна інтеграція та відновлення професійної діяльності. Такий підхід дозволяє зменшити ризик загострень і формує стійкі навички подолання ПТСР. Методи релаксації та фізичної активності, включаючи йогу, пілатес або легкі аеробні вправи, активно використовуються для зменшення соматичних проявів стресу. Досвід показує, що регулярні фізичні практики покращують сон, знижують рівень тривожності і посилюють психологічну стійкість, особливо у ветеранів із тривалим досвідом бойових дій. Інтегративні підходи, які поєднують кілька методів одночасно, дозволяють гнучко підбирати оптимальні техніки для конкретного ветерана, враховуючи його симптоматику, соціальні умови та мотивацію. Такий підхід сприяє формуванню комплексних стратегій подолання і підвищує ефективність терапевтичного процесу.

Отже, практичний досвід демонструє, що методи психологічної підтримки повинні бути гнучкими та адаптованими до конкретної ситуації ветерана, оскільки симптоми ПТСР часто проявляються циклічно, а ефективність методів залежить від особистісних характеристик і зовнішніх умов. У підсумку, сучасна психологічна практика показує, що лише поєднання когнітивно-поведінкових, психодинамічних, експресивних та соціально-орієнтованих методів дозволяє створити системний і стійкий ефект подолання ПТСР, забезпечуючи не лише

зниження симптомів, а й відновлення психологічного ресурсу та інтеграцію ветеранів у соціальне середовище. Ефективність психологічної допомоги визначається не тільки вибором методів, а й їх системним застосуванням, регулярністю практики та підтримкою з боку соціального оточення, що формує основу для комплексної реабілітації ветеранів.

3.2. Міжнародний досвід психологічної підтримки ветеранів та досвід України.

Міжнародний досвід психологічної підтримки ветеранів показує, що жодна програма не може бути ефективною без комплексного підходу, який поєднує медичні, психологічні та соціальні складові. У Сполучених Штатах, наприклад, застосовуються інтегровані системи підтримки ветеранів, де поєднують когнітивно-поведінкову терапію з груповими сесіями та психоедукацією, а також системою наставництва від колишніх військовослужбовців, що допомагає знизити рівень ізоляції та страхів перед цивільним життям. У Великій Британії акцент робиться на ранньому виявленні симптомів ПТСР та профілактичній роботі ще під час служби. Програми включають тренінги зі стрес-менеджменту, розвиток навичок усвідомленого реагування, а також регулярні психологічні перевірки, що дозволяють вчасно надавати індивідуальну допомогу. Цей підхід демонструє зниження частоти хронічних випадків ПТСР та підвищення рівня соціальної адаптації ветеранів [42,с.50].

Канада застосовує модель, що поєднує терапевтичні інтервенції з соціальною підтримкою. Особлива увага приділяється участі сімей ветеранів у процесі реабілітації. Такі програми не лише допомагають ветеранам відновлювати емоційний баланс, а й формують стабільне соціальне середовище, що є важливим чинником стійкості до стресових подій. В Україні розвиток системи психологічної підтримки ветеранів тільки набирає обертів, проте вже спостерігаються позитивні практики. Психологічні центри та волонтерські

організації пропонують поєднання когнітивно-поведінкових методик з груповими заняттями та арт-терапією, що дозволяє забезпечити первинну психологічну допомогу та створює базу для подальшої реабілітації.

Однією з особливостей українського досвіду є акцент на інтеграції ветеранів у громадські проекти та волонтерські ініціативи, що одночасно допомагає їм відчувати свою соціальну значущість і отримати підтримку колег та однодумців. Цей підхід значно зменшує ризик ізоляції та підвищує ефективність психотерапевтичних інтервенцій. Порівнюючи міжнародні практики, можна зробити висновок, що найуспішніші програми - це ті, що поєднують профілактику, раннє виявлення симптомів, когнітивно-поведінкову терапію, фізичні та експресивні методи, а також соціальну інтеграцію та підтримку сім'ї. Саме така синергія дозволяє досягати стабільних результатів у подоланні ПТСР.

Варто зазначити, що досвід США та Великої Британії підкреслює значність наставництва та peer-support, тобто підтримки з боку інших ветеранів, які пройшли через схожі труднощі. Така підтримка не лише зменшує почуття самотності, а й слугує моделлю адаптивної поведінки в повсякденному житті. В українських реаліях ця практика також поступово впроваджується, зокрема у формах груп самодопомоги, де ветерани діляться досвідом, отримують поради та психологічну підтримку один від одного. Ефект таких зустрічей помітний у зниженні тривожності та депресивних станів, а також у підвищенні мотивації до участі у терапевтичних програмах [43].

Міжнародні програми часто включають спеціальні мобільні додатки та онлайн-платформи для моніторингу стану ветеранів та забезпечення психологічної підтримки на відстані. Це дозволяє своєчасно виявляти симптоми ПТСР та надавати індивідуальні рекомендації, що особливо актуально для ветеранів, які проживають у віддалених регіонах або не мають змоги регулярно відвідувати психолога. В Україні перспективним напрямком є розвиток подібних онлайн-платформ, адже вони дозволяють розширити доступ до психологічної допомоги та забезпечити безпечне анонімне середовище, де кожен ветеран може звернутися по допомогу у будь-який момент. Особливої уваги потребує

підготовка спеціалістів, які працюють із ветеранами. У світі існують програми сертифікації та навчання психологів, що спеціалізуються на ПТСР, де вони отримують знання про специфіку військових травм та адаптовані методики допомоги. В Україні така підготовка лише формується, проте вже зараз спостерігається запит на підвищення кваліфікації та спеціалізацію психологів для роботи з ветеранами.

Серед міжнародних практик цікавою є інтеграція психологічної допомоги у медичні центри ветеранів, що дозволяє координувати фізичне та психічне здоров'я. Такий підхід демонструє зменшення симптомів ПТСР і більш швидке відновлення функціональної здатності ветеранів. Український досвід показує, що поєднання державних програм з ініціативами громадських організацій створює умови для більш комплексної підтримки ветеранів. Спільна робота держави та громадського сектору дозволяє охопити ширшу аудиторію та забезпечити доступ до різних форм допомоги [44, с.1807].

Варто відзначити, що міжнародний досвід підтверджує необхідність індивідуального підходу до кожного ветерана, зокрема врахування тривалості служби, характеру бойових дій, особистісних особливостей та соціального оточення. Без цього ефективність будь-якої програми значно знижується. У багатьох країнах світу досвід роботи з ветеранами демонструє, що раннє виявлення ПТСР є основою ефективної підтримки. У Сполучених Штатах спеціальні скринінгові програми впроваджуються ще під час служби та в перші місяці після демобілізації, що дозволяє запобігти хронізації симптомів і зменшити ризик тривалого психологічного дискомфорту.

Великобританія робить акцент на інтеграції психологічної допомоги у систему медичних закладів ветеранів, де фахівці працюють у тісному контакті з лікарями, фізіотерапевтами та соціальними працівниками. Такий підхід забезпечує комплексну оцінку стану і дозволяє поєднувати психотерапевтичну роботу з лікуванням фізичних травм. Канада активно застосовує peer-support та наставництво, де ветерани допомагають один одному адаптуватися до цивільного життя, а психологи координують процес і надають професійну

підтримку. Це знижує ризик ізоляції та формує відчуття приналежності до спільноти. В Україні, на жаль, системна робота з ветеранами ще формується, проте вже діють численні волонтерські ініціативи та психологічні центри, які пропонують когнітивно-поведінкові методи, групові сесії та арт-терапію. Це дозволяє забезпечити первинну підтримку та створює базу для подальшої реабілітації [45,с.784].

Соціальні аспекти підтримки є надзвичайно важливими. У міжнародних практиках ветеранів залучають до волонтерської діяльності та спільнот, що дозволяє відчувати власну значущість і знизити симптоми ПТСР. Українські програми поступово впроваджують подібні ініціативи, що демонструє позитивний ефект на психоемоційний стан ветеранів. Робота з родиною та близьким оточенням є невід'ємною частиною реабілітації. У США та Канаді сім'ї активно залучені у навчальні програми та групові сесії, що дозволяє створити підтримуюче середовище вдома. В Україні цей напрям лише починає набирати силу, але перші результати свідчать про значне зниження конфліктів і поліпшення психологічної атмосфери в сім'ях ветеранів. У багатьох країнах застосовують цифрові платформи та мобільні додатки для моніторингу стану ветеранів. Вони дозволяють оперативно реагувати на загострення ПТСР, проводити онлайн-консультації та надавати рекомендації, що особливо цінно для тих, хто проживає у віддалених регіонах. Україна зараз розвиває аналогічні ресурси, проте їх доступність поки що обмежена.

Великобританія активно впроваджує майндфулнес-підходи та програми з розвитку усвідомленості, що допомагають ветеранам знижувати повторне переживання травматичних подій та керувати тривожними станами. Українські центри поступово включають подібні практики у програми групової терапії. Індивідуальний підхід є обов'язковим у міжнародних програмах. Враховуються тривалість служби, характер бойових дій, психологічні та фізіологічні особливості ветерана. В Україні також формується практика індивідуальних планів реабілітації, що поєднують когнітивні, фізичні та соціальні методи. Профілактичні програми, застосовувані у США та Канаді, передбачають

навчання навичкам саморегуляції ще під час служби, що значно знижує ризик формування ПТСР. Українські програми переважно працюють з ветеранами після демобілізації, однак початкові результати показують ефективність адаптованих методик саморегуляції.

Групова терапія у США та Великій Британії є одним із найефективніших методів роботи з ветеранами, оскільки вона дозволяє відчувати підтримку колег, що мають подібний досвід. В Україні групові зустрічі здебільшого організовуються на базі волонтерських ініціатив і психологічних центрів, але вже демонструють позитивні результати у зниженні тривожності та депресивних симптомів. Особлива увага приділяється підготовці психологів та фахівців з реабілітації ветеранів. У міжнародних практиках існують спеціалізовані курси та сертифікації, що дозволяють надавати високоякісну допомогу. В Україні також зростає попит на підготовку спеціалістів з адаптованими методиками. Фізична активність та рухова терапія широко застосовуються у програмах США, Великобританії та Канади як засіб зниження гормонального стресу та покращення загальної психофізичної стабільності. Українські програми поступово включають фізичні вправи як частину комплексної реабілітації. Психоедукація проявляє значну роль у зниженні страху та почуття провини серед ветеранів. Вона пояснює, що реакції на травму є природними і не свідчать про «слабкість», що суттєво підвищує мотивацію до участі у терапії. Українські центри активно впроваджують психоедукаційні лекції та семінари [37, с.163].

Таблиця 3.4.

Порівняння міжнародного та українського досвіду психологічної підтримки ветеранів

Країна/Досвід	Методи підтримки	Форми реалізації	Ефективність	Особливості
США	Когнітивно-поведінкова терапія, групова терапія, peer-support, психоедукація	Медичні центри ветеранів, онлайн-платформи, наставництво	Висока, зниження хронічних симптомів ПТСР, покращення адаптації	Комплексна інтеграція психічного та фізичного здоров'я

Великобританія	Когнітивні методики, майндфулнес, групові сесії, раннє скринінгування	Медичні заклади, тренінги, регулярні перевірки	Висока, раннє виявлення симптомів, профілактика хронізації	Акцент на ранньому втручанні та інтеграції у медичну систему
Канада	Когнітивно-поведінкова терапія, peer-support, соціальна інтеграція	Волонтерські програми, групи підтримки, сімейні тренінги	Висока, зниження ізоляції, підвищення самооцінки	Важлива роль родини та наставництва ветеранів
Україна	Когнітивно-поведінкова терапія, арт-терапія, групова терапія	Психологічні центри, волонтерські ініціативи, семінари	Помірна, початкові результати позитивні	Переважають громадські ініціативи, адаптовані методики, поступове наближення до світових стандартів

У таблиці 3.4 відображено порівняння методів та форм психологічної підтримки ветеранів у різних країнах та Україні, з акцентом на ефективність і особливості впровадження. Вона дозволяє наочно оцінити рівень системності, комплексності та адаптованості практик для потреб ветеранів у різних контекстах.

У міжнародній практиці психосоціальної підтримки ветеранів одна з ключових тем, яка все частіше піднімається у наукових колах, - це саме поєднання терапевтичних стратегій із соціальною реінтеграцією. У США, Великій Британії та Канаді вже не йдеться про ізольовану роботу з травмою; навпаки, ветерани залучаються у повсякденні активності, які підсилюють відчуття нормальності та спільності з іншими. Це - не лише терапевтична деталь, а реальний механізм зниження ізоляції. Досвід роботи з ветеранами у країнах, де система підтримки є розвинутою, показує, що поєднання когнітивних методик з фізичною активністю та груповими формами підтримки забезпечує кращу стійкість психіки і зменшує ризик загострень симптомів ПТСР. Такий

інтегрований підхід відрізняється від традиційних форм, де робота з травмою часто обмежується виключно індивідуальними сесіями.

Психологічні служби Великобританії активно включають майндфулнес у програми для ветеранів, і цей напрям науково доведений як ефективний у зниженні переживань тривожності та нав'язливих думок. Майндфулнес не замінює інші методи, але часто виступає «мостом» між терапією та повсякденною практикою саморегуляції, що робить його цінним елементом у роботі з ветеранами. У Канаді метод peer-support (система взаємопідтримки серед самих ветеранів) розглядається як одна з ключових складових психологічної допомоги. Не лише психолог, а інший ветеран - той, хто «розуміє зсередини» - може стати тим ресурсом, який допомагає розірвати замкнене коло ізоляції та внутрішнього тиску. І наукові дослідження підтверджують: ефект такого супроводу часто не менший, ніж у традиційної терапії. Українські практики, хоч і не мають ще такого рівня структурності, вже включають елементи peer-support у свої групові програми: учасники об'єднуються у спільноти, де обговорюють переживання, діляться тактиками адаптації, підтримують один одного у побутових викликах. Це не лише терапевтичний інструмент, а й соціально-психологічний ресурс, який формує відчуття спільності і зменшує самотність [17,с.292].

Фізична активність у міжнародних програмах часто поєднується з психологічними методами - йога, плавання, легка атлетика, командні ігри. Такі програми показують, що кореляція між руховою активністю та зниженням симптомів ПТСР є науково обґрунтованою: фізична активність впливає на гормональний баланс, покращує сон і сприяє загальному психоемоційному стану. В Україні фізична активність теж все частіше використовується у програмах реабілітації, але нерідко це відбувається у рамках волонтерських ініціатив або локальних спортивних груп. Такі практики показують позитивні результати, але їхній масштаб поки що значно менший, ніж у розвинутих країнах. У США когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є базовою методикою у роботі з ветеранами, і вона має багаторічні дослідження, що підтверджують її

ефективність у зниженні симптомів ПТСР. Найчастіше КПТ поєднують із техніками релаксації, біофідбеком та експозиційними підходами, що дозволяє адаптувати метод під різні конкретні випадки.

У Великобританії КПТ також широко застосовується, але з акцентом на міжособистісні та соціальні аспекти адаптації ветеранів. Це означає, що терапія спрямована не лише на роботу з пережитою травмою, а й на формування нових навичок соціальної взаємодії через рольові ігри, тренінги комунікації та групові дискусії.

Канада активно використовує арт-терапію як частину комплексної програми, що не обмежується лише вербальними формами роботи, а дозволяє працювати з емоціями через творчість, рух і музику. Такий підхід часто поєднується з peer-support, що дозволяє ветеранам обговорювати творчі продукти як спосіб рефлексії над пережитим досвідом. Український досвід у використанні арт-терапії ще не має масштабної наукової бази, проте практики, які існують, демонструють, що творчість дозволяє ветеранам виражати те, що важко передати словами, і сприяють зниженню внутрішнього напруження та формуванню нових стратегій адаптації. У багатьох країнах застосовують поетапний підхід, який починається з початкової стабілізації (усвідомлення симптомів, зняття напруги), далі переходить до роботи з травматичними спогадами, і лише на завершальному етапі - до соціальної реінтеграції та відновлення життєвих ролей. Цей поетапний підхід дає змогу зменшити ризик рецидивів і більш плавно адаптувати ветерана до повсякденного життя [19].

Українські програми, особливо ті, що розвиваються на базі психологічних центрів та громадських організацій, також впроваджують подібну логіку, але інколи стикаються з браком ресурсів для довгострокових програм, що робить співпрацю державних та недержавних ініціатив. У світі дедалі частіше застосовують технології дистанційної підтримки: онлайн-консультації, мобільні застосунки для самопідтримки, відеосесії з психологами. Ці технології дозволяють долати бар'єри доступу до допомоги, особливо для ветеранів у віддалених регіонах, та показують високий рівень прийнятності та ефективності.

В Україні розвиток цифрових платформ для психологічної підтримки ветеранів ще на ранньому етапі, але перші ініціативи вказують на те, що такий формат може стати потужним доповненням до традиційних форм реабілітації, особливо у поєднанні з онлайн-груповими сесіями та ресурсами самоосвіти.

Таблиця 3.5

**Порівняння ефективності конкретних методик у США,
Великобританії, Канаді та Україні**

Метод	США	Великобританія	Канада	Україна
Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ)	Висока ефективність у зниженні основних симптомів ПТСР, багаторічні наукові підтвердження	Висока, із акцентом на міжособистісну адаптацію	Висока, поєднується з соціальною підтримкою	Помірна, адаптується в рамках центрів / волонтерських програм
Арт-терапія	Допоміжна, посилює емоційну регуляцію в комплексі з іншими методами	Використовується як частина творчих підходів	Висока у поєднанні з peer-support	Початкова стадія, позитивні локальні результати
Фізична активність	Висока ефективність у зниженні тривожності, поліпшенні сну	Висока, інтегрована з психотерапією	Висока, часто групові спортивні ініціативи	Застосовується, але потребує ширшої організації
Peer-support	Дуже висока ефективність у соціальній адаптації	Висока, особливо у групових форматах	Дуже висока, з фокусом на наставництво	Розвивається у групах самопомоги, позитивні результати

Ця таблиця 3.5 порівнює чотири методики підтримки ветеранів у різних країнах, акцентуючи увагу на їхній ефективності та ролі у психологічній реабілітації. Дані відображають, як кожен метод працює у конкретному контексті і які переваги він має.

Таким чином, міжнародний досвід демонструє, що найефективніші програми психологічної підтримки ветеранів - це ті, які поєднують кілька методик: когнітивно-поведінкову терапію, арт-терапію, фізичну активність та

peer-support, а також забезпечують доступ до підтримки на всіх етапах життєвого циклу ветерана. Українські практики, хоч і молодші, активно інтегрують ці підходи, формуючи свою унікальну модель, яка все більше наближається до світових стандартів.

3.3. Психологічні шляхи подолання наслідків впливу ПТСР. Практичні рекомендації для запобігання, підтримки та реабілітації

Опрацьовуючи психологічні шляхи подолання наслідків ПТСР, слід почати з наголосу на профілактичних заходах, які можуть знизити ризик розвитку тривалих симптомів. Варто зазначити, що раннє виявлення травматичного досвіду та своєчасна психологічна підтримка значно підвищують ефективність подальшої реабілітації. Саме це підтверджує необхідність створення системи постійного моніторингу та супроводу ветеранів, яка включає як індивідуальні, так і групові форми роботи. Перший крок у психологічному супроводі - це формування базових навичок самопідтримки та регуляції емоційного стану. Для цього застосовують дихальні практики, техніки прогресивної м'язової релаксації та вправи майндфулнес, що дозволяють ветеранам стабілізувати психоемоційний стан у кризових ситуаціях. На основі попередніх досліджень можна зробити висновок, що регулярність і системність таких практик безпосередньо впливає на зниження тривожності та покращення сну [5, с558].

Помітним є розвиток навичок когнітивної переорієнтації, коли ветерани навчаються розпізнавати і трансформувати негативні думки, що провокують стресові реакції. Практика показує, що ефект найбільш помітний тоді, коли ці методи поєднуються з психоедукацією та індивідуальною терапевтичною підтримкою. Групова взаємодія обумовлює не менш значну роль. Ветерани, які беруть участь у спільних тренінгах або терапевтичних групах, відчують зниження відчуття ізоляції і соціальної тривожності. Цей ефект особливо проявляється у тих випадках, коли групові заняття проводяться під керівництвом кваліфікованого психолога, здатного регулювати інтенсивність обговорення травматичного досвіду та підтримувати безпечне середовище.

Експресивні методи, такі як арт-терапія, драматерапія і музикотерапія, дозволяють ветеранам висловлювати емоції, які важко вербалізувати. Варто

підкреслити, що ці методи найефективніші при поєднанні з когнітивною роботою, оскільки емоційний вихід сприяє зниженню психоемоційного напруження і формуванню відчуття контролю над внутрішніми станами. Соціально-орієнтовані підходи включають участь у спільних проектах, волонтерські програми, групові спортивні та культурні заходи. Досвід показує, що такі активності підвищують мотивацію ветеранів до активного життя, допомагають відновити соціальні зв'язки та відчуття власної цінності, що є невід'ємною частиною комплексного подолання ПТСР. Неможливо ігнорувати роль родини та близького оточення. Залучення членів родини до процесу підтримки ветерана дозволяє створити безпечне середовище, контролювати дотримання стратегій самопідтримки та зменшити ризик загострень симптомів. На практиці ефективність цього підходу залежить від готовності родини до активної участі та від їхньої психологічної підготовки [15,с.812].

Наступним кроком є інтеграція поетапного підходу: спочатку стабілізація психоемоційного стану, далі опрацювання травматичних спогадів, і завершальний етап - соціальна та професійна реінтеграція. Варто зазначити, що саме поетапність дозволяє уникати перегрузки та формує стійкі навички подолання ПТСР. Крім того, застосування когнітивно-поведінкових методів у поєднанні з арт-терапією та майндфулнес дає синергетичний ефект, оскільки поєднується робота з думками, емоціями та тілесними реакціями. Це дозволяє ветеранам більш глибоко опрацювати власний досвід та формувати адаптивні патерни поведінки. Фізична активність також є невід'ємною частиною комплексної реабілітації. Навчання ветеранів вправам йоги, пілатесу або легким аеробним тренуванням сприяє не лише покращенню соматичного стану, а й зниженню рівня тривожності, поліпшенню сну та загальної психологічної стійкості.

Особлива увага приділяється підготовці ветеранів до цивільного життя. Психологічні тренінги з розвитку комунікаційних навичок, управління емоціями та планування власної діяльності сприяють більш плавній адаптації, зменшуючи ризик соціальної ізоляції та рецидиву симптомів. Практична робота також

включає навчання ветеранів самостійно визначати тригери ПТСР та застосовувати превентивні методи подолання стресу, що дозволяє формувати відчуття контролю над власним життям та підвищує ефективність всіх інших методів психологічної підтримки. Особливу роль виконує психоедукація щодо сну, харчування та загальної гігієни психічного здоров'я. Ветерани, які отримують конкретні рекомендації щодо формування режиму та зменшення стресових чинників у повсякденному житті, демонструють значно кращу стабільність психоемоційного стану [26,с.106].

Психологічна реабілітація ветеранів потребує не лише індивідуального підходу, а й створення безпечного середовища, де кожен учасник відчуває підтримку та розуміння. Цей принцип часто стає вирішальним для того, щоб людина могла відкритися і почати працювати зі своїми травматичними переживаннями, не побоюючись осуду або непорозуміння з боку оточення. Досвід показує, що поєднання когнітивно-поведінкових технік із релаксаційними практиками сприяє більш швидкому зниженню симптомів тривоги та гіпервозбудження. При цьому вагово підкреслити, що ці методи мають адаптуватися під особливості конкретного ветерана: інтенсивність вправ, тривалість сесій та рівень взаємодії з психологом визначаються індивідуально.

Не менш ефективним є використання методів контролю за думками та емоціями у повсякденному житті, що дозволяє ветеранам уникати рецидивів у звичних стресових ситуаціях. Тренінги, спрямовані на розвиток усвідомленості власних реакцій, дають змогу передбачати потенційні стресові тригери та обирати оптимальні способи реагування. Соціальна підтримка впливає на роль у процесі подолання ПТСР. Ветерани, які мають коло людей, готових вислухати та підтримати, менше піддаються ізоляції та депресивним станам. Варто зазначити, що соціальна інтеграція не обмежується сім'єю - участь у спільних проектах, клубах або волонтерських активностях значно посилює почуття власної символічності.

Особливий акцент робиться на експресивних методах, таких як арт-терапія та драматерапія, які дозволяють висловлювати те, що важко передати словами.

Практика свідчить, що ветерани, які регулярно залучаються до творчих форм самовираження, швидше опановують контроль над емоціями та демонструють стійкіші результати у подоланні симптомів ПТСР. Майндфулнес та усвідомлене спостереження за власними станами показують високий рівень ефективності у зниженні тривожності та гіпервозбудження. Варто підкреслити, що ці методи особливо корисні у поєднанні з когнітивною роботою, оскільки допомагають ветеранам відстежувати внутрішні реакції та реагувати на них більш адаптивно. Фізична активність слугує як ресурс стабілізації психоемоційного стану. Заняття йогою, плаванням, легкими силовими вправами або аеробікою дозволяють знімати м'язову напругу, знижувати рівень стресу та підвищувати загальну стійкість організму до психологічних навантажень [32,с.512].

Психоедукація є невід'ємною складовою роботи з ветеранами, оскільки допомагає усвідомити природу ПТСР та зрозуміти механізми власних реакцій. Освітні сесії сприяють формуванню реалістичних очікувань, зменшують страх і відчуття безпорадності, що позитивно впливає на мотивацію до участі у реабілітаційних програмах. Групові тренінги дозволяють створити умови для взаємного обміну досвідом, підтримки та розвитку навичок взаємодії. Ветерани, які беруть участь у таких групах, відзначають не лише зниження тривожності, а й підвищення впевненості у власних силах та здатності справлятися зі стресом. Інтегративний підхід передбачає поєднання кількох методів одночасно, що дозволяє гнучко підбирати оптимальні техніки для конкретного ветерана. Наприклад, когнітивно-поведінкові методи поєднуються з експресивною терапією та фізичною активністю, що забезпечує комплексне впливання на різні прояви ПТСР і покращує результати реабілітації.

Значним є залучення родини та близького оточення до процесу підтримки, оскільки саме в сімейному середовищі відбувається більшість повсякденних реакцій ветерана. Навчання членів родини технікам підтримки, правильного реагування на кризові ситуації та сприяння дотриманню стратегій самопідтримки значно підвищує ефективність комплексної допомоги. Критичною умовою успіху є регулярність занять та практик, оскільки навіть

найефективніші методи втрачають результативність при нерегулярному застосуванні. Це стосується як когнітивних вправ, так і фізичних та релаксаційних технік, а також експресивних методів [36].

Поєднання психологічної та соціальної підтримки дозволяє формувати стабільні навички подолання ПТСР, що особливо варто у ветеранів із тривалим досвідом бойових дій. Синергія між терапевтичними методами та соціальною інтеграцією створює умови для відновлення ресурсів і підвищення якості життя. Навчання самоконтролю та превентивним методам подолання стресу допомагає ветеранам передбачати і уникати можливі кризові ситуації, що значно зменшує ризик рецидиву симптомів ПТСР та підвищує впевненість у власних силах.

Подолання ПТСР є навчання ветеранів навичкам самоспостереження, що дозволяє вчасно помічати перші ознаки стресових реакцій та активувати адаптивні стратегії. Цей процес включає фіксацію власних емоційних станів, фізичних відчуттів та думок у спеціальних щоденниках або застосунках, що полегшує аналіз тригерів та їх впливу на поведінку. Паралельно з цим, робота з тілесними проявами стресу демонструє високу ефективність у стабілізації психоемоційного стану. Практики дихальної регуляції, вправи на усвідомлене розслаблення м'язів, а також легкі фізичні тренування допомагають ветеранам знімати напруження, яке часто накопичується непомітно, але суттєво впливає на психіку.

Ветерани вчаться ідентифікувати думки та емоції, які провокують стресові реакції, та замінювати їх адаптивними моделями поведінки. Це дозволяє поступово знижувати частоту і силу симптомів ПТСР, водночас формуючи відчуття контролю над власними станами. Головним фактором залишається робота з соціальним оточенням. Психологічна підтримка родини, друзів і колег створює безпечне середовище, де ветерани можуть відчувати себе почутими і підтриманими. Особливо це проявляється у випадках кризових реакцій, коли своєчасне втручання близьких здатне знизити ризик загострення симптомів [26,.с.105].

Групові терапевтичні сесії надають можливість спостерігати за тим, що інші ветерани переживають подібні труднощі, і відчувати себе частиною спільноти. Такий ефект взаємного розуміння зменшує соціальну ізоляцію та підвищує мотивацію до активної участі у терапії. Експресивні методи, включаючи арт-терапію, драматерапію та музикотерапію, дозволяють ветеранам працювати з емоціями, які важко вербалізувати. Ці практики сприяють не лише емоційному розвантаженню, а й розвитку креативних стратегій подолання стресу, що часто застосовуються у повсякденному житті. Особливу увагу приділяють майндфулнес-підходам, оскільки вони формують здатність бути присутнім у моменті та зменшують схильність до повторного переживання травматичного досвіду. Регулярне практикування усвідомленості допомагає ветеранам стабілізувати внутрішній стан і запобігати спалахам тривоги або гніву.

Психоедукація є критичною складовою, оскільки вона дозволяє ветеранам розуміти природу ПТСР, усвідомлювати, що їхні реакції - це нормальні відповіді на травму, а не ознака «слабкості». Ця інформація знижує страх і почуття провини, що часто супроводжують посттравматичні переживання. Поєднання когнітивно-поведінкових методів із релаксаційними і експресивними практиками формує комплексний підхід, де робота з думками, емоціями та тілом відбувається синхронно. Це дозволяє досягати більш стабільних результатів у порівнянні з окремими методиками. Фізична активність, включаючи регулярні тренування, прогулянки на свіжому повітрі та легкі вправи на розтяжку, допомагає знизити рівень гормонального стресу та покращує загальне психофізичне самопочуття. Такі практики створюють відчуття контролю над тілом і зміцнюють внутрішню стійкість.

Значним аспектом є підготовка ветеранів до цивільного життя та відновлення соціальних навичок. Це включає розвиток комунікаційних стратегій, управління конфліктами та планування повсякденних дій, що зменшує ризик повторного соціального стресу. Регулярне навчання самопомочі і превентивним методам подолання стресу допомагає ветеранам прогнозувати потенційні труднощі та застосовувати адаптивні стратегії ще до появи

симптомів, що підвищує ефективність усіх інших методів психологічної підтримки. Комплексна робота із сім'єю та близьким оточенням дозволяє створювати умови для довготривалого підтримуючого середовища, що критично поважно для стабільного подолання ПТСР і зменшення ризику рецидивів [6,с.91].

Соціально-орієнтовані методи включають залучення ветеранів у волонтерські програми, групові заходи та проекти спільнот, що дозволяє формувати відчуття значущості та підвищує самооцінку, одночасно зменшуючи соціальну ізоляцію. Впровадження індивідуальних планів реабілітації, що поєднують різні методики та враховують унікальні особливості ветерана, демонструє високу ефективність у досягненні стабільних результатів. Ці плани передбачають чергування когнітивної, фізичної та соціальної роботи, що дозволяє уникати перевантаження та формує стійкі навички подолання ПТСР.

Практичні рекомендації щодо подолання ПТСР у ветеранів

1. Рання діагностика та скринінг. Проводити психологічне обстеження ветеранів не пізніше 1–3 місяців після демобілізації з використанням стандартизованих інструментів (PCL-5, CAPS-5) для своєчасного виявлення симптомів ПТСР за МКХ-10.

2. Індивідуальна когнітивно-поведінкова терапія (КПТ). Впроваджувати сеанси КПТ (не менше 12–16 зустрічей) для опрацювання травматичних спогадів, корекції когнітивних спотворень (безпорадність, надмірна загроза, провина) та формування адаптивних патернів поведінки.

3. Навчання навичкам емоційної регуляції. На першому етапі терапії навчати ветеранів технікам дихальної регуляції (діафрагмальне дихання 4-7-8), прогресивної м'язової релаксації та усвідомленого самоспостереження для стабілізації психоемоційного стану.

4. Регулярна практика майндфулнес. Рекомендувати щоденні вправи усвідомленої присутності (10–15 хвилин на день) для зниження гіперзбудження, тривожності та частоти нав'язливих спогадів. Курс має тривати не менше 8 тижнів.

5. Участь у групових програмах підтримки. Залучати ветеранів до терапевтичних груп (8–12 осіб зі схожим досвідом) під керівництвом кваліфікованого психолога з метою зниження ізоляції, формування навичок соціальної взаємодії та взаємопідтримки (peer-support).

6. Структурована фізична активність. Включати до реабілітаційного плану регулярні фізичні тренування (3–4 рази на тиждень: аеробні вправи, йога, плавання або командні ігри) як доведений засіб зниження рівня кортизолу, покращення сну та загальної психофізичної стійкості.

7. Психоедукація ветеранів і членів їх родин. Проводити навчальні сесії для ветеранів та їх близьких про природу ПТСР, цикли загострення та ремісії, методи підтримки вдома, що сприяє зменшенню страху, провини та підвищенню мотивації до участі в терапії.

8. Залучення арт-терапії та інших експресивних методів. Впроваджувати арт-терапію, музикотерапію або драматерапію (1–2 рази на тиждень) як допоміжний інструмент для опрацювання емоцій, які важко вербалізувати, та зниження внутрішнього психоемоційного напруження.

9. Розробка та впровадження індивідуальних планів реабілітації. Для кожного ветерана скласти персональний план, що поетапно охоплює: стабілізацію стану → опрацювання травматичних спогадів → соціальну та професійну реінтеграцію, з регулярним моніторингом прогресу кожні 4–6 тижнів.

10. Формування соціальної мережі підтримки. Сприяти відновленню та розширенню соціальних зв'язків ветерана через залучення до волонтерських ініціатив, спортивних клубів і громадських проєктів, що підвищує відчуття власної цінності та знижує ризик хронічної ізоляції.

11. Моніторинг і профілактика рецидивів. Після завершення основного курсу терапії забезпечувати щоквартальні зустрічі з психологом протягом 12

місяців для відстеження динаміки симптомів і своєчасного коригування стратегій подолання при появі нових тригерів.

12. Використання цифрових інструментів психологічної підтримки. Рекомендувати ветеранам спеціалізовані мобільні застосунки для саморегуляції (щоденники настрою, вправи на дихання, нагадування про заняття), а для ветеранів у віддалених регіонах – забезпечувати доступ до онлайн-консультацій та відеосесій.

Таким чином психологічні, шляхи подолання ПТСР повинні бути комплексними, гнучкими і адаптованими під індивідуальні потреби ветерана, поєднувати профілактику, когнітивно-поведінкові методи, експресивні техніки, фізичну активність та соціальну інтеграцію. Такий підхід забезпечує відновлення ресурсів, адаптацію до цивільного життя та підвищення якості життя ветеранів.

Висновки до розділу 3

Аналіз психологічних методів та практичних підходів до подолання ПТСР у ветеранів показав, що ефективність підтримки значною мірою залежить від комплексності програм та адаптації методик до конкретного контексту. На основі дослідженого міжнародного досвіду можна стверджувати, що поєднання когнітивно-поведінкової терапії, арт-терапії, фізичної активності та системи peer-support створює більш стійкі механізми подолання травматичного стресу, ніж ізольоване застосування окремого методу.

Водночас, український досвід, хоча й менш розвинений у масштабі та структурі, демонструє активне впровадження цих підходів у локальних програмах психологічної підтримки ветеранів. Особливо ефективним виявляється інтеграція групової взаємопідтримки з індивідуальною терапією та творчими практиками, що дозволяє зменшити рівень тривожності, формувати навички саморегуляції та підвищувати соціальну адаптацію. Порівняння міжнародного та українського досвіду підкреслює значність поетапного підходу: початкова стабілізація, робота з травматичними спогадами, відновлення соціальної активності та реінтеграція у суспільство. Такий підхід дозволяє мінімізувати ризики рецидиву симптомів ПТСР і забезпечує більш плавне повернення ветеранів до повсякденного життя.

Виявлені методики, що отримали широке наукове підтвердження у США, Великобританії та Канаді, можуть слугувати основою для подальшого розвитку українських програм, з урахуванням локальних соціокультурних особливостей та ресурсних обмежень. Зокрема, peer-support та арт-терапія показали високу ефективність у формуванні емоційної стабільності та соціальної підтримки ветеранів. Практичні рекомендації, запропоновані у підрозділі, доводять, що комплексна робота з ветеранами має включати не лише психологічні методи, а й активності, які формують соціальні зв'язки, відчуття спільності та власної компетентності. Без цього адаптаційний процес стає неповним і менш стійким.

Зроблено висновок, що поєднання традиційних методів психотерапії з фізичною активністю та творчими практиками є найбільш перспективним для подолання наслідків ПТСР у ветеранів. Ця інтеграція дозволяє одночасно працювати над симптоматикою травми, відновленням психоемоційного стану та соціальної адаптації.

Варто зазначити, що досвід інших країн демонструє необхідність системної підтримки ветеранів на державному рівні, що включає не лише психотерапевтичні програми, а й законодавче забезпечення, соціальні ініціативи та доступ до реабілітаційних центрів. Український контекст вимагає подальшого розвитку цих аспектів для створення стійкої системи підтримки.

Таким чином, розділ 3 підкреслює, що психологічні методи подолання ПТСР не можуть існувати у вакуумі - їхня ефективність значною мірою визначається організаційними умовами, комплексністю підходів та можливістю поєднання різних форм підтримки.

ВИСНОВКИ

Кваліфікаційна робота «Психологічні механізми подолання посттравматичного стресового розладу ветеранів» підтверджує, що ПТСР у ветеранів бойових дій є комплексним явищем, яке проявляється у поєднанні емоційних, когнітивних та фізіологічних симптомів, і його подолання потребує багатоступеневих та інтегрованих підходів. Аналіз наукових джерел, як українських, так і зарубіжних, свідчить, що психотравма формує не лише особистісну кризу, а й впливає на соціальні взаємодії, що ускладнює процес адаптації ветеранів до цивільного життя.

Виявлено, що психологічні чинники, такі як рівень стресостійкості, здатність до саморегуляції, рівень соціальної підтримки, визначають не лише тяжкість проявів ПТСР, а й ефективність процесу подолання розладу. Механізми формування ПТСР включають як реакції на травматичні події, так і когнітивні спотворення, що підтримують тривожність і повторне переживання травматичного досвіду.

Емпіричне дослідження, проведене на вибірці до 30 ветеранів із застосуванням анкетування, підтвердило, що наявність соціальної підтримки, участь у групових програмах та використання індивідуальних стратегій саморегуляції позитивно корелює з зменшенням проявів ПТСР. Анкетування, проведене онлайн та анонімно, дало змогу отримати достовірні дані щодо переживань ветеранів і дозволило виявити індивідуальні та групові закономірності психологічного реагування.

Розділ 1 підкреслив, що ПТСР характеризується багатогранністю проявів і вимагає розуміння психологічних механізмів, що лежать в основі формування травми. Науковий аналіз дозволив виділити основні напрямки дослідження, причини виникнення та специфіку симптоматики у ветеранів, а також показав роль когнітивних, емоційних і поведінкових чинників у перебігу ПТСР.

Розділ 2 підтвердив емпіричного підходу, який дозволяє конкретизувати механізми подолання ПТСР. Аналіз результатів анкетування показав, що

ефективність психологічних стратегій значною мірою залежить від поєднання індивідуальних і групових форм підтримки, активної участі ветеранів у процесі реабілітації та наявності стабільної соціальної мережі.

Розділ 3 довів, що комплексні програми, що включають когнітивно-поведінкову терапію, арт-терапію, фізичну активність та peer-support, забезпечують стійкий результат у подоланні наслідків ПТСР. Порівняння міжнародного та українського досвіду дозволило визначити ефективні практики та виявити, які методи потребують адаптації під національні особливості та ресурси.

Порівняльний аналіз показав, що у США, Великобританії та Канаді системна інтеграція різних методик дозволяє досягати високої ефективності психологічної підтримки, а український досвід, хоч і молодий, демонструє позитивні результати у рамках групової взаємопідтримки, творчих та фізичних практик. Це свідчить про потенціал подальшого розвитку комплексних програм на національному рівні.

Робота підкреслює необхідність поетапного підходу: початкова стабілізація психоемоційного стану, робота з травматичними спогадами та емоціями, відновлення соціальних ролей та активна реінтеграція у суспільство. Такий підхід мінімізує ризик рецидивів, підвищує мотивацію ветеранів до участі у реабілітаційних програмах і сприяє формуванню стійких адаптаційних стратегій.

Висновки роботи дозволяють сформулювати рекомендації для практичної реалізації програм психологічної підтримки: поєднання доказових терапевтичних методів із соціальною підтримкою, активізація фізичної та творчої діяльності, адаптація міжнародного досвіду до національного контексту та створення довготривалих структурованих програм реабілітації.

Емпіричне дослідження (N=28 ветеранів, з яких 25 мають або мали в анамнезі ПТСР за МКХ-10) виявило: соціальна підтримка родини корелює зі зниженням стресу

на рівні $r=-0,61$, підтримка друзів – $r=-0,52$; 75% учасників регулярно застосовують пошук соціальної підтримки як стратегію копіngu, тоді як уникання – лише 20%; ветерани зі стажем служби понад 12 місяців демонструють середній рівень стресу $M=3,2$ проти $M=4,1$ у тих, хто служив до 6 місяців; найбільш постраждалою сферою є професійна діяльність (43% з високим впливом ПТСР). Комбінація соціальної підтримки та активного вирішення проблем є найпоширенішою (37% вибірки) й найефективнішою адаптивною стратегією.

Отже, проведене дослідження підтвердило, що подолання ПТСР у ветеранів можливе лише через системну, інтегровану та індивідуально орієнтовану підтримку, яка враховує психологічні, соціальні та фізіологічні аспекти травматичного досвіду, а також забезпечує сталість результатів у довгостроковій перспективі.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Асєєва, Ю. О., Аймедов, К. В., & Яцишина, А. М. Визначення поняття ПТСР у військових: теоретичні основи, клінічні прояви та фактори ризику. *Ментальне здоров'я*, № 2, Київ. 2024, с. 8–17. URL: <https://dspace.oneu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/18795ded-f631-4cf1-add8-8004a41555b8/content>
2. Асєєва, Ю. О., Аймедов, К. В., & Яцишина, А. М. Визначення поняття ПТСР у військових: теоретичні основи, клінічні прояви та фактори ризику Одеса. *Ментальне здоров'я* №32, 2024. С. 8-17 URL: <https://journals.oneu.od.ua/index.php/mh/article/view/16/14>
3. Бакурідзе, Н. Г., Овсяннікова, Я. О., & Кердивар, В. В. Психологічна підтримка авійських: посттравматичний синдром та методий його подолання. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського. Серія: Психологія*, Том 35 (74) № 2 2024. С. 109-114 URL: https://psych.vernadskyjournals.in.ua/journal/2_2024/20.pdf
4. Божко Є.О. Діагностика та біохімічні маркери посттравматичного стресового розладу. *Ukrainian scientific medical youth journal. Supplement № 3 (133) 2022*. С. 10–11. URL: <https://mmj.nmuofficial.com/index.php/journal/issue/view/14>
5. Вишньовський В. Система психодіагностики та психокорекції посттравматичних розладів у учасників бойових дій. Соціально-економічні проблеми і держава. 2021. Вип. 2 (25). С. 558-563. URL: <https://sepd.tntu.edu.ua/images/stories/pdf/2021/21vvvubd.pdf>
6. Вінс В.А., Горбенко І.В., Кузьменко Т.М. Психотерапевтичні засади роботи з клієнтами на різних етапах травмування. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*. 2022. Вип. 3. С. 91–96 URL: <https://chasopys-ppp.dp.ua/index.php/chasopys/article/view/220>
7. Волженцева І. та ін. Теоретико-методологічний аналіз психолого-соціальних проблем ветеранів війни та їх подолання у процесі професійної

реінтеграції/інтеграції. Київ. Проблеми сучасних трансформацій. Серія: педагогіка та психологія № 10. 2025 с. 15 URL: https://www.researchgate.net/publication/399395960_Teoretiko-metodologicnij_analiz_psihologo-socialnih_problem_veteraniv_vijni_ta_ih_podolanna_u_procesi_profesijnoi_reintegracii_integracii

8. Волков , К. Травматичний досвід: історична експлікація вивчення в психології. Психологічні перспективи, 2023. Вип. 41. С. 55–73 URL: <https://psychoprospects.vnu.edu.ua/index.php/psychoprospects/en/article/view/851>

9. Галич М. Ю., Литвин В. В. Загальна характеристика посттравматичного стресового розладу в умовах воєнного часу: діагностика та профілактика.Юридична психологія. 2022. № 1(30). С. 22–28. URL: <https://psychped.navs.edu.ua/index.php/psychped/article/view/1500/1494>

10. Герасименко Л. О., Герасименко Л. А. Посттравматичний стресовий розлад. Neyronews. 2021. С. 27-32 URL: <https://repository.pdmu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/df320066-027b-4e37-a911-a6ac6c16850a/content>

11. Гільян А, Кулеша Н. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР): теорія, діагностика та практичні аспекти психотерапії. EUROPEAN HUMANITIES STUDIES: StateandSociety. №4 . Київ. 2020. С. 133-157 URL: https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://ehs.eeipsy.org/index.php/ehs/article/download/247/240&ved=2ahUKEwib1_ewg9STAxUnKhAIHddEDX84FBAWegQIFhAB&usg=AOvVaw3Bfg0-Gex7YnER-ZbQig70

12. Горбунова, В.В. (2017). Робота з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) у межах когнітивно-поведінкової терапії. *Матеріали наукового семінару*, Київ. 2017с. 26–37 URL: <https://ipz.ucu.edu.ua/wp-content/uploads/2017/12/gorbunova-stattja.pdf>

13. Гриб А.Є. Посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців – учасників бойових дій Науковий журнал .Київ. 2020.

URL:<http://medpsychology.pp.ua/%D0%BF%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%B9-%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B5%D1%81%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D0%B9-%D1%80%D0%BE%D0%B7%D0%BB%D0%B0%D0%B4-%D1%83>

14. Державна цільова програма з фізичної, медичної, психологічної реабілітації і соціальної та професійної реадaptaції учасників антитерористичної операції та осіб, які брали участь у здійсненні заходів забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації в Донецькій та Луганських областях, забезпеченні їх здійснення, на період до 2022 року. Програма, Паспорт, Заходи. Постанова Кабінету міністрів України від 05.12.2018 №1021 - URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-zatverdzhennya-derzhavnoyi-cilovoyi-programi-z-fizichnoyi-medichnoyi-psihologichnoyi-reabilitaciyi-i-socialnoyi-ta-profesijnoyi-readaptaciyi-uchasnikiv-antiteroristichnoyi-operaciy>

15. Дичко О. О., Гайнутдінов А. В., Карлов О. Ю. Ефективність психологічної підтримки у військових: аналіз впливу на подолання посттравматичного стресового розладу. Перспективи та інновації науки. Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина». 2024. Вип. 3(37). С. 812–824 URL: <https://perspectives.pp.ua/index.php/pis/article/view/10080>

16. Довгань, Н. Надзвичайні ситуації і психологічне благополуччя: індикатори стану. Проблеми політичної психології, 2022. Вип. 12(26). С. 31- 44. URL: <https://politpsy.org/index.php/popp/article/view/116>

17. Євдокімова О. О. Психосоціальні підходи до реінтеграції ветеранів та учасників бойових дій з числа працівників МВС, центральних органів виконавчої влади, діяльність яких спрямовується Кабінетом Міністрів України через Міністра внутрішніх справ України, та Національної гвардії України у цивільне життя : практичний poradник. Харків : Факт, 2025. 292 с URL: <https://dspace.univd.edu.ua/server/api/core/bitstreams/a77528e9-9115-4b8f-8b7f-165a0f9f75b6/content>

18. Кабінет Міністрів України. Деякі питання надання психологічної допомоги ветеранам війни, членам їх сімей та деяким іншим категоріям осіб : постанова від 29.11.2022 № 1338 Київ, 2022. URL:: <https://zakon.rada.gov.ua>

19. Кісарчук Г. та ін. Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу: монографія, Київ: Видавничий Дім «Слово», 2020. 178 с URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/722181/1/Monograph2020_labpsychother.pdf

20. Климків, Р., Кульматицький, А., & Білобрин, М. Посттравматичний стресовий розлад у ветеранів: інноваційні методи терапії та профілактики. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*, 12(1(27)), Київ 2025. С. 37-47. URL: <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2025-27-03>

21. Клочек Л., Щирук І. Психологічна допомога військовослужбовцям із посттравматичним стресовим розладом. *Психологія: реальність і перспективи: зб. наук. пр. РДГУ*. 2024. Вип. 23. С. 71–78 URL: https://prap.rv.ua/index.php/prap_rv/article/view/413

22. Кондратюк С. М. Життєстійкість як ресурс подолання життєвих труднощів в умовах війни. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*. 2022. №. 4. С. 78-83. URL: <https://chasopys-ppp.dp.ua/index.php/chasopys/article/view/265>

23. Костюк, Ю. Ф. (2024). Теоретико-методологічні засади дослідження ПТСР психологічній науці. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія»*, № 17, с. 21–27. URL: <https://eprints.oa.edu.ua/id/eprint/9220/1/Theoretical%20and%20methodological%20foundations%20of%20PTSD%20research%20in%20psychological%20science.pdf>

24. Литвиненко Л. І. *Інтегративна модель в роботі з проявами ПТСР у ветеранів та військовослужбовців*. Актуальні проблеми психології: зб. наук. Праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України, Том 6, Випуск 14, Київ. 2018, с. 77-98. URL: <http://appspsychology.org.ua/data/jrn/v3/i14/6.pdf>

25. Лікарчук, Є. В. (2024). Теоретико-методологічні підходи до вивчення проблеми вікарної травми психологів, які працюють в умовах військових конфліктів. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*, Київ. Випуск 3, 2024. С. 82-88 URL: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/e2b461c2-0eec-4e0e-94ff-9119a223ecd1/content>
26. Малина О. Г. Особливості психологічної допомоги членам сімей загиблих Захисників і Захисниць України. Шевченко Н. Ф., Ткалич М. Г., Губа Н. О. (ред.). *Psychological patterns of social processes and personality development in modern society*. Riga: Baltija Publishing, 2024. С. 103–117. URL: <http://www.baltijapublishing.lv/omp/index.php/bp/catalog/view/514/13629/28533-1>
27. Малиш В. Є. Стрес та стресові розлади особистості: визначення, діагностика та корекція. *Наукові перспективи*. 2024. Вип. 4 (46). С. 1298– 1310. URL: <https://perspectives.pp.ua/index.php/np/article/view/11050>
28. Матейко Н. М. Емпіричне дослідження життєстійкості військових в умовах бойових дій. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*. 2022. №. 2. С. 90-94 URL: <https://psy-visnyk.uzhnu.uz.ua/index.php/psy/article/view/129>
29. Медична допомога пацієнтам із гострою реакцією на стрес та ПТСР матиме кращі результати - затверджено уніфікований клінічний протокол . 2024. URL <https://moz.gov.ua/uk/medichna-dopomoga-paciyentam-iz-gostroyu-reakciyeyu-na-stres-ta-ptsr-matime-krashi-rezultati-zatverdzheno-unifikovani-j-klinichnij-protokol>
30. Міністерство охорони здоров'я України. Про організацію надання психосоціальної допомоги населенню : наказ від 13.12.2023 № 2118 . Київ, 2023. URL: <https://zakon.rada.gov.ua>
31. МОЗ України. Перелік методів психотерапії з доведеною ефективністю (додаток 4 до наказу № 2118). Київ, 2023. URL: <https://guidelines.moz.gov.ua>

32. Мушкевич М. Психологічна допомога учасникам бойових дій та їх сім'ям кол. моногр. Луцьк : Вежа-Друк, 2025. 512 с. URL: https://evnuir.vnu.edu.ua/bitstream/123456789/28620/1/kolekt_2025.pdf

33. Немеш О. Психологічне здоров'я особистості під час війни. Психологія: реальність і перспективи. 2024. Вип. 23. С. 131–138 URL: https://www.prap.rv.ua/index.php/prap_rv/article/view/401

34. Рекомендації щодо ведення осіб із посттравматичним стресовим розладом . Журнал «НейроNews: психоневрология и нейропсихиатрия», Київ. Стаття. 3 (104)' 2019, с 39-43

URL:<https://neuronews.com.ua/ua/archive/2019/3%28104%29/pages-39-43/rekomendaciyi-shchodo-vedennya-osib-iz-posttravmatichnim-stresovim-rozladom-#gsc.tab=0>

35. Стеценко, А. І., & Мосійчук, О. Особливості психологічної допомоги військовослужбовцям з посттравматичним стресовим розладом. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*, № 3. Київ. (2025) с. 84-90

URL:https://www.researchgate.net/publication/396763564_OSOBLIVOSTI_PSIHOLOGICNOI_DOPOMOGI_VIJSKOVOSLUZBOVCAM_Z_POSTTRAVMATICNIM_STRESOVIM_ROZLADOM

36. Травматичні події: психологічна підтримка та самодопомога. 2022. URL: <https://rm.coe.int/traumatic-events-ukr-/1680a765d4>

37. Турбан В. Сприяння подоланню травматичного досвіду військовослужбовців. Методичні рекомендації Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2025, 163 с.URL:

<https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/747183/1/%D0%A1%D0%BF%D1%80%D0%B8%D1%8F%D0%BD%D0%BD%D1%8F%20%D0%BF%D0%BE%D0%B4%D0%BE%D0%BB%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8E%20%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D0%BE%20%D0%B4%D0%BE%D1%81%D0%B2%D1%96%D0%B4%D1%83%20%D0%B2%D1%96%D0%B9%D1%81%D1%8C%D0%BA%D0%BE%D>

[0%B2%D0%BE%D1%81%D0%BB%D1%83%D0%B6%D0%B1%D0%BE%D0%B2%D1%86%D1%96%D0%B2.%20%D0%9C%D0%B5%D1%82%D0%BE%D0%B4%D0%B8%D1%87%D0%BD%D1%96%20%D1%80%D0%B5%D0%BA%D0%BE%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D0%B4%D0%B0%D1%86%D1%96%D1%97-2025.pdf](#)

38. Христук, О.Л. Теоретико-методологічний аналіз вивчення проблеми психологічної травми: відісторії до сучасності. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна*, Випуск 2, Київ. 2018. с. 183–191. URL: <https://journals.lvduvs.lviv.ua/index.php/psychology/article/view/131/126>

39. Царенко Л. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 2. Київ, 2018. 240 с. URL: <https://cdn.osce.org/sites/default/files/f/documents/a/c/430829.pdf>

40. Шпортун О.М., Савчук З.С. Психологічні особливості військовослужбовців з проявами ПТСР. Наукові перспективи. 2024. Вип. 1 (43). С. 951–970
URL: <https://perspectives.pp.ua/index.php/np/article/view/8850>

41. Яцук, Н., Говоруха, О., & Гречка, В. Теоретичні аспекти про посттравматичні стресові розлади, як наслідок війни: методики надання психологічної допомоги, особливості діагностики. *ScientificCollection «InterConf»*, (124), Київ. 2022. С. 78–90. URL: <https://archive.interconf.center/index.php/conference-proceeding/article/view/1297>

42. Hilman A., Kulesha N. Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD): Theory, Diagnosis, and Practical Aspects of Psychotherapy. European Science. 2022. Vol. 2 (sge14-02). P. 50–66.
URL: <https://desymp.promonograph.org/index.php/sge/article/view/sge14-02-017>

43. Hoppen, T. H., & Morina, N. (2019). The prevalence of PTSD and major depression in the global population of adult war survivors: a meta-analytically informed estimate in absolute numbers. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1). URL: <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1578637>

44. Johnson, R.J., Antonaccio, O., Botchkovar, E. et al. War trauma and PTSD in Ukraine's civilian population: comparing urban-dwelling to internally displaced persons. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 57, 1807–1816 2022. URL: <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02176-9>

45. Zasiakina, L., Zasiakin, S. & Kuperman, V. Post-traumatic Stress Disorder and Moral Injury Among Ukrainian Civilians During the Ongoing War. *Community Health* 48, 784–792 2023. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10900-023-01225-5>

ДОДАТКИ

Додаток А

Анкета для дослідження психологічних механізмів подолання ПТСР у ветеранів

Інструкція для респондента:

Вітаємо! Дякуємо за участь у дослідженні. Анкета анонімна, і жодні ваші особисті дані не будуть зібрані. Відповідайте чесно, спираючись на власний досвід та відчуття. Ви можете пропускати будь-які питання, якщо відчуваєте дискомфорт.

Розділ 1. Загальна інформація

1. Вік: _____
2. Стать: ☐ Чоловік ☐ Жінка ☐ Інше
3. Сімейний стан: ☐ Одружений/заміжня ☐ Неодружений/не заміжня ☐ Інше
4. Кількість років, проведених у військовій службі: _____
5. Військовий досвід: ☐ Активні бойові дії ☐ Не бойові служби ☐ Інше

Розділ 2. Оцінка рівня суб'єктивного стресу (Perceived Stress Scale, PSS адаптована)

Оцініть, як часто вивідчували наступне протягом останніх 4 тижнів:

1. Ви відчували напруження чи перевантаженість?
2. Важко було контролювати важливі події у житті?
3. Відчували, що все йде не так, як хотілося б?
4. Легко справлялися з труднощами?
5. Відчували, що хвилювання заважають повсякденному життю?

Варіанти відповіді:

☐ Ніколи ☐ Рідко ☐ Іноді ☐ Часто ☐ Дуже часто

Примітка: Позитивно сформульовані питання (наприклад, 4) кодуються у зворотному порядку при аналізі.

Розділ 3. Стратегії подолання стресу (COPE Inventory адаптована)

Оцініть, наскільки часто ви використовуєте наступні способи у стресових ситуаціях:

1. Шукаю поради та підтримки у друзів або родини
2. Активно намагаюся вирішити проблему
3. Використовую фізичну активність або спорт для розвантаження
4. Переосмислюю ситуацію, шукаючи позитивні сторони
5. Уникаю думок про ситуацію або відволікаю себе
6. Практикую релаксаційні техніки (дихання, медитація)
7. Відчуваю потребу поділитися емоціями з іншими
8. Іноді «відключаюсь», аби не думати про проблему

Варіанти відповіді:

☐ Ніколи ☐ Рідко ☐ Іноді ☐ Часто ☐ Завжди

Примітка: Відкриті відповіді можна додавати після кожного пункту, щоб респондент описав власний приклад застосування стратегії.

Розділ 4. Рівень соціальної підтримки (MSPSS адаптована)

Оцініть, наскільки ви задоволені підтримкою, яку отримуєте від:

1. Родини
2. Друзів
3. Важливих для вас людей (напр., колеги, наставники, психологи)

Варіанти відповіді:

☐ Зовсім не задоволений/а

☐ Трохи задоволений/а

☐ Помірно задоволений/а

☐ Досить задоволений/а

☐ Повністю задоволений/а

Розділ 5. Відкриті питання (для деталізації особистого досвіду)

1. Опишіть ситуації, які викликали у вас найбільший стрес після повернення з бойових дій.
2. Які психологічні стратегії вам допомагають відновлювати емоційний стан?
3. Що для вас є найефективнішою підтримкою з боку оточення?
4. Які додаткові методи само підтримки ви використовуєте, які не були згадані у попередніх розділах?

Принципи і користування анкети:

- Анонімність – жодні ідентифікаційні дані не збираються.
- Онлайн-формат – респонденти відповідають у зручному темпі.
- Добровільність - респондент може пропустити будь-яке питання.
- Поєднання кількісних та відкритих питань - для комплексного аналізу психічних та соціальних механізмів.
- Поступове занурення у тематику – від загальних запитань до специфічних стресових ситуацій.

Описова статистика основних показників дослідження

Показник	M	Min	Max	SD
Відчуття перевантаження	3,6	2	5	0,84
Контроль над подіями	2,8	1	4	0,77
Вплив хвилювань на життя	3,4	2	5	0,92
Легкість у вирішенні проблем	2,5	1	4	0,80

Додаток В

Кореляційна матриця основних показників

Показник	Стрес	Активне вирішення проблем	Соц. підтримка	Релаксацій німетоди
Стрес	1	-0,58	-0,61	-0,45
Активне вирішення проблем	-0,58	1	0,54	0,39
Соціальн апідтримка	-0,61	0,54	1	0,48
Релаксаційні методи	-0,45	0,39	0,48	1

Додаток Г

Кореляція рівня стресу та соціальної підтримки

Показник	Кореляція
Стрес — родина	−0,61
Стрес — друзі	−0,52
Стрес — значущі інші	−0,48